

University of Groningen

## Een spannende toekomst voor zorg en zekerheid

Post, Doeke

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2003

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Post, D. (2003). Een spannende toekomst voor zorg en zekerheid. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

***EEN SPANNENDE TOEKOMST***

***VOOR***

***ZORG EN ZEKERHEID***

**PROF. DR. DOEKE POST**

Rede

In verkorte vorm uitgesproken  
bij het afscheid als  
hoogleraar Sociale Geneeskunde  
aan de Faculteit der Medische Wetenschappen  
van de Rijksuniversiteit Groningen  
op  
dinsdag 13 mei 2003

*“De tiid, de tiid dy hâldt gjin skoft.  
It fleach foarby en hie ûs dit te sizzen:  
de tiid, de tiid dy hâldt gjin skoft....!”*

Cabaret Tetman de Vries in de jaren vijftig

## **1. Inleiding**

*“De tiid hâld gjin skoft”*, zo zong het cabaretgezelschap van Tetman en Jarich de Vries in mijn jeugd. “It fleach foarby en hie ûs dit te sizzen: de tiid, de tiid dy hâldt gjin skoft.” De tijd last geen pauzes in. Het vliegt voorbij en dat wil zeggen dat de tijd niet even rust houdt. Vandaag is morgen al weer geschiedenis. Zo heb ik het leven ook beleefd: een boeiende reis door de tijd met nooit een pauze erin. Een boeiende reis ook door mijn vakgebied. Van alle kanten heb ik mogen kijken naar de gezondheidszorg. Al in mijn studie werd ik geboeid door de geneeskunde. Ik wilde alles weten en als assistent op de anatomie doorschouwde ik het menselijk lichaam tot in de fijnste details. Vijf jaar was ik actief als hoofd van het practicum anatomie en zou mij verder in dat vak gaan ontwikkelen, zo leek het. Maar de curatieve sector trok mij ook aan. Ik kon niet goed kiezen welke richting ik uit wilde: alles boeide me en dat bracht mij er toe om voor de huisartsgeneeskunde te kiezen. Immers je had dan te maken met alle facetten van de geneeskunde: je zag kinderen, vrouwen en mensen met psychiatrische beelden. Ik hoefde dan niet te kiezen voor kinderarts, gynaecoloog of psychiater; allemaal vakken die mij boeiden. Ook de interne geneeskunde kwam in beeld als een groot vakgebied, maar dat werd het ook niet. En chirurgie lag mij minder goed. Ik had altijd het idee dat dit veel meer een ambacht was: meer doen dan denken. Ik was meer een puzzelaar die via klinisch redeneren tot een oplossing wilde komen. Het oplossen van ingewikkelde klinische problemen trok mij aan. Maar ik wilde ook met mensen omgaan en zieken begeleiden. Na 15 jaar het boeiende vak van huisarts te hebben beoefend, trok mij het brede veld van de gezondheidszorg als werkterrein sterk aan en werd ik adviserend geneeskundige van het ziekenfonds in Zwolle. Ik was benieuwd naar de structuur, de organisatie en de financiering van de zorgsector. Het boeiende in die periode was de steeds maar weer veranderende horizon van het zorgstelsel. Van der Reyden lanceerde zijn drietrapsraket. Hij had dat voor zichzelf ontworpen op een sigarendoos: een basispakket, met daarop een soort verplichte aanvullende verzekering, een WA-verzekering voor de zorg en als derde trap een vrijwillige verzekeringen van luxe geneeskunde, althans van zaken die niet direct van belang waren voor het handhaven of verbeteren van de gezondheid. De raket trof geen doel: Nederland was nog lang niet rijp voor de veranderingen. Toch ging het denken over wijzigingen van het stelsel door en de commissie-Dekker werd ingesteld. Structuur en financiering zouden zich moeten transformeren naar een meer marktconform bedrijfsmatig aangepakt systeem. (1) Daarna kwamen de drie staatscommissies van de jaren negentig de commissie-Dunning, de commissie-Biesheuvel en de commissie-Welschen, waarvan ik als enige van alle drie als lid deel uitmaakte. De commissie-Dunning gaf advies over de verdeling van de schaarste door criteria te ontwerpen voor het maken van keuzen. (2) Nog steeds is de trechter van Dunning

een instrument dat gebruikt wordt om tot een basispakket te komen. De commissie-Biesheuvel, een zeer boeiend gezelschap van drie economen en drie medici, adviseerde om de curatieve zorg te moderniseren. Ze bracht begrippen als transmurale zorg, medisch-specialistische geïntegreerd bedrijf als het om een ziekenhuis gaat, in omloop (3). De commissie-Welschen adviseerde de minister over een modernisering van de ouderenzorg en de bejaardencentra kwamen toen onder de AWBZ en werden zorgcentra genoemd. De indicatiestelling kwam onder een onafhankelijke, objectieve commissie: het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) (4). Boeiende tijden, want het was de tijd van staatssecretaris Simons met zijn stelselwijziging. Je had veel stof tot schrijven omdat niemand het met iemand eens was.

Boeiend en uitdagend was het ook toen ik de leerstoel Sociale Geneeskunde aan deze universiteit kreeg aangeboden: de derde periode in mijn bestaan als arts. Schrijvend en pratend kon ik mijn ervaring kwijt en kon ik verder meedenken over de complexiteit van de gezondheidszorg, analyses maken van de knelpunten en oplossingen adviseren omtrent andere vormen van organisatie en structuur van het zorgveld met daarbij andere mogelijkheden tot financiering (5).

In mijn 45 jarige loopbaan als medicus heb ik alle facetten van het zorgbedrijf gezien: curatief, beleidsmakend en als docent en onderzoeker en het zal u niet verbazen dat het boeiende er voor de toekomst in zal blijven. Ik ben nog lang niet uitgedacht over die gezondheidszorg!

De auteur van het boek “KANDY, een terugtocht “ (6) zegt: “Na het pensioen, dat is bekend, bestaat de toekomst alleen nog uit herinneringen. Het is de tijd om oude brieven en foto’s van zolder te halen en, bevrijd van verplichtingen op zaak of kantoor, in het verleden te duiken”. Gaat het dan in mijn toekomst om een recherche du temps perdu? Dat beeld past in elk geval niet bij de titel van mijn verhaal dat het juist heeft over de toekomst. En die toekomst typeer ik voor de sector waarin ik nu 45 jaar werkzaam ben geweest als spannend. Spannend wil ik hier dan zien als een uitdagend gebeuren: de toekomst zit vol verrassingen en je kunt daar met verbazing naar kijken en ook naar uitzien. Immers, spannend is mijn werk altijd geweest: boeiend en vol verrassingen, want de gezondheidszorg is en blijft een dynamisch bedrijf. Met spannend bedoel ik ook dat er in die zorgsector veel spanningen bestaan. Het is een veld vol van tegenstellingen en vooral ook tegenstrijdigheden. En juist dat heeft tot gevolg dat we telkens keuzen moeten maken. Het terrein van de zorg en de sociale zekerheid, het vakgebied van de Sociale Geneeskunde en Public Health is een terrein waarop uitgebreid de

tegenstellingen de voortgang nogal eens hebben geblokkeerd. In de toekomst zie ik daar ook nog geen enkele verbetering in en daarom zal het hier en daar zorgelijk blijven en vooral spannend. Waar zullen wij naar toegaan in de zorg en de sociale zekerheid? Zal dat een aan de markt overgeleverd terrein worden? Zal het een mengsel worden van privaat en publiek met een niet duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling? Zal de patiënt niet geweldig in de verdrukking komen? Draait het wel echt om de zorgvrager of staat die in het midden terwijl iedereen vindt dat hij of zij daar in de weg staat? Gaat het dan alleen maar om de belangen van de marktpartijen en is de patiënt slachtoffer van de belangen?

Ik wil in mijn afscheidscollege die spanningen als rode draad nemen en deze toelichten aan de hand van analyses van verschillende gebieden in de zorg. De rol van de spelers op het veld van de gezondheidszorg zal als eerste aan bod komen. Een onderwerp dat mij zeer na aan het hart ligt, namelijk sociale zekerheid en markt, zal daarna worden behandeld. Opvallend is dat in de ontwikkelingen de dokter in een andere positie is komen te staan en dat deze 'managerial' kwaliteiten zou moeten hebben. Die spanning wil ik als derde laten zien. En als we dan weer naar de structuur en financiering terug gaan zien we dat het wezenlijk probleem is dat er een spanning is tussen publiek en privaat als het gaat om de bekostiging van de zorg. Ik werk dat uit in paragraaf 5.

Een heel andere spanning bestaat er tussen curatie en preventie. Paragraaf 6 heeft dit als onderwerp. Op dit terrein zijn er zoveel controversen dat zowel in beleid als uitvoering er problemen zijn. Vooral met betrekking tot de financiering zien we kwalijke gevolgen van de controversen.

Ik hoop deze spanningen en controversen vanuit mijn ervaring te voorzien van nog wat wijze raadgevingen.

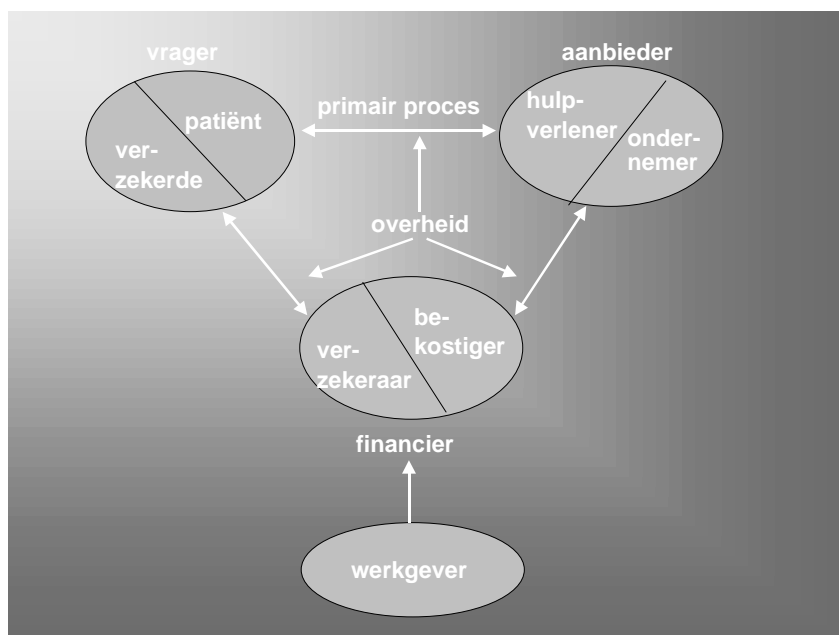
## **2. Spanningen bij de spelers op het veld**

Ik begin even bij mijn inaugurele rede, in 1993 gehouden (7). Ik stelde toen vast dat er vele, vele veranderingen zijn in zorg en zekerheid en het motto van toen was het lied:

*“Ieder woelt hier om verandering  
En betreurt ze dag aan dag  
Hunkert naar hetgeen hij zien zal  
Wenst terug ‘t geen hij eens zag”.*

De mens heeft een drang in zich om steeds maar te veranderen, maar eigenlijk wil hij het ook liever niet: het was immers altijd goed en waarom moeten we dan de zaak wijzigen. Het lied zegt verder dat we eigenlijk willen veranderen omdat we steeds maar naar een betere toekomst verlangen. We hunkeren naar wat we dan zullen zien. Maar uiteindelijk wensen we toch weer terug wat we hadden. Duidelijke controversen met de spanning die dat met zich mee brengt.

