

"Zorg in Nederland,
Wie wordt waar eigenlijk beter van?"

Rob Oudkerk
lid Tweede Kamer voor de PvdA
Woordvoerder volksgezondheid,
Tevens huisarts te Amsterdam

Van der Wielenlezing 1998

Dames en Heren,

Hoe kunnen we zorgen dat de gezondheidszorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk blijft? Die vraag gaat er vanuit dat op **dit** moment de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is. En de vraag is: klopt dat? Formeel wel. Vele rapporten en deskundigen stellen immers niet voor niks dat het goed gaat met de gezondheidszorg in Nederland: er is een hele hoop geregeld en in vergelijking met andere Europese landen is de zorg goedkoop en kwalitatief goed. Maar ervaren patiënten, hulpverleners en direct betrokken bestuurders dit ook zo? Ik betwijfel het. Deze twijfel wordt bevestigd door het feit dat burgers de toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg op nummer 1 zetten als verkiezingsthema. Ook het vorig jaar gepubliceerde rapport over het huidige en wenselijke volksgezondheidsbeleid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) bevestigt die twijfel. Zij stelt dat de aanvankelijke haarscheuren in de zorg langzaam als barsten zichtbaar worden. Dat gaat in de vorm van verlies aan kwaliteit en van vershraling van zorgverlening, toenemende wachtlijsten en wachttijden en ontoereikendheid van budgetten voor bijvoorbeeld thuiszorg en nieuwe geneesmiddelen. Het RIVM en de Inspectie komen met soortgelijke waarschuwingen.

Hoewel de zorg in vergelijking met andere landen goed is, ervaren patiënten steeds meer bureaucratie. Ze lopen aan tegen allerlei regeltjes. Er is minder aandacht voor hun vragen. Te vaak moeten ze steeds hetzelfde verhaal vertellen: weet iemand niet wanneer hij welke zorg krijgt (of kan krijgen) en hoe lang hij daarop moet wachten. Chronisch zieken worden ondertussen met steeds hogere kosten geconfronteerd. Dit alles leidt bij burgers tot een hoop onrust en onzekerheid. Tot twijfels over de toegankelijkheid. De hulpverleners klagen tegelijkertijd over een zorg-race tegen de klok, een hoge werkdruk en een hoop bureaucratische formaliteiten. Er is een toenemende demotivatie bij hen te signaleren. Ook dat leidt – voor patiënt en hulpverlener – tot onrust en onzekerheid.

Ondertussen wordt er om de zorg(kosten) te beheersen en de toegankelijkheid te blijven garanderen aan het gezondheidszorgbedrijf continue gesleuteld. Schaalvergrotingen, fusies en concernvorming zijn praktijk van alledag en dragen in toenemende mate bij aan het produkt zorg, dat zo efficiënt mogelijk moet worden geleverd. Nederland scoort mede daarom hoog als gezondheidszorgbedrijf. Maar is de zorgverlening er beter van geworden?

Er is spanning voelbaar tussen enerzijds de bestuurlijke en bedrijfsmatige eisen van de gezondheidszorg als bedrijf en anderzijds de basisprincipes van zorg: medemenselijkheid en solidariteit met de zwakkeren. Weten we wel precies waar het vele premiegeld aan wordt uitgegeven? En wie waar verantwoordelijk voor is? Wordt de vraag wie wordt waar eigenlijk beter van bij beleidsbeslissingen wel voldoende geanalyseerd?

Het is alleszins de moeite waard om die laatste vraag te beantwoorden, want gezondheid is het belangrijkste goed wat je hebt. En de zorg daarvoor is ook een grondwettelijk recht (artikel 22 lid 1 Grondwet). Op basis daarvan heeft de overheid een inspanningsverplichting om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorg voor een ieder toegankelijk, bereikbaar en van een kwalitatief goed niveau dient te zijn, tegen kosten die zowel individueel als voor de samenleving als geheel betaalbaar zijn. De overheid heeft dus een zorgplicht als het gaat om toegankelijkheid en betaalbaarheid en kwaliteit, die desgewenst gedelegeerd kan (en moet) worden aan anderen.

De afgelopen decennia zijn daartoe verschillende wegen bewandeld. Aanvankelijk vonden velen dat de overheid de zorg volledig moest reguleren. Later vond men juist dat de overheid moest terugtreden en zag men in de markt de reddende instantie. Maar nooit is exact gedefinieerd wat men daar nu eigenlijk mee bedoelde. Een moderne variant is de overtuiging dat de

overheid en markt het