Ik beschreef toen al mijn model van de spelers in de zorgsector die in een driehoeksrelatie staan (5,8,9). En dat schema heeft mij geweldig geholpen om de spanningen in de zorg en zekerheidssector te doorgronden. Dat model heb ik ook steeds maar weer in mijn colleges gebruikt om de studenten wegwijs te maken in de complexiteit van de gezondheidszorg. Het gaat dan om de driehoek van de vrager, de aanbieder en de zorgverzekeraar, met daartussenin de overheid die al maar terugtreedt, al meer dan tien jaar lang maar tegelijkertijd steeds meer invloed wil krijgen op al de relaties op dit terrein: een contradictie die veel vooruitgang blokkeert. Daar is in de loop der jaren ook de werkgever nog als participant in de gezondheidszorg bijgekomen, toen die te maken kreeg met de privatisering van de ziektewet en de WAO en zelf verantwoordelijk werd gesteld voor het doorbetalen van het loon en vooral voor het weer hervatten van het werk. Dat veroorzaakte onder meer het fenomeen van het omzeilen van wachtlijsten. De werkgever had en heeft in toenemende mate er belang bij dat de werknemer zo snel mogelijk werd geholpen om zo gauw mogelijk weer aan het werk te kunnen.



De driehoek typeert prachtig de spanningen die er bestaan op het terrein van de gezondheidszorg. De ‘zorgvrager’, een term die als voorbeeld kan dienen van de ingeslopen economisering van de zorgsector, is tegelijkertijd verzekerde en patiënt: hij betaalt niet wat hij geniet. Hier zien we al direct dat er in de zorg niet van een echt economisch principe sprake is. Immers, in de economie geldt dat de klant zelf zijn product betaalt en dus er baat bij heeft om zo goedkoop mogelijk iets aan te schaffen. In de zorg wordt door anderen betaald en dat heeft tot gevolg dat de patiënt niet direct op de kosten let en de moral hazard is dus altijd aanwezig. We zien hier de spanning van een niet eindigende vraag bij een schaarste in de middelen. Pogingen om de patiënt meer verantwoordelijkheid te geven voor een zinnig en zuinig gebruik van de zorg zijn tot nu toe op niets uitgelopen. De moderne en pas in zwang zijnde term van ‘vraagsturing’ als leidend principe voor de zorg zal de spanning alleen nog maar vergroten en zal de druk op de middelen enorm laten oplopen. Het wordt een open eind als de vraag naar zorg op elk moment of binnen een bepaalde tijd dient te worden bevredigd. We zullen dit vanuit de collectieve middelen nooit kunnen opbrengen. Ik acht dit principe dan ook onhaalbaar in een sociaal stelsel.

De zorgaanbieder, bijvoorbeeld de arts, fysiotherapeut, apotheker of het ziekenhuis, is hulpverlener en tegelijkertijd ‘ondernemer’. Men ‘verdient’ aan de zorgverlening. Het voorbeeld van de apotheker met zijn ‘winkel’ en zijn wens om toch als hulpverlener te gaan



werken, toont die spanning in optima forma. Hij zou als hulpverlener niet naar de winst moeten kijken en die zou niet bepalend moeten zijn voor de keuze van het medicament, generiek of specialité, maar zou als hulpverlener het beste voor de patiënt moeten kiezen en als maatschappelijk betrokkene het goedkoopste. Immers hij verdient zijn brood vanuit de collectieve middelen en heeft dus een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Maar niet alleen de apotheker, ook de andere aanbieders van zorg kampen met dezelfde problematiek en spanning. We zagen dat in het verleden bij de specialist die zijn inkomen bij elkaar sprokkelde via het verrichtingentarief. We zullen dat opnieuw zien als hij straks zal worden betaald via de systematiek van de DBC's, de diagnose-behandel-combinatie. Het wordt dan een open-eind financiering, die het ondernemerschap zal aanwakkeren met als gevolg voor het totaal van de kosten een onbeheersbare groei.

De zorgverzekeraar wordt eveneens gemangeld in zijn eigen spanning en controversen: hij wil meer verzekeren en doet alles om die te krijgen: sponsort rijp en groen, maakt reclame en concurreert met andere zorgverzekeraars met een polis voor aanvullende zaken, luxe- en vaak onnodige medische interventies. Tegelijkertijd moet hij wel de zorg betalen en heeft daarvoor niet genoeg geld, zeker in een tijd waarin de beurskoersen zijn gedaald en de beleggingswinsten zijn veranderd in verlies. Extra zaken die niet door de premieopbrengst worden gedekt komen onder druk te staan. Spanning dus tussen de op markt gerichte bedrijfsmatige activiteiten en de collectieve verplichting om iedereen op tijd de zorg te geven die noodzakelijk is of te wel aan de behoefte van de patiënt te voldoen.

En die 'arme' overheid zit daartussen en wil de uitgaven beheersen of liever gezegd wil al maar bezuinigen of liever gezegd wil en kan niet aan de behoefte voldoen omdat het teveel uit de algemene middelen haalt. De uitgaven worden tot onder het behoefteniveau beperkt.

Optimistisch spreekt men van een beheerste groei, een verhullend begrip omdat er al maar een tekort blijft bestaan en we de behoefte steeds minder kunnen dekken. En die spanning, de discrepantie tussen beschikbare collectieve middelen en de zorgbehoefte heeft ons in de commissie-Dunning al tien jaar geleden doen waarschuwen dat er grotere wachtlijsten zouden ontstaan en dat we hopeloos op achterstand zullen komen. We rekenden toen uit dat de jaarlijkse groei 6.25% diende te zijn om de ontwikkelingen in de zorg bij te houden. Het paarse kabinet verhoogde in de eerste vier jaar de zorg jaarlijks met 1.3% en de tweede vier jaar met 2.8%. Opgeteld hebben we op dit moment een achterstand van 35%: een kloof tussen wat nodig is en wat er beschikbaar is gesteld. Niet verwonderlijk dus dat we met grote knelpunten en spanningen zitten op dit moment. Niet in te halen en zeker niet te repareren binnen tien jaar. De overheid kampt met nog meer spanning. Niemand van de partners wil

eigenlijk zuinig zijn met zorg. De patiënt wil steeds meer, de aanbieder wil dat best geven want dat is zijn boterham en de zorgverzekeraar is een bedrijf en welk bedrijf wil nu gaan beperken en niet expansie vertonen? Niemand heeft er dus belang bij om te gaan bezuinigen. En die overheid maar tamboereren op zinnige en zuinige zorg...! De spanning ten top! Het vergt een draconische ingreep als we uit deze spanningen willen komen en vooral vergt het keuzen maken. En dat hebben we de laatste 30 jaar niet gedaan. Het parlement heeft al die keuzen voor zich uit geschoven, maar ook de opeenvolgende regeringen hebben dat gedaan. En nu zitten we op de blaren: de zorg en ook de sociale zekerheid in de vorm van de loondervingcompensatie bij ziekte zijn volledig vastgelopen. Het is onvoorstelbaar om te zien hoe de zorg in het slop zit, zeker als we dat vergelijken met de landen om ons heen. Immers, daar is nauwelijks een wachtlijst, nauwelijks een tekort aan personeel en daar gaat de patiënt niet naar het buitenland om zijn recht op zorg te verzilveren. Men heeft daar in vele gevallen de financiering van de zorg aangepast aan de behoeften en vooral dit gedaan door meer private middelen in de zorg te sluizen door eigen bijdragen te gaan heffen. Ook de collectieve inbreng is verhoogd en het percentage van het BNP voor de zorg is in de omliggende landen gestegen. Onze overheid heeft angstvallig dit BNP-percentage tussen de 8 en 9% gehouden: al sinds 1982!

Wel mogen we constateren dat het niveau van zorg nauwelijks is gedaald. De technologische ontwikkelingen zijn doorgedaan, ondanks schaarste. De kwaliteit van de zorg is ook niet drastisch gedaald al zijn er tekenen dat door tekorten niet meer die zorg kan worden gegeven die werkelijk noodzakelijk is.

### **3. Sociale zekerheid en markt**

Vanuit het hierboven beschreven model kijken we allereerst naar de spanningen die worden opgeroepen door aan de ene kant het willen vasthouden aan het sociale karakter van zorg en zekerheid en aan de andere kant toch de marktwerking als beheersinstrument te willen invoeren. Nog recentelijk bij de mislukte poging tussen CDA en PvdA om tot een regering te komen werd duidelijk gesteld dat men op dit moment niet teveel eigen bijdragen wilde invoeren als beheersinstrument voor de zorg omdat in 2006 er een nieuw stelsel zal zijn dat de concurrentie hanteert als beheersingsinstrument van de kostenontwikkeling

Uit mijn analyses in de loop van de laatste tien jaar heb ik kunnen vaststellen dat de grootste spanning in zorg en zekerheid ontstaat door een controverse tussen het marktdenken en het denken in sociale verzekeringstermen. De verdere liberalisering van onze maatschappij heeft in de jaren tachtig het marktdenken ingevoerd in systemen, die daarvoor heel sterk geschoeid waren op de leest van de sociale zekerheid. Vanaf 1982, het aantreden van het Kabinet-Lubbers, is er gestreefd naar een vermindering van de collectieve lasten. Men opteerde voor het verder afbouwen van de verzorgingsstaat en in plaats hiervan de eigen verantwoordelijkheid van de burger te benadrukken. En dat zou alleen maar kunnen als er meer markt zou komen in de sociale zekerheid op het terrein van zowel de ziekenzorg als de loonderving ten gevolge van ziekte. Ziektewet, WAO en ziekenfonds zouden dus moeten worden aangepakt.

#### ***3.1 Kenmerken van een markt***

Vanuit de economie is bekend dat de markt een aantal kenmerkende eigenschappen heeft. Vooral de voorkeuren van mensen en de particuliere koopkracht van consumenten bepalen de vraag. Een ander kenmerk noemde ik al in het voorafgaande: de genietter van het product is ook de betaler ervan. Op een markt bestaat vrijheid van keuze en anderzijds wordt die keuzemogelijkheid verschaft omdat er voldoende aanbod is. Op een markt bestaat in wezen geen schaarste, in de zin van tekorten. Immers, ik kan, als ik het mij financieel kan veroorloven, alles kopen wat ik wil. Goed, het kan even uitverkocht zijn, maar dan is het te bestellen en krijg ik het binnenkort.

Op een markt is er concurrentie mogelijk op prijs en kwaliteit. Het product wordt aangeprezen zonder dat er noodzaak is om dat persé te bezitten of te genieten. Men stimuleert op een markt de aankoop: hoe meer hoe beter voor de omzet en de winst. De markt is gericht op winst maken en niet op non-profit.

Past dit beeld in de sector van de gezondheidszorg? Nee, absoluut niet.

Ik som een paar kenmerken op die typisch zijn voor de verhoudingen zoals we die in de zorgsector aantreffen. Zo is de relatie tussen vrager en aanbieder er één van een afhankelijkheid. Er bestaat een asymmetrie in de kennis en macht. De zorgvrager is ziek en daardoor niet meer vrij in zijn keuzen. In acute omstandigheden geeft hij of zij zich over aan de professional in de zorg. Die bepaalt wat er dient te worden gedaan en die is dus sturend in de besteding van middelen. We dienen ons uitermate goed te realiseren dat patiënten geen belang hebben bij een zuinige zorg als er sprake is van ziek-zijn en beter willen worden. Bij chronisch zieken bestaat er iets meer keuzemogelijkheid in de zin dat men invloed kan uitoefenen op wat men het liefst heeft. Van groot belang is echter dat er in de zorg geen sprake is van een concurrentie op de prijs. De zorgvrager maakt het in wezen als patiënt niet uit hoeveel het kost: het wordt door de “third-party payer”, de zorgverzekeraar, betaald. Er wordt gesteld dat de zorgverzekeraar bij de inkoop van de zorg kijkt naar de prijs en naar de kwaliteit van de zorg. Maar nog steeds vallen de prijzen onder de WTG en wordt er geen flexibele opstelling vanuit de overheid nagestreefd in de zin dat de greep op de tarieven wordt verminderd. En als dat zou gebeuren dan moet dat passen in een totale herschikking van de zorg waarbij de budgetten niet meer gelden en de open eind financiering als leidend principe moet worden geïntroduceerd. Ik wijs er met nadruk op dat we dan volledig van systeem moeten wijzigen en we moeten afstappen van beheersing van de zorg. We gaan dan naar een stelsel met als belangrijkste kenmerk de marktordening. En we weten dat dit een duur systeem is!

Een ander punt is dat in de zorg concurrentie tussen de zorgaanbieders bij het bestaan van schaarste niet zal werken en dat er bij vrije onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders deze laatsten zich zullen verenigen en een hogere prijs zullen vragen. Het verschijnsel doet zich dan voor dat patiënten en aanbieders zullen samenspannen tegen de zorgverzekeraars. Het vaak gehoorde adagium dat zorgverzekeraars de vertegenwoordigers zijn van de vragers van zorg zal wel opgaan in het geval het gaat om verzekerden, maar zeker niet als die verzekerden patiënten worden. Immers, zij zijn afhankelijk van de zorgverleners en willen alles hebben wat die zorgverleners adviseren, voorschrijven of voorstellen om uit te voeren.

Zal de zorgverzekeraar de ziekenhuizen tegen elkaar kunnen uitspelen door scherp te onderhandelen? Nee, niet zo lang er een schaarste bestaat. Immers men zal een ziekenhuis niet kunnen uitsluiten van de zorgverlening omdat er geen ruimte is in een ander ziekenhuis. Ook zal het moeilijk zijn om bepaalde afdelingen van ziekenhuizen niet te contracteren maar bijvoorbeeld voor cardiologie naar een ander ziekenhuis te gaan. In dat spel spelen natuurlijk ook de verwijzers een rol en ook de wens van de patiënt om naar een bepaald ziekenhuis te gaan. De complexiteit van de gezondheidszorg is een belemmering voor de markt op dit gebied.

Is dan marktwerking in de zorg totaal niet aanvaardbaar of mogelijk zonder het sociale karakter van de zorg en zekerheid aan te tasten? Naar mijn oordeel moet het mogelijk zijn dat een gereguleerde marktwerking een rol zou kunnen spelen. Het gaat dan om de competitie tussen aanbieders op basis van kwaliteit en dienstverlening. In die zin zouden we misschien marktmechanismen kunnen invoeren. Ook tussen de zorgverzekeraars zou sprake kunnen zijn van een bepaalde vorm van concurrentie al zal het effect hiervan met het handhaven van de acceptatieplicht niet zo groot zijn. Marktwerking wordt ook belemmerd doordat de transparantie in de zorg niet groot is. De vrager heeft nauwelijks inzicht in de kwaliteit van de hulpverlening. Hij meet die niet af naar het effect maar veel meer naar de bejegening. Een zorgverlener moet aardig zijn en natuurlijk ook vaardig, maar dat hoort nu eenmaal bij een professional en moet dus een gegeven zijn. Transparantie wil men verkrijgen door arrestatie-indicatoren in te voeren. De zorgverleners/ziekenhuizen dienen aan te tonen welke prestaties ze hebben geleverd. Sommigen spreken van het uitdelen van Michelinsterren aan ziekenhuizen of beroepsbeoefenaren. Naar mijn oordeel zal dit echter bijna onmogelijk zijn en is het ook ongewenst. Immers de zorgsector zal dan gaan streven naar risicominimalisatie en zal patiënten met grote problemen naar de buurman doorsturen om maar goede prestaties te kunnen laten zien. Bovendien zal het de juridisering van de zorg en zekerheid sterk stimuleren. Schadeclaims zullen dan in grotere mate een rol gaan spelen.

### ***3.2. Karakter van zorg en zorgverlening***

Het verlenen van zorg is iets essentieel anders dan het verschaffen van een consumptiegoed. In zijn beroemde analyse van het zorgbegrip laat Hattinga Verschure zien dat zorg verlenen gebaseerd is op sociale motieven (10). Het solidariteitsmotief speelt een erg grote rol in de hulpverlening. Mensen die ziek worden kiezen niet vrijwillig voor de zorg, maar er is een noodzaak omdat men weer beter wil worden of omdat men afhankelijk is geworden door

afwijkingen, beperkingen en handicaps. Het is ook daarom dat in het verleden de sociale wetgeving heeft ingespeeld op dit fenomeen. Ziekte en gevolgen van ziekten als loonderving worden niet vrijwillig gekozen, maar het overkomt de mens. Met elkaar moeten we ervoor zorgen dat er dan hulp wordt geboden. Met elkaar zorgen we ervoor dat mensen bij ziekte niet in armoede vervallen en niets meer hebben om van te leven. Aan het eind van de 19<sup>e</sup> eeuw concretiseerde men dat sociale gevoel in de vorm van sociale wetgeving: ziekte en gevolgen van ziekte alsmede ook andere sociale problematiek werd collectief verzekerd. Tot op dit moment bestaat deze sociale zekerheid, al lijkt die te worden uitgehold door de liberalisering van de maatschappij. De opkomende ik-samenleving, de individualisering en de gedachte van 'ben ik mijn broeders hoeder?' maken, dat onze maatschappij het sociale denkpatroon aan het verleren is en van het solidariteitsprincipe inlevert.

Dat wil niet zeggen dat in onze maatschappij het solidariteitsgevoel heel sterk aanwezig is. We zien dat in de uitgebreide mantelzorg die in ons land wordt aangetroffen. Velen helpen hun verwanten of kennissen als die hulp behoeven.

Hier dient ook nog te worden gewezen op het feit dat er natuurlijk bij de bevolking en ook bij de artsen wel sterke overschatting is van hetgeen de gezondheidszorg kan bieden. Er zijn irreële verwachtingen en dat stimuleert de omvang van de zorgverlening.

### ***3.3 Ziekte en loonderving***

Dat zelfde individualisme en desocialisering zien we ook op het terrein van de loonderving door ziekte. In de jaren tachtig is begonnen met het ontmantelen van de WAO en het privatiseren van de ziektewet. De WAO, zeker een probleem door de omvang van het aantal arbeidsongeschikten, lijkt ook te gaan in de richting van een verregaande privatisering. Alleen mensen met een 'echte' ziekte, en dan gaat het om het langdurig verzuim, komen in aanmerking voor een uitkering. En de sociaal geneeskundige moet dan aantonen dat het om een echte ziekte gaat. Men wil nog steeds niet erkennen of houdt daar geen rekening mee dat het ziekteverzuim een multicausale oorzaak heeft en dat de maatschappelijke determinanten daarbij een grote rol spelen. Onze maatschappelijke opvatting over ziekte in relatie met het kunnen verrichten van arbeid lijkt een zeer bepalende determinant te zijn. En we kunnen dokters niet in de schoenen schuiven om dat element maar te vergeten en alleen lichamelijke afwijkingen als grond voor uitkering te gebruiken. Dat is misbruik maken van de

geneeskunde! Spanning dus ook op dit terrein tussen de sociale verzekeringsgedachte en de privatiseringsdrang.

Natuurlijk is het noodzakelijk de werknemers op hun verantwoordelijkheid te wijzen omtrent het ziekteverzuim. De werkgevers kunnen daarbij behulpzaam zijn door de arbeidsomstandigheden te verbeteren en het werken aantrekkelijk te maken. Dat dit gestimuleerd moet worden via de financiële verantwoordelijkheid voor het ziekteverzuim bij de werkgevers te leggen is misschien nog te billijken. Echter we zullen ervoor moeten waken dat we niet in een situatie komen dat werknemers op grond van mogelijke ziekten worden uitgesloten van het krijgen van betaalde arbeid. Noch zullen we de WAO mogen ombouwen tot een soort bijstandswet. Mensen die ziek zijn en die niet meer kunnen werken hebben recht op een goede uitkering. De sociale zekerheid zullen we op dat vlak moeten koesteren. De huidige ontwikkelingen houden grote risico's in, in de zin dat we steeds meer en misschien wel teveel verantwoordelijkheid leggen bij de werknemer. Sommigen spreken van eren steeds groter eigen risico bij die werknemer. Deze zou zelf een deel van de kosten van het verzuim moeten opbrengen.

### ***3.4. Vraagsturing: een fout begrip***

In het kader van markt en zorg past het begrip 'vraagsturing', een recent ingevoerd adagium voor de zorg. Men verstaat eronder dat de patiënt zelf sturing geeft aan zijn vraag en dat de overheid ervoor zorgt dat niet het aanbod van de zorg bepalend is voor wat de patiënt krijgt, maar dat de vraag het leidend principe wordt. Het kan niet zo zijn dat de budgetten bepalen of iemand nog geholpen kan worden. Op het eind van het jaar bestaat het recht op zorg onverminderd. Als men een nieuwe heup moet hebben moet dat in december kunnen ook al is het budget voor heupvervangings op. Hetzelfde geldt in wezen voor de AWBZ-zorg. Men is geïndiceerd voor zorg in het verpleeghuis en het mag dan niet meer zo zijn dat er geen plaats is of er geen vervangende zorg aanwezig is. Het aanbod mag dus niet meer sturend zijn voor de omvang van de zorg en het tijdstip van het inwilligen van de vraag.

Dat is een juiste zaak. Maar gaat het dan wel echt om de vraag of geldt hier toch nog dat er binnen de schaarste sprake moet zijn van een rechtvaardige verdeling. Vraagsturing gaat in wezen uit van het opheffen van de schaarste. Dunning stelde altijd tijdens de besprekingen in de commissie Keuzen in de zorg dat ook al zouden we de helft van ons nationale budget aan gezondheidszorg besteden we nog altijd met schaarste te maken hebben. Hij wees erop dat er geen eind is aan de vraag. Er zal dus altijd van beheersing sprake zijn, het kan niet anders. En

daarom zal ook nooit de wachtlijst totaal opgeheven zijn. Ik herinner me uit mijn huisartsentijd dat ik grote problemen had met het laten opnemen van bijvoorbeeld mensen met een CVA. Ziekenhuizen waren vol en konden geen patiënten er meer bij hebben. Om maar niet te spreken van de ellende om psychiatrische patiënten opgenomen te krijgen als ze niet langer in de gemeenschap konden verkeren. Uren heb ik telefonisch geleurd met deze patiënten om een plaats voor hen te krijgen. Wachtlijsten zijn niet van deze tijd alleen maar zijn er altijd geweest en zullen er altijd blijven. De optimisten die menen dat de vraag bepalend is voor het verlenen van de zorg binnen de tijd dat de patiënt dat wenst zullen bedrogen uitkomen. Natuurlijk wil ik hierbij opmerken dat de subjectieve vraag van de patiënt zeker een rol mag spelen en zelfs moet spelen. We dienen natuurlijk rekening te houden met de wensen van de patiënt. Maar voor het beleid mag dat niet het uitgangspunt zijn. Met de patiënt zullen we vanuit diens vraag de behoefte moeten vaststellen.

Ik pleit dan ook niet voor vraagsturing: het is een fout begrip uitgaande van foute premissen. Mijn optie zou zijn om veel beter de behoefte van zorg te bepalen en die behoefte als leidraad te nemen voor de verdeling van die zorg. En dan moeten we keuzen maken bij de verdeling en prioriteiten in die behoefte stellen. Dan moeten we misschien zo nu en dan rantsoeneren en selecteren. Maar dat moet wel gebeuren op reële gronden en met transparante criteria. Behoeftesturing houdt in dat we die behoefte kennen en die niet negeren zoals de laatste tijd door de overheid is gebeurd. Men heeft de budgetten niet afgestemd op de reële behoeften en daardoor zijn we in de fout gegaan.

Spanning zal er dus altijd zijn tussen die behoefte en de beschikbare middelen. Vraagsturing zal geen oplossing blijken te zijn om uit de genoemde spanning te komen.

### ***3.5. De patiënt centraal***

Het primaire proces in de zorg is dat tussen hulpverlener en patiënt. Ook hier bestaan spanningen. Hebben patiënten wat te zeggen, zo vroeg mijn promotor, de voormalige hoogleraar huisartsgeneeskunde Herman van Aalderen zich al in de jaren zeventig af (11). Nee, was zijn ervaring en hij stapte uit de zorg en ging werken aan een verbetering van de patiëntenpositie. De grote controverse blijft dat we ook op dit moment nog zitten met het recht op zorg en de beschikbaarheid ervan. De zorg en de sociale zekerheid lijken sterk geconcentreerd te zijn op de belangen van degenen die in economische termen denken: de aanbieders en de zorgverzekeraars.



Toch spreekt iedereen over de geëmancipeerde patiënt. En natuurlijk zien we in de loop van de laatste twee decennia de invloed van de patiënt groeien. Met name door de organisatie in patiëntenverenigingen wordt de hulpvrager meer gehoord. Die emancipatie heeft een maatschappelijke basis. Allerlei groepen zijn in de loop van de laatste 40 jaar meer aan hun trekken gekomen. Dat begon bij de studentenopstanden in de jaren zestig. Deze werden gevolgd door de vrouwenemancipatie. Steeds meer werd ook naar gehandicapten geluisterd en werd met name bij de verstandelijk gehandicapten gestreefd naar een normalisatie van hun bestaan. De voormalig directeur van de Stichting Philadelphia, Cees Hovenkamp, heeft op dit gebied een enorme invloed gehad en heeft daadwerkelijk getoond dat verstandelijk gehandicapten mensen met mogelijkheden zijn en niet alleen maar mensen met tekorten. Maar is in dit emancipatoire proces de patiënt werkelijk centraal komen te staan? Ik betwijfel dat. Als we luisteren naar de verhalen van patiënten over de zorg, dan is dat niet overal even positief. De relatie tussen arts en patiënt staat vaak onder spanning. Het lijkt erop dat de aandacht voor de mens achter de patiënt niet echt aanwezig is. Bij een lezing die ik hield voor verpleegkundigen zei een groot aantal dat ze het idee hadden dat specialisten erg geboeid waren door hun vak. Maar het lastige was dat er ook patiënten waren, zo meenden de verpleegkundigen dat de artsen dachten. Als die er niet zouden zijn zou het een stuk aangenamer zijn. Ik vroeg mij af waar dat nu aan te wijten is. Enerzijds zal dat te maken hebben met de grote belangstelling voor de technologie die een aantal artsen heeft en anderzijds zal de ervaring over het lastig-zijn van patiënten ook een rol spelen. Het is ook zo dat uit mijn observaties blijkt dat in de geneeskunde de zaak boeiend wordt als er technologische vooruitgang is. Ik wijs erop dat de arts heel gauw de neiging heeft om de mens als een soort machine te zien, die gerepareerd moet worden, een exclusieve geneeskunde zoals de vroeg overleden hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de VU, Jan Piet Kuiper, zei (12). Hij heeft zijn levenlang gepleit voor een inclusieve gezondheidszorg, een begrip dat ik ook steeds heb gehanteerd als het om de aard van de zorgverlening gaat. De mens is daar het centrum, de mens is inclusief en alle zorg is inclusief gericht op de verbetering van de gezondheidstoestand van die patiënt.

Zorg dient weer veel meer in het middelpunt te komen en niet de techniek.

En dat we daaraan hard moeten gaan werken blijkt ook wel uit de gegevens van het RIVM (13) via de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV). We weten dat we in de toekomst te maken krijgen met een forse toename van het aantal chronisch zieken. Het aantal demente patiënten stijgt in de komende tien jaar met zeker 45%, de groep diabeten met een 35% en de mensen die aan hartfalen gaan lijden zal tot aan 2015 met 43% stijgen. En nog meer

chronische ziekten zullen in omvang fors toenemen, zoals reuma, longziekten, coronaire afwijkingen en andere hartvaatziekten etc.

Dit heeft grote consequenties voor de zorgverlening. In het algemeen kunnen we bij deze ziekten niets met onze high-tech, maar staat juist de controle en begeleiding op de voorgrond. Dat zal de mentaliteit van de artsen moeten veranderen van curatief en technisch ingesteld zijn naar begeleiding en zorgverlening, een terrein waar we als dokters niet zo heel erg goed in zijn. Het is een uitdaging voor de opleiding om dit transitieproces succesvol te maken. Of moeten we misschien dit niet in het takenpakket van de arts opnemen maar hiervoor verpleegkundigen opleiden? Ik meen dat we beiden moeten doen. Een groot deel van dit werk kan door verpleegkundigen worden gedaan, maar de arts zal ook erop gericht moeten zijn dat er meer zorg dient te worden verleend en dat zijn techniek wat meer op de achtergrond komt. Een veranderende morbiditeit, ook voor een groot deel gebaseerd op de demografische veranderingen, zal tot een andere attitude van artsen moeten leiden: een uitdaging voor de toekomst. Maar hieraan gekoppeld zullen we er niet aan ontkomen om de organisatie van de zorg hieraan aan te passen. In mijn onderzoek over alternatieven voor de organisatie van de eerstelijns kom ik steeds meer in de richting van een differentiatie: de huisarts zou de chronisch zieken aan gespecialiseerde centra kunnen overlaten. Wat is er tegen een diabetescentrum, een centrum voor chronische longziekten etc? En waarom stellen we dat niet onder regie van het ziekenhuis? En naar mijn oordeel zou ook de huisarts in de toekomst binnen die organisatie moeten worden opgenomen: centra voor eerstelijnsgezondheidszorg gekoppeld aan ziekenhuizen. In steden kan dat daadwerkelijk door een deel van de poli uit te bouwen tot eerstelijnscentra (14). In de periferie zou per plaats een dergelijk centrum aanwezig kunnen zijn, ook onder regie van het ziekenhuis dat voor de totale infrastructuur zorgdraagt. De huisarts kan dan zijn werk als medicus uitvoeren en de managementtaken aan de ziekenhuisorganisatie overlaten. (15,16)

Naar mijn oordeel komt dit de patiëntenzorg ten goede en daardoor maken we het misschien nog mee dat de patiënt echt centraal komt te staan.

## 4. Dokters en managers

Er zijn spanningen in de zorg maar ook in de sociale zekerheid tussen dokters en managers. De rol van de arts in onze maatschappij is de laatste jaren sterk onder druk komen te staan. De arts wordt minder gewaardeerd en het lijkt erop dat we weer terugkeren naar de tijd dat dokters werden gewantrouwd, dat men geen enkel vertrouwen had in het kennen en kunnen van de arts. Tegelijkertijd is de roep om meer artsen erg groot, een merkwaardige controverse en ook een spanning in het zorgveld.

### *4.1. Rol van artsen*

In mijn oratie wees ik erop dat de rol van artsen steeds aan veranderingen onderhevig is. Pas na de stormachtige ontwikkelingen in de geneeskunde aan het begin van de vorige eeuw maar vooral na de Tweede Wereldoorlog werd de dokter op een voetstuk geplaatst. Hij was het immers die ging over leven en dood. Hij had macht en hem werd macht toegeschoven vanuit de maatschappij. Zijn professie werd vastgelegd en beschermd via de geneeskundige wetten. Het werd een professie met een autonome structuur. Beschermd door wetten stelt men ook binnen de beroepsgroep zelf de wetten vast, professionele autonomie (auto = zelf, nomo= wet).

In de jaren zestig werd wel aan de macht van artsen geknabbeld: er kwam kritiek op de geneeskunde die zoveel macht kreeg dat alles onder de heerschappij van de artsen kwam te staan. De medicalisering sloeg toe. McKeown (17) en ook Illich (18) verwierpen deze ontwikkelingen en stelden dat het niet de geneeskunde is geweest die ons zoveel gezondheidswinst heeft opgeleverd. Veel meer is het de welvaart geweest waardoor de voeding zich verbeterde, de onhygiënische toestanden afnamen en de mensen oog kregen voor gezondheidsverbeterende maatregelen. En vooral ook was er een verbetering van de arbeidsomstandigheden die hoe langer hoe minder ziekmakend werden (19).

De rol van de dokters kreeg hierdoor een knauw.

Daarbij komt dat artsen in ziekenhuizen maar ook in andere instellingen en organisaties te maken kregen met een zich zeer sterk manifesterend management. Was vroeger in een ziekenhuis de arts autonoom en had hij zijn eigen 'winkeltje', thans is hij onderdeel van de

organisatie. En dat geldt ook voor artsen in de sociale zekerheid, Arbo- en verzekeringsartsen, bij de GGD-en, bij zorgverzekeraars en bij allerlei adviserende lichamen. Er is in toenemende mate spanning tussen de professionele autonomie van artsen en de manager die meent dat hij de regie heeft en de zeggenschap in de organisatie.

In de commissie-Biesheuvel hebben wij uitgebreid over dit probleem gesproken en onderkend dat het tot spanningen aanleiding geeft. Wij hebben geadviseerd om de ‘winkeltjesstructuur’ van het ziekenhuis op te heffen en er een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf van te maken onder de leiding van het management van het ziekenhuis. Daarbij hebben we geopteerd voor een verandering van de professionele autonomie in een professionele verantwoordelijkheid. De arts in welke organisatie dan ook heeft zijn eigen professie en dient dat in verantwoordelijkheid waar te maken.

Binnen de Arbo-dienst geeft dat spanning door onduidelijkheden voor wie men werkt, voor de werknemer of voor het bedrijf en het management daarvan. Bij ziekenfondsen geeft dat spanning bij de toewijzing van een voorziening of verstrekking terwijl dat eigenlijk niet op grond van het pakket kan. De arts heeft in die omstandigheid zijn eigen verantwoordelijkheid en is gehouden om steeds het beste te zoeken voor de patiënt die tegenover hem zit. Dat is hetgeen dat hij heeft beloofd tijdens zijn afstuderen door de eed of de belofte af te leggen. De rol van de artsen verandert voortdurend maar één ding blijft hetzelfde en dat is de zorg die de arts dient te geven aan patiënten. Het management zal dat als uitgangspunt moeten nemen.

Past het dan om, zoals we in de commissie-Biesheuvel vaststelden, dat er een managementparticipatie dient te komen vanuit de artsen? We adviseerden dit omdat anders de spanning in het ziekenhuis wel eens te groot zou kunnen worden. Als er namelijk een medisch-specialistisch geïntegreerd bedrijf moet komen zal de inbreng van de medici een duidelijke vorm moeten krijgen. Achteraf bezien dient hierop te worden teruggekomen. De spanning zal er allen maar door toenemen, zo bleek, als de arts zijn taak vermengt met een participatie in het management. Het gaat erom in de organisatie ieder zijn rol te laten spelen met respect voor elkaars kennen en kunnen. De manager speelt de rol van regisseur van de zorg en schept de voorwaarden om die zorg zo goed mogelijk te laten verlopen. Dat geldt ook in andere organisaties zoals GGD en Arbo-dienst. De arts heeft daar zijn medische rol. Vermenging zal de spanning alleen maar vergroten.

#### ***4.2 Dokters en eigen klinieken***

In ons marktdenken worden dokters ook meegesleept om te komen tot een eigen bedrijf. We zien hier in optima forma de spanning tussen hulpverlenerschap en ondernemer-zijn. Allerlei initiatieven zien we ontstaan om eigen klinieken, particuliere ziekenhuizen op te richten. Men doet dat om de bureaucratie van de grote ziekenhuisorganisatie te omzeilen en er een minder complexe structuur aan te geven. Maar eigenlijk zijn de motieven om vrijer te kunnen handelen, meer winst te kunnen maken en eigen baas te zijn, niet meer onderworpen aan de ziekenhuisorganisatie. De privé-klinieken beperken zich op dit moment alleen nog maar tot poliklinische activiteiten en interventies in dagbehandeling. Men stelt dat men een betere kwaliteit kan leveren en dat de wachtlijsten er door opgelost kunnen worden. Dat is zeker waar, als tenminste de menskracht niet wordt onttrokken aan de reguliere ziekenhuizen. Immers een grotere inzet daar zou ook tot het oplossen van wachtlijsten kunnen leiden. Onlangs is wel vastgesteld dat de tarifiering niet buiten de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) mag plaatsvinden. Men kan dus geen hogere prijzen bedingen, noch kan men via concurrentie de zorgverzekeraars lagere prijzen aanbieden.

We zien toch hier dat de rol van de arts vermengd wordt met die van eigenaar van de kliniek, van manager in die kliniek en van onderhandelaar met de zorgverzekeraar. Dat komt de hulpverlening niet ten goede. Het zal spanning geven. De grote vraag is of werkelijk de kwaliteit zal worden verbeterd als men buiten de reguliere zorg om veel van deze behandelcentra zal krijgen. Mijn grote bezwaar is altijd geweest dat men de krenten uit de pap haalt en de zware en moeilijke gevallen overlaat aan de reguliere ziekenhuizen.

Aan de andere kant is de privé-kliniek de luis in de pels en zal het de andere ziekenhuizen prikkelen om de zorg doelmatiger te verschaffen om mee te doen in de race om de gunst van de zorgverzekeraar als dit nodig wordt. En dat kan noodzakelijk worden als de omvang van de privé klinieken dermate groot wordt dat het bestaan van de reguliere ziekenhuizen bedreigd wordt.

Nog altijd moeten we dan bedenken of de overheid toch de omvang van het aantal bedden niet moet limiteren, want a build bed is a filled bed. En één van de beheersingsstrategieën voor de kosten in de zorg is de limitering van het aantal bedden. Ook daar dus weer een spanning tussen markt, het vrijlaten van het aantal bedden, en de beheersing van de kosten.

## 5. Publiek en privaat

In de afgelopen decennia is de tegenstelling tussen publieke en private financiering, tussen domeinen van overheid en markt en tussen verschillende sturingsprincipes veel in discussie geweest. Het zal de gemoederen de komende tijd heel sterk bezig houden, zeker nu we opnieuw de discussie lijken te gaan voeren over het stelsel. Er bestaat een spanning tussen het publieke gebeuren en de private inbreng daarin. We zijn van oudsher gewend om de gezondheidszorg als publieke sector te zien. Dat is ook gerelateerd aan onze opvattingen, die zelfs in de grondwet zijn verankerd. Daar staat immers in artikel 22 dat de overheid gehouden is te zorgen voor een goede en betaalbare zorgverlening. Velen vatten dit op in de zin dat dus van privatisering geen sprake kan zijn. Dan heeft de overheid immers te weinig greep op de zaak om de grondwettelijke taken uit te kunnen voeren.

Altijd heb ik gepleit voor een balans tussen privaat en publiek, zoals dat ook in de ons omringende landen het geval is. Een gezondheidszorg financieren alleen vanuit de collectieve middelen is onhoudbaar. En dat geldt ook voor de instandhouding van ons ziekteverzuimstelsel. Ook ziektewet en WAO zullen niet zonder inbreng van private middelen op het huidige niveau gehouden kunnen worden. In deze sector is overigens al een vrij sterke privatisering doorgevoerd. Bij die privatisering kan zelfs een vraagteken worden gezet of hier niet sprake is van een ongewenste desocialisering

### *5.1. Financieringsprincipes voor zorg en zekerheid*

Ons land heeft in het begin van de 20e eeuw gekozen voor een bekostiging van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid door een zogeheten ‘premiumbased’ systeem, het zogeheten Bismarckmodel. Daarin is de werknemer beneden een bepaalde loongrens via het ziekenfonds verzekerd. In dat stelsel hoort ook dat de loonderving wegens ziekte, ziektewet en WAO, een onderdeel zouden moeten vormen van het totale zekerheidsstelsel. Helaas is dat in ons land niet gelukt: we hebben twee aparte systemen voor ziektekosten en loonderving. Dit zien we in Duitsland niet: de Krankenkasse voert zowel de loonderving uit als de ziektekostenverzekering. In mijn oratie pleitte ik voor het opnieuw samensmelten van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Er zou één departement moeten komen: VoSoZa. Ook

zou er weer een wet moeten komen die zowel de loonderving wegens ziekte als de ziektekosten verzekert. Ik sprak in dat verband in mijn inaugurele oratie over zorgkapitaal waarbij werkgevers en werknemers het fonds vormen voor dat kapitaal en waarbij de uitkeringsgerechtigden en de gepensioneerden mee zouden worden opgenomen in dat fonds. Dat is niet gerealiseerd. Maar wat mij wel erg opvalt, is dat er toch een groei is naar dat samengaan. Het is bijvoorbeeld opvallend dat zorgverzekeraars ook arbo-zorg in hun pakket nemen. Er zijn collectieve contracten met bedrijven die zowel zorg als verzuim verzekeren. In bepaalde mate is er dus wel degelijk iets aan de gang op weg naar een convergentie. Het zal een uitdaging zijn om dat proces verder af te maken. Daarbij zou het helemaal niet ondenkbaar zijn dat zorgverzekeraars naast de zorgcontractering ook de arbo-contractering op zich nemen. Zoals men huisartsenpraktijken contracteert zou men ook de arbo-diensten kunnen contracteren. Het gevolg hiervan is dat zorgverzekeraars net als de Krankenkassen in Duitsland verantwoordelijk worden voor het beter aanpakken van ziekteverzuim en het sneller integreren van de werknemer.

Zoals gezegd werken we in ons land in het kader van het Bismarckmodel oftewel het insurance based systeem. In de tijd vlak na de tweede Wereldoorlog is nog even getracht om te komen tot een door de overheid geleid stelsel zoals het NHS in Engeland. Maar dat struikelde op de weerstand van artsen.

In ons land is bovendien gekozen voor het systeem dat de premies voor een groot deel door de werkgever worden betaald. De verplichting om tegen ziektekosten en loonderving verzekerd te zijn en het feit dat de werkgever een groot deel betaald typeert het systeem als een collectief, sociaal verzekeringssysteem. Het gaat om collectieve uitgaven. Deze collectieve uitgaven zijn tevens onderdelen van de CAO's en dus behorend tot de loonkosten. De overheid hecht er dus aan dat deze kosten beheerst worden om zo de concurrentiepositie van het bedrijfsleven te ondersteunen.

Dit financieringssysteem leidt tot grote spanningen. Immers we hebben een groeiende behoefte aan zorg terwijl we de premies op economische gronden niet kunnen verhogen. Dit blijkt ook heel duidelijk uit het gegeven dat het percentage van het BNP dat wij besteden aan de zorguitgaven nauwelijks is gestegen na 1982, toen Staatssecretaris van der Reyden de zaak in de greep kreeg met zijn ziekenhuisbudgettering.

De landen om ons heen hebben wel hun uitgavenniveau verhoogd en dat is een van de redenen dat ze geen grote wachtlijsten hebben.

## **5.2. Stelselproblematiek**

Om uit de spanningen te komen van deze knellende financieringssystematiek is al menigmaal geopperd om het stelsel te wijzigen. In de jaren negentig was dat bijna gelukt onder de toenmalige staatssecretaris Simons. Er zou een volksverzekering worden ingevoerd. Het voorstel sneuvelde door de politieke tegenstellingen in ons parlement en door maatschappelijke weerstanden, zoals de parlementaire commissie-Willems vaststelde(20). Overigens hebben we daarvoor ook vele pogingen gehad, die ook werden geblokkeerd door die tegenstellingen en vooral ook door de tegenstellingen in belangen in het veld. We waren in de beginjaren negentig dus gewaarschuwd. Als het parlement niet de tegenstellingen zou weten te overbruggen dan zou het mis gaan. En zo geschiedde het.

Zou het dan nu wel gaan lukken? We praten nu niet meer over een volksverzekering, een te beladen woord met een ouderwetse connotatie, maar over een basisverzekering. Goed beschouwd is dat in de praktijk hetzelfde maar het klinkt beter. Zijn de condities nu beter dan bij alle voorgaande pogingen? De voorstanders van de wijziging willen ons dat laten geloven. Het gaat dan niet alleen om het realiseren van een eenvormige verzekering voor iedere Nederlander, maar het belangrijkste voor de promotors van de stelselwijziging is dat er meer marktwerking zal komen en dat er meer vrijheid in handelen zal worden toegestaan, vooral voor de zorgverzekeraars maar ook voor de beroepsbeoefenaren. Allerlei regelgeving, inderdaad soms knellend, zal dan ineens worden opgeheven. De overheid is dan niet meer de sturende kracht maar het veld zal via de concurrentie en marktwerking de kosten moeten beteugelen. De vrager van zorg komt bovendien beter aan zijn trekken omdat de vraagsturing als leidend principe wordt gehanteerd. Ik heb in het voorafgaande mijn scepsis omtrent deze verandering met deze uitgangspunten al kenbaar gemaakt. Mijn inschatting is dat juist de markt, en de vraagsturing daarin, de kosten niet in de hand zullen houden en het een open-eind zal worden. De overheid zal dus met een forse stijging van de gezondheidskosten worden geconfronteerd als deze de stelselwijziging op deze wijze gestalte zal geven. De hobbels die nog moeten worden genomen om tot een wijziging te komen zullen de genoemde kostenexplosie zichtbaar maken en dan komt hetzelfde proces op gang als bij de vorige stelselwijzigingen: de politieke verschillen blokkeren de voortgang, de belangen binnen de verzekeraars remmen de voortgang af, de aanbieders van zorg komen in opstand en net als de vorige keren wordt het op de lange baan geschoven. Het is al tekenend dat de eerdere invoeringsdatum is verschoven naar 2006. Dat is het jaar dat er weer verkiezingen worden



voorbereid en dat een politieke partij zich niet wil inlaten met het misschien nemen van onwelgevallige beslissingen.

Spanningen dus tussen het willen invoeren van een nieuw stelsel en het oplossen van de knelpunten van de huidige zorgsector. Ik ben van oordeel dat we niet al onze energie moeten stoppen in een eindeloze discussie over een nieuw stelsel. We moeten de problemen van nu oplossen.

### ***5.3. Grenzen private financiering***

Om die problemen van nu op te lossen dienen we die helder voor ogen te krijgen. Heel kort gezegd is de financiering van de zorg op dit moment de grootste bottleneck, naast de menskrachtproblematiek in de medische en verpleegkundige sector. Uit de analyse van een ambtelijke werkgroep blijkt dat we de eerste jaren met enorme tekorten te kampen krijgen (21). Men schat deze tekorten op 4–6 miljard Euro in de komende kabinetsperiode. Er zijn vier oplossingen, zo stelt het rapport, namelijk het vergroten van de doelmatigheid, het korten in de salarissen, het verkleinen van het verstrekkingenpakket en het invoeren van eigen bijdragen. Naar mijn oordeel is uit doelmatigheidsoperaties niet zoveel winst te krijgen dat we dan uit de schulden zouden zijn. Natuurlijk is de zorg hier en daar niet altijd efficiënt, maar de laatste tien jaar is toch wel zoveel aan de efficiency gedaan dat verdere operaties op dat terrein niet zoveel zoden aan de dijk zullen zetten. Het korten op salarissen is in onze maatschappij een onhaalbare kaart als dat alleen de zorgsector zou betreffen. Ook dat valt dus af. We zullen daarom naar zowel de verkleining van het pakket moeten kijken als naar de invoering van eigen bijdragen of een eigen risico. De voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, Wiegel, heeft een voorzet gegeven voor die pakketverkleining. Hij is van mening dat de huisarts uit het pakket zou kunnen en dat die op vrijwillige basis in een aanvullend pakket zou kunnen worden verzekerd. Dat heeft heel veel boze reacties opgeleverd: een voorproefje van de discussie die zal worden ontketend als ergens in het pakket zal worden gesneden. Maar als we tot een verlaging van de kosten uit de collectieve sfeer willen komen helpt de kaasschaafmethode niet. Hier en daar iets uit het pakket halen brengt niets op. Er zullen hele verstrekkingen naar het aanvullende pakket moeten gaan. En dan is de huisartsgeneeskunde misschien wel een voorbeeld dat sommigen dat zelf zouden kunnen betalen, anderen dat weer verzekeren. Bij deze discussie gaan het niet om de toegankelijkheid van de huisarts. Immers de huisarts blijft dezelfde als hiervoor. Het wordt alleen uit andere middelen betaald.

We zullen af moeten van het idee dat alle kosten worden betaald vanuit de collectieve premies. Er zal meer private instroom van middelen moeten komen. Als we sommige delen van het pakket uit de collectieve voorzieningen halen en er een aanvullend pakket van zouden maken dat ook weer aantrekkelijk is voor iedereen om zich voor te verzekeren zouden we de collectieve lasten kunnen gaan verminderen. Een mogelijkheid zou zijn om dat pakket ook verplicht te stellen, hoewel dat juridisch problemen oplevert omdat het dan al gauw tot de collectieve sector wordt gerekend. Het zal een niet geringe krachtsinspanning vergen om politiek en veld compromissen te laten sluiten over de verkleining van het pakket. En ook de beroepsgroep zal in verzet komen.

Eigen bijdragen en eigen risico blijven dan over om private middelen in de zorg te laten vloeien. In ons land wordt slechts 6% van de zorgkosten door eigen bijdragen opgebracht. Het meeste vinden we die in de AWBZ. Die 6% is het laagste van alle landen in Europa. In de ons omringende landen zit men op 15-18%, in de zuidelijke landen zelfs op 24%. In België noemt men de eigen bijdrage 'remgeld': het zou de medische consumptie kunnen remmen. Het is wel duidelijk dat dit ook in ons land zou kunnen, maar of het dan de onterechte of ook de terechte consumptie remt is onduidelijk. Wel lijkt het erop dat men in andere landen daarover toch niet zo erg ongerust is.

Echter er is nog een ander probleem dat opgelost zal moeten worden en wel het feit dat de chronisch zieke meer wordt belast dan de gezonde verzekerde. Is er om het met andere woorden te zeggen een grens aan de eigen bijdrage? Moeten we die eigen bijdrage niet in de solidariteit opnemen? Het IZA-systeem is van dat laatste een voorbeeld omdat bij de ambtenarenverzekering er een gedeelte altijd door de verzekering wordt betaald maar 10-20% als eigen risico wordt bestempeld. Echter dit eigen risico gaat nooit uit boven 1% van het inkomen en daarmee is de solidariteit gegarandeerd. Er zijn creatieve manieren om bij eigen bijdragen de zwakste schouders niet te veel te belasten. Maar ook dit punt zal aanleiding geven tot heftige politieke discussies en tot veel verzet in patiëntenorganisaties.

Er is reeds gesteld dat men via het belastingsysteem de lagere inkomens tegemoet zou kunnen komen in de zorgkosten. Of wellicht zou er een apart fonds voor moeten komen. De bureaucratie die dat zal meebrengen zal gigantisch zijn en zal de zorgkosten opnieuw omhoog stuwen. En ook het mag van de armen die weer van de bedeling krijgen als ze de zorg niet kunnen betalen is tegenstrijdig met de onafhankelijkheid van de verzekerde en patiënt. Mijn voorkeur zou niet uitgaan naar de compensatie vanuit een fonds, maar een verrekening binnen het belastingsysteem.

#### ***5.4 Balans tussen publiek en privaat***

Het zal duidelijk zijn dat de spanningen om tot een nieuw stelsel te komen niet van de lucht zullen zijn. Toch zullen we er niet aan ontkomen ook los van de stelseldiscussie de inflow van middelen in de zorg te vergroten. En dan moeten we onze toevlucht gaan nemen tot een of andere vorm van private instroom. Eigen risico en eigen bijdragen zullen, mijns inziens, onvermijdelijk zijn.

De uitdaging zal zijn om een balans te gaan vinden tussen publiek en privaat. Een private bijdrage zal de verantwoordelijkheid van de burger voor de zorg stimuleren. Men zal minder de moral hazard tegen komen.

Het zal naar mijn oordeel gerechtvaardigd zijn om van de burger te vragen om bij te dragen in de kosten van de zorgverlening. En dat kan ook in de maatschappij waar aan andere zaken veel wordt uitgegeven. Het kan in een welvaartsstaat waar vakanties uitgebreid worden genoten, waar de consumpties tot grote hoogte zijn gestegen. Natuurlijk geldt dat niet voor iedereen in onze maatschappij. Mensen met lagere inkomens, chronisch zieken en gehandicapten zullen we moeten ontzien. Maar daarvoor wil ik dan ook het sociale karakter van de ziektekostenverzekering en ook van de WAO behouden.

## 6. Preventie en curatie

Een probleem van andere orde is de tweedeling die er bestaat tussen het voorkómen van ziekte en het genezen ervan. In wezen hoort dat eigenlijk bij elkaar. Immers de gezondheidszorg dient tot doel te hebben het individu te beschermen tegen ziekte, het bevorderen van de gezondheid en het genezen als dat mogelijk is wanneer er gezondheidsstoornissen zijn. De curatieve arts doet dat op het niveau van het individu, de sociaal geneeskundige of de public health arts doet dat op het niveau van de collectiviteit. Er bestaat echter sinds het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw een spanning tussen curatie en preventie. Dat preventie van primair belang is werd in de eeuwen daarvoor al door Vader Cats onderstreept, toen hij dichtte: *“’t Is nutter saeck gesond te blijven*

*Dan siekten konstigh weg te drijven”*

De ontwikkeling van de geneeskunde heeft de aandacht voor preventie sterk teruggedrongen. In de vorige eeuw was de euforie over de successen van de geneeskunde er de oorzaak van dat artsen en patiënten een steeds grotere nadruk hebben gelegd op de vooruitgang van de curatieve geneeskunde. Met steeds ingewikkelder technologieën werd ervoor gezorgd dat mensen langer leefden. Men had er geen oog voor dat de verlenging van het leven vooral was toe te schrijven aan de betere leefomstandigheden, de verbeterde voeding en de enorme verhoging van de kwaliteit van drinkwater en verbetering van de riolering. De successen van de sociale geneeskunde waren daarbij vooral aan de orde, De forse tegenstellingen tussen de curatieve en sociale geneeskunde zijn er de oorzaak van dat er momenteel te weinig aandacht is voor een vergroting van gezondheidswinst.

### 6.1. Het begrip gezondheidswinst

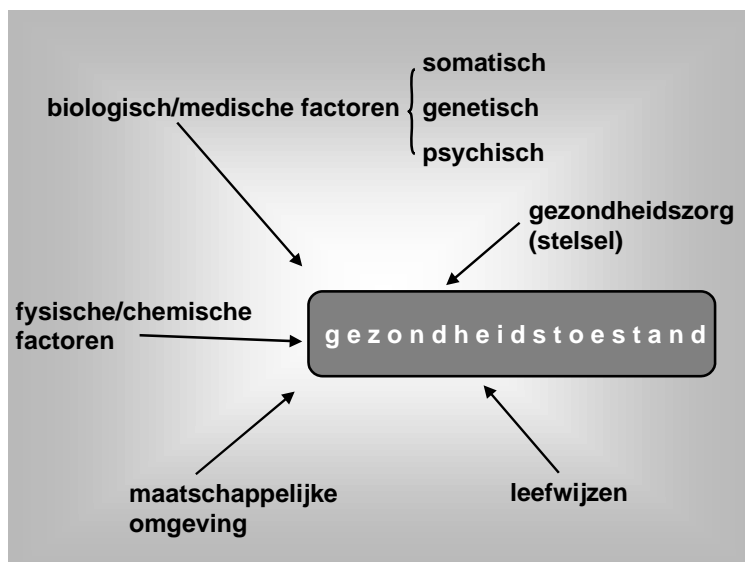
Gezondheidswinst houdt in dat we door preventie of curatieve interventies de gezondheidstoestand van de populatie, individueel of collectief vergroten. We hebben lange tijd als maat voor die verbetering de levensverwachting bij de geboorte gehanteerd. Inderdaad is er dan in de laatste 100 jaar een geweldige gezondheidswinst behaald. Immers rond 1900 was die levensverwachting nog maar gemiddeld 40 jaar, thans is dat voor vrouwen bijna 82 jaar en voor mannen 76 jaar. En dat zal zoals de voorspellingen uitwijzen nog met vele jaren stijgen. Echter wij hebben ons steeds meer gerealiseerd dat winst in levensjaren niet betekent dat het echt gezondheidswinst is. Meer en meer zijn we ons gaan realiseren dat de

kwantitatieve maat op zijn minst moet worden aangevuld met een kwalitatieve maat. Immers als we langer leven willen we dat niet in ongezondheid doen. En dat is op dit moment wel aan de orde. De Volksgezondheid Toekomst Voorspellingen (VTV) van het RIVM geven aan dat zo gemiddeld we tot aan het 61e jaar in relatieve gezondheid doorbrengen. Handicaps, beperkingen en chronische ziekten ontstaan daarna en verlagen de kwaliteit van het leven. Als de levensverwachting toeneemt en dat niet gepaard gaat met het opschuiven van die 61 jaar zullen we dus langer in ongezondheid leven. Gezondheidswinst zal dus ook gemeten moeten worden in termen van de hoeveelheid beperkingen en chronische ziekten. En dan ziet het er dus niet al te rooskleurig uit. We worden ouder maar ook zieker, althans er is niet duidelijk sprake van gezondheidswinst. Analyseren we verder hoe chronische ziekten zo in volume zijn toegenomen dan moeten we al gauw wijzen op de verslechterde leefstijl van de populatie enerzijds en de vergrote medische technologische mogelijkheden anderzijds. De ongezonde leefstijl, teveel roken, teveel en ongezond eten, te weinig bewegen etc. leidt tot het meer ontstaan van ziekten zoals longkanker, coronaire hartziekten, diabetes etc. Met name de toename van diabetes 2 die we in de orde van grootte van 35% in de komende tien jaar verwachten is een voorbeeld dat we als bevolking ongezonder worden.

De vergrootte medische mogelijkheden zien we weerspiegeld in een lagere sterfte aan hartvaatziekten. Echter de mensen die vroeger aan een hartinfarct bezweken lopen thans een grotere kans op het krijgen van hartfalen. Deze ziekte zal de komende tien jaar met 43% toenemen.

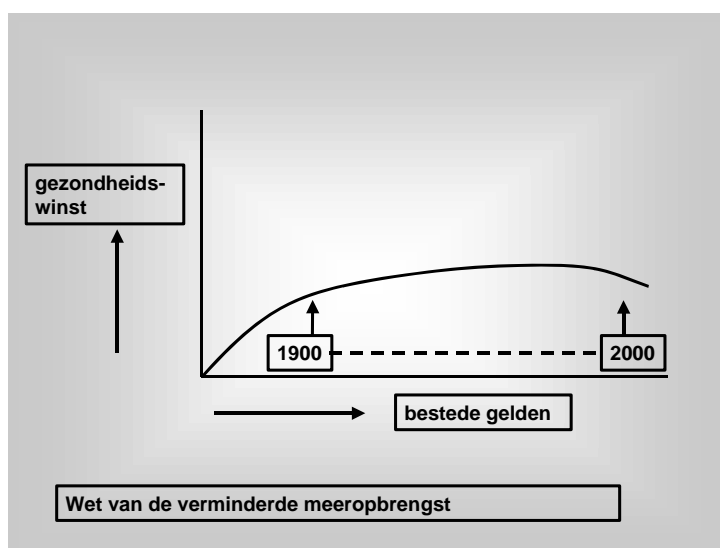
We hebben dus te maken met een grote paradox die de gezondheidswinst aanmerkelijk beperkt. Enerzijds heeft alle inspanning om de leefstijl te verbeteren de laatste jaren nog niet een gezondheidswinst opgeleverd, anderzijds is de curatieve zorg er niet in geslaagd om ons gezondheidswinst in termen van kwaliteit van leven te geven. We zullen ons ook duidelijk moeten realiseren dat juist die curatieve geneeskunde nauwelijks in staat zal zijn om meer kwaliteit te geven.

In het gezondheidsmodel van Lalonde worden de verschillende determinanten van gezondheid betiteld.



Duidelijk is dat externe factoren, variabelen buiten het medisch biologisch terrein, het veld van de curatieve zorg, een rol spelen bij bevordering en verbetering van de gezondheid. Externe omstandigheden lijken veel invloedrijker. En het sleutelwoord dat hierbij een rol speelt is preventie, juist het gebied van de Sociaal Geneeskundige. Meer en meer worden we er ons van bewust dat gezondheidswinst te verkrijgen is door uitgebreide preventieve programma's te ontwikkelen.

Om dit duidelijk te maken gebruik ik de wet van de verminderde meeropbrengst.



De wet houdt in dat nog meer geld en energie stoppen in de curatieve zorg ons juist zal leiden tot een afname van de gezondheid. In dat stadium zitten we momenteel. Door uitgebreide interventies zien we steeds meer de iatrogene schade ontstaan. Ik schreef daarover in de jaren

negentig een monografie en typeerde het ontstaan van de iatrogene schade vanuit drie oorzaken: het teveel doen van de dokter, het te weinig doen en het onjuist doen (22). Men had tien jaar geleden hier absoluut geen oog voor. Langzamerhand begint het tij te keren en zien ook de curatief werkende artsen dat bijverschijnselen van het medisch handelen niet gering zijn. Wij hebben het idee dat we in plaats van steeds meer geld te stoppen in de curatieve zorg er een kentering moet komen en er relatief steeds meer middelen voor preventie zullen moeten worden vrijgemaakt. Dat zal uiteindelijk meer gezondheidswinst opleveren.

Maar dat vergt wel een mentaliteitsverandering bij de overheid en vooral een verandering van beleid in de zin dat er een andere verdeling van middelen komt. Naar mijn oordeel zullen de budgetten voor de preventieve zorg omhoog moeten van 2% naar 5% van de totaal beschikbare middelen

Daarnaast zal uitgebreid moeten worden gewerkt aan de mentaliteitsverandering bij de andere spelers op het veld. De patiënt zal moeten worden overtuigd dat het zijn belang is om een gezondere leefstijl te hanteren. Maar ook de beroepsbeoefenaren zullen naast de curatie aandacht moeten hebben voor de preventie, voor de omgeving van de patiënt en voor de maatschappelijke context waarin die patiënt verkeert.

De zorgverzekeraar zal ook een bepaalde verantwoordelijkheid dragen ten aanzien van de preventie. Het probleem is dat het niet op korte termijn geld oplevert voor die verzekeraar. Hier loopt de kost dus echt voor de baat uit. Als echter de zorgverzekeraar als maatschappelijke ondernemer wil gaan functioneren dan zal het financieren van de preventie een grote aandacht moeten krijgen.

Het is een goede gedachte om daar in het curriculum voor de medische opleiding meer aandacht te geven. Op dit moment wordt dat curriculum nog veel te veel beheerst door de klinische geneeskunde. Het lijkt erop dat het ziekenhuis het middelpunt van de geneeskunde is en de suprematie van de ziekenhuisgeneeskunde zal echt doorbroken moeten worden.

### ***6.3. Onderzoeksgeld voor de preventieve geneeskunde***

In de begroting van Volksgezondheid zien we dat het allermeeeste geld gaat naar de curatieve zorg en naar de caresector. Slechts een paar procent van de middelen zijn er beschikbaar voor de preventie. Als we naar het onderzoeksgeld kijken is hier dezelfde tendens waarneembaar. De programma's bij ZonMW kunnen niet worden uitgevoerd omdat er bezuinigd wordt. De preventieprogramma's zullen moeten worden ontwikkeld en nieuwe methoden moeten worden gevonden. Menigmaal heb ik gepleit voor het instellen van een preventiemedewerker

in de gezondheidscentra, een nieuw fenomeen. Deze zal de preventieve taken ten aanzien van de patiënt die bij de huisarts komt, kunnen gaan uitvoeren. De huisarts is niet uitgerust voor het uitvoeren van die taak en wil die ook niet uitvoeren en die moet dus worden overgenomen. Dat blijkt heel duidelijk uit het weer afstoten van de preventie van hartvaatziekten bij ouderen. Dit zou heel goed door die voorgestelde preventiemedewerker kunnen worden uitgevoerd. Dat kost geld maar uiteindelijk zou dat wel eens tot een grotere gezondheidswinst kunnen leiden.

Ook de community-based interventieprogramma's zoals we die hebben onderzocht in Zuidoost Drenthe zullen verder uitgebouwd dienen te worden. De aanpak waarbij de bevolking intensief wordt betrokken lijkt goede effecten te sorteren.

Maar dat kan niet als er geen geld kan worden vrijgemaakt voor die preventie. De spanning die er bestaat tussen preventie en curatie is ongezond: beide preventie en de curatieve zorg zullen gericht moeten zijn op het verkrijgen van gezondheidswinst. Maar de preventie zal hiervoor wel de middelen moeten krijgen en mag niet lijden onder de suprematie van de curatieve zorg.

#### ***6.4. De relatie tussen de curatieve arts en de arbo-arts***

In wezen speelt dat zelfde probleem zich ook af in de sector van arbeid en gezondheid. We zien hier de arbo-arts als een medicus die probeert via verbetering van arbeidsomstandigheid te krijgen. Dat levert veel gezondheidswinst op. Zijn taak is het om de werknemer met klachten zo goed mogelijk te begeleiden. Ziekteverzuim dient te worden voorkomen of te worden beperkt tot het minimum. Enerzijds is zijn object dus de werknemer, anderzijds de werkgever.

Om de werknemer zo goed mogelijk te kunnen begeleiden en deze ook zo snel mogelijk te kunnen reïntegreren als het om herstel na een ziekteperiode gaat heeft hij de curatief werkende arts nodig. Huisarts en/of specialist hebben gegevens over de ziekte van de werknemer. Deze gegevens kunnen helpen bij de bevordering van het arbeidsherstel. Andersom is ook de huisarts vaak gebaat met informatie omtrent de arbeidsomstandigheden van de patiënt. Immers in een niet onaanzienlijk aantal van de gevallen is bij bepaalde klachten er een relatie met het werk. Spanningen op het werk, soms ergonomische problemen en soms ook een te veel aan werk kunnen leiden tot ziekte.

Niets zou meer logisch zijn dan dat de curatief werkende arts en de sociaal geneeskundige, bedrijfsarts of arboarts, intensief zouden samenwerken. Jarenlang staat deze samenwerking al



ter discussie. Jarenlang blijkt ook dat het bijna niet te realiseren valt dat arbo-arts en huisarts samenwerken. In ons instituut wordt een intensief onderzoek gedaan naar de voorwaarden om die samenwerking gestalte te geven, maar dat blijft een moeizaam gebeuren.

Er zit een spanning op dit gebied die bijna niet te doorbreken is en die toch met veel tact en beleid opgelost dient te worden ten bate van de zieke werknemer.

## 7. Spanningen en controversen: een slotconclusie

Het herkennen van spanningen en controversen in zorg en zekerheid moet aanleiding geven tot constructieve oplossingen van de problemen in de gezondheidszorg. Niek de Jong, de vroegere directeur van Zorgverzekeraars Nederland en haar voorganger de VNZ, heeft eens opgemerkt in een bespreking van mijn boek “Gezondheidszorg op rantsoen” uit 1988 dat ik een creatieve zwartkijker genoemd mag worden. Ik was in de middenjaren '80 inderdaad nogal somber over de ontwikkelingen. Als ik nu weer in dat boek lees is eigenlijk mijn zwartkijkerei aardig uitgekomen. In dat boek beschreef ik dat we in de jaren '90 een donkere tijd tegemoet zouden gaan als we niet drastisch ons beleid zouden veranderen. Niek de Jong was veel optimistischer en typeerde mij als een zwartkijker met het voorvoegsel “creatief”. Ik beschreef daarin namelijk welke oplossingen er zouden moeten worden gezocht om het onheil af te wenden (23) Ik haalde daar de stelling van William Blake aan: “***Men weet nooit wat genoeg , voor men weet wat meer dan genoeg is***”. Voorop stond toen mijn idee dat er beheersinstrumenten zullen moeten worden ontwikkeld om de zorg goed te kunnen sturen. De rol van de overheid moet inderdaad worden beperkt want het orkest heeft te weinig inbreng bij het spelen. De overheid slaat alleen maar af als er vals wordt gespeeld”. Ik opteerde toen niet voor stelselwijziging, maar voor een voorkómen van de knelpunten door de middelen aan te passen aan de behoefte. Een betere organisatie in het veld zal de efficiency ten goede komen. Maar vooral het besef van de “geneeskunde van het genoeg”, het werken aan de beteugeling van overconsumptie en overcare zal ons helpen om de zorg te kunnen blijven bekostigen

Helaas weten we dat de opeenvolgende kabinetten niet duidelijk het roer hebben omgegooid en het onheil hebben afgewend. Men heeft zich steeds weer opnieuw geconcentreerd op stelselwijziging als de grote remedie van de problemen in zorg en zekerheid.

Over die toekomstige ontwikkelingen ondervroeg ik vorig jaar 95 experts, werkzaam in alle facetten van de gezondheidszorg. Het was een Delphistudie gericht op het verkrijgen van inzicht van wat er onder deskundigen leeft ten aanzien van de toekomst van de gezondheidszorg. De uitkomsten van die studie heb ik in het boek “Zorg en Zekerheid in de 21<sup>e</sup> eeuw” dat ik samen met de Cap Gemini-medewerker Hans Hommes schreef (8) weergegeven. Enkele resultaten die hier van belang zijn geef ik weer. Opmerkelijk vond ik

dat bijna driekwart van de ondervraagden de marktwerking als leidend principe voor de nieuwe structuur niet zien zitten. 61% opteert voor één ministerie voor Volksgezondheid en Sociale Zaken en meer dan de helft wil het ziekteverzuim in het pakket van de zorgverzekeraars. Meer dan de helft van de ondervraagden wil de AWBZ terugdringen en louter die zaken verzekeren die echt onverzekerbaar zijn. Het overgrote deel is van oordeel dat we veel te veel nadruk leggen op de stelselwijziging, terwijl hier helemaal niet de knelpunten liggen. We gaan te weinig uit van de zorg zelf en verzuimen deze op peil te brengen. Opmerkelijk is ook dat 86% van de respondenten voor een eigen risico opteert. Samenvattend waren de conclusies uit dat onderzoek ten aanzien van een toekomstig stelsel:

- basispakket, alleen noodzakelijke zorg
- opheffen 3-compartimentenstelsel
- eigen risico: 86% van de respondenten
- oprukkende markt grote belemmering voor een duurzaam stelsel
- let op afnemende solidariteit
- ketenzorg alleen mogelijk zonder concurrentie
- sturing door de zorgverzekeraar mogelijk.

Duidelijk is dat dit onderzoek controversen aangeeft ten opzichte van wat de politiek thans van plan is. Immers nog steeds staat de vergroting van de marktwerking boven aan het wensenlijstje van de politici, althans de rechterzijde van het politieke palet.

Ik voel mij geruggensteund door de mening van het veld als ik blijf pleiten voor een solidaire sociale verzekering voor ziektekosten en sociale zekerheid.

Ben ik nu, meer dan 15 jaar na mijn boek over de rantsoenering van de gezondheidszorg nog somber over de ontwikkelingen? Ja en nee. Ja, omdat ik constateer dat er nog steeds grote controversen zijn in de zorg en zekerheid, dat er nog steeds grote belangentegenstellingen zijn. En vooral dat men nog steeds het heil verwacht van een verandering van het stelsel. Met grote nadruk stel ik dat op dit moment er geen heil mag worden verwacht van die stelselwijziging. Er wordt geen patiënt beter van een nieuw stelsel. Het kost alleen maar erg veel energie en die energie hebben we zo hard nodig om de knelpunten in de zorg op te lossen.

Natuurlijk erken ik dat ons zorgstelsel en de uitvoering ervan een hybride en ondoorzichtige structuur vertoont. De overheid houdt enerzijds de touwtjes in handen maar wil anderzijds de regelgeving kwijt en de zorgsector zelf de verantwoordelijkheid geven. Een terugtrekkende

overheid, maar wel zo terugtrekend dat ze achteruit loopt, zodat ze het geheel goed in de gaten kan houden.

Spanningen in een bepaalde sector brengen met zich mee dat er uitdagingen zijn om tot oplossingen te komen, een positieve insteek dus om uit de problemen te komen. Er kunnen dus boeiende tijden worden verwacht. Men spreekt opnieuw van een stelselherziening. Er moet worden bezuinigd en tegelijkertijd moeten de steeds grotere groepen ouderen en chronisch zieken aan hun trekken komen. Er zal dus meer moeten worden gedaan dan stelsels wijzigen.

Mijn targets zijn heel duidelijk gericht op een verbetering van de zorg. Dat kan niet anders dan door meer geld in de zorg en zekerheid te sluizen en meer mensen op te leiden in zowel de medische als de verpleegkundige sectoren. Dat geld moeten we niet alleen uit de collectieve middelen halen maar de bevolking zal iets over moeten hebben vanuit de private middelen om de hoge standaard van onze zorg en zekerheid te handhaven en zo nodig nog te verbeteren. Ik zoek, zoals al vermeld, mijn oplossing in het in balans brengen tussen private en collectieve middelen met inachtneming van de problematiek van de lagere inkomens. Voor mij staat het sociale zekerheidssysteem op de eerste en bovenste plaats. Het mag geen markt worden want de laagste inkomens zullen dan altijd de dupe worden. Wie immers genoeg geld heeft zal bij een krimp budget zich wel redden.

Daarnaast ben ik sterk geporteerd van een verandering van de structuur van de zorgsector met dien verstande dat de zorg beter en efficiënter kan verlopen. Huisarts en specialist zullen meer in elkaars omgeving moeten gaan werken. Medici moeten alleen dat werk doen waar ze voor opgeleid zijn. Dat houdt in dat administratie, het regelen van personeelsproblemen etc moet worden overgenomen door een organisatie. Ik acht het ziekenhuis hiervoor de aangewezen organisatie.

Ik wil daarom een aantal statements als conclusie van mijn betoog tot slot vermelden en wil pleiten voor:

1. een verandering van de financiering van de zorg met het zoeken naar een balans tussen privaat en publiek
2. niet de prioriteit te leggen bij de stelselwijziging, maar eerst de knelpunten in de zorg oplossen. Er zal veel energie teloor gaan als men zich alleen maar werpt op een verandering van ons systeem: leer van de geschiedenis !

3. het duidelijker maken van maatregelen om de gezondheidswinst te vergroten:
  - meer aandacht voor preventie
  - meer geld voor onderzoek en uitvoering op dat terrein
  - verbetering van de samenwerking tussen curatieve en sociale geneeskunde
4. het verbeteren van de zorg met daarin de patiënt centraal: een verandering van mentaliteit bij beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars
5. de nadruk blijven leggen op het sociale karakter van ons systeem: de markt niet zijn gang laten gaan.
6. een samengaan van ziektekosten en sociale zekerheid: koppel deze beide gebieden aan elkaar en geef de zorgverzekeraars de regie om op beide terreinen synergie te bereiken

De zorg verdient veel aandacht. We hebben in Nederland een prima niveau van de geneeskunde. We kunnen qua techniek alles wat op dat terrein te koop is. Dat we tijdelijk even in het slop zijn geraakt omdat er andere prioriteiten waren, zullen we als uitgangspunt moeten hanteren om de zorg weer op peil te brengen. Dat kan door misschien wel wat forse ingrepen. Ubi pus, ibi evacua, is een medisch uitgangspunt: waar pus zit moet het verwijderd worden. We moeten dus nog door een pijnlijke periode heen.

We hebben zorgen, maar dat moeten we ook weer kunnen relativeren, zoals in de volgende gezegden, uit het Zuid-Afrikaans vertaald;

*”Moenie worry nie*

*“Veertig procent van onze zorgen gaan:*

over dingen die niet gebeuren.

*Dertig procent van onze zorgen gaan:*

over dat wat al lang achter ons ligt.

*Twaalf procent van onze zorgen gaan:*

over het kleine wel en wee van de gezondheid.

*Tien procent van onze zorgen gaan:*

over muggen waarvan we olifanten maken.

*Acht procent van onze zorgen zijn:*

met recht reden tot zorgen.

*Maar wat gebeurt er?*

Niet de acht procent echte zorgen,  
maar de 92 procent nodeloze zorgen  
maken ons leven zwaar.

*“Moenie worry nie ?”*

Ja en nee !

Mijn devies is altijd: “Discover the challenge in every problem”. Het blijft een spannende toekomst.

En in die toekomst bent u nog niet van mijn commentaar af!

## ***Persoonlijk nawoord***

Aan het einde gekomen van mijn afscheidscollege voel ik de behoefte om een heleboel mensen te bedanken. Ik heb echter met zoveel mensen in mijn werk contact gehad en een goede relatie opgebouwd dat ik niet zou weten wie ik zou moeten bedanken en wie niet. Zoals ik al in de inleiding heb gezegd heb ik drie ‘levens’ gehad in mijn carrière. En ik wil toch een uitzondering maken voor diegenen die mij het leven in het bijzonder hebben veraangenaamd.

Uit mijn huisartsperiode bewaar ik ontzettend goede herinneringen aan mijn associé, de nog steeds functionerende huisarts in Wezep, Huub Verberk. Wij hebben met groot plezier samengewerkt en dat maakte het afscheid van mijn actief leven als huisarts niet gemakkelijk. Huub, bedankt!

In de periode dat ik werkzaam was bij het ziekenfonds in Zwolle had ik collega,s van goud. Ik noem hier alleen Peter Reddingius, Ivo Ekker en Piet Been. Maar in hen bedank ik alle mensen die mijn werk tot een feest hebben gemaakt. Iedereen zei in de tijd dat ik naar de zorgverzekeraar overstapte dat er zeker iets psychische mis was. Ík heb de tijd ervaren als een zeer boeiende periode waarin ik ontzettend veel kon doen aan onderzoek en waar ik het veld door en door heb leren kennen.

En dan mijn derde periode: de universiteit. Zo nu en dan toestanden als in “Het Bureau” van Voskuil, maar steeds boeiend en uitdagend. Met name het onderwijs en het realiseren van de Sociale Geneeskunde in het curriculum heeft mij veel inspanning gekost, maar ook veel genoegdoening opgeleverd. Toch ben ik nog veel te weinig aan onderzoek toe gekomen al hebben we best iets op dat gebied bereikt. Wie moet ik bedanken: het is immers een werk van met elkaar. Maar er is één die ik hier toch wel speciaal wil noemen, die voor mij ook in deze periode het werk tot een feest maakte en dat is prof. dr J. W. Groothoff.

Beste Johan, ik zal jouw schreeuw voor de lunch missen, maar nog meer ons veelvuldig overleg en ons gestoei met de richting die de disciplinegroep zou moeten volgen. Toen ik mijn voorzittershamer aan jou overdroeg was ik opgelucht: een heleboel verantwoordelijkheid en werk viel van mijn schouders. Als ik jou nu zie ploeteren om alles op een rijtje te houden, voel ik mij wel eens schuldig. Maar het is en blijft een genot om met jou samen te werken en zo nu en dan ook met wat leedvermaak jouw capriolen te observeren om alles in het gareel te houden. In en door jou bedank ik alle medewerkers voor de goede samenwerking.

En wat eigenlijk het allerbelangrijkste bedankje is, is dat aan het secretariaat. Ik heb in mijn hele leven kunnen genieten van prima secretariaatsmedewerkers. Dat lijkt mij meer genade dan verdienste. Zonder een secretaresse kun je helemaal niets. Beste Ria en Lida, het was voor mij een bijzonder genoegen om met jullie te mogen werken. Mijn waardering voor jullie hulp is heel groot.

Naast je werk heb je het thuisfront. Ik ben een gezegend man. In ons gezin hebben we tot nu toe nog nooit nare dingen beleefd en dat is echt een zegen. Wij zijn uitermate trots op onze vier kinderen, Thijs, Arjan, Petra en Hans en de aangetrouwden, Edith, Gert en Antoinet. Er bestaat een hechte band. Maar misschien nog trotser zijn we op onze kleinkinderen, Danielle, Kirsten, Niels-Doeke, Lianne, Sebastiaan en Hielke, zes in getal. Het is een voorrecht dat je dat mag meemaken dat het volgende geslacht opgroeit en zich geweldig ontwikkelt. We hopen daar nog lang van de genieten.

Lieve Tineke, misschien komt er nu tijd om eens wat meer van de vrijheid te genieten. Jij gelooft daar nog niet zo in, maar misschien zou het nog wel eens kunnen meevallen. Ik zal in elk geval in mijn agenda ruime strepen zetten om op reis te gaan en om dingen samen te gaan doen. Ik hoop dat we samen nog lang mogen genieten van die toekomst.

Ik heb gezegd.



## *Literatuur*

1. Commissie-Dekker. Bereidheid tot verandering. Rapport van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Distributiecentrum Overheidspublicaties. Den Haag 1987.
2. Commissie-Dunning. Kiezen en Delen. Rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg. Ministerie van WVC. Rijswijk 1991.
3. Commissie-Biesheuvel. Gedeelde Zorg: Betere Zorg. Rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Ministerie van WVC. Rijswijk 1994.
4. Commissie-Welschen. Ouderenzorg met toekomst. Advies van de Commissie Modernisering Ouderenzorg. Ministerie van WVC. Rijswijk 1994.
5. Post D, Vennix J.A.M. De Gezondheidszorg in Model. Ons complexe zorgsysteem gemeten en gewogen. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Zaventhem 1992.
6. Springer F. Kandy, een terugtocht. Querido Amsterdam 1998.
7. Post D. Ieder woelt hier om verandering....! Ons sociale stelsel op weg naar een nieuwe toekomst. Inaugurale oratie Rijksuniversiteit Groningen. Bohn Stafleu Van Loghum Houten/Zaventhem 1993.
8. Post D. Hommes H. Gezondheid...! Zorg en Verzekeren in de 21<sup>e</sup> eeuw. Ten Hagen & Stam Uitgevers, Den Haag/Cap Gemini Ernst & Young Utrecht 2001.
9. Maas P.J. van der, Mackenbach J.P. (Eds.) Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 1999.
10. Hattinga Verschure J.C.M. Het verschijnsel zorg. De Tijdstroom Lochem 1981
11. Aalderen H van. Hebben patiënten iets te zeggen? Aspecten van mondigheid. Meinema. Delft 1985.
12. Kuiper J.P. Mensopvatting en Gezondheidszorg. Van Gorcum Assen 1980.
13. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven 1997.
14. Wiegiersma P.A., Post D. Eerstelijnszorg reorganiseren. TSG 2002; 80: 85-88.
15. Post D. De veranderende positie van de huisarts in de 21<sup>e</sup> eeuw (1) Tijdschr. v. Huisartsgeneeskunde 2001; 18: 134-136
16. Post D. De veranderende positie van de huisarts in de 21<sup>e</sup> eeuw (2). Tijdschr. v. Huisartsgeneeskunde 2001;18:176-180
17. McKeown Th. The role of medicine: dream, mirage or nemesis Basil Blackwell. Oxford 1979
18. Illich J. Grenzen van de geneeskunde. Het Wereldvenster. Baarn 1978
19. Leertouwer H, Post D, Groothoff JW. De bijdrage van geneeskundigen aan de preventie van arbeidsgebonden aandoeningen in de 19e eeuw. TSG 2002;97(5):301-306.
20. Commissie-Willems. Onderzoek besluitvorming Volksgezondheid. Rapport van de Subcommissie . Kamerstukken II 1993-94. SDU
21. Werkgroep Ambtenaren VWS/Min Financiën Financiële Bouwstenen Zorg. Rapportage voor de kabinetsformatie. Ministerie van VWS/ Ministerie van Financiën. Den Haag. 4 februari 2003.
22. Post D. Iatrogene schade. Een onderzoek naar oorsprong en omvang. Stafleu Alphen aan den Rijn Brussel
23. Post D. Gezondheidszorg op Rantsoen. Kok Agora Kampen 1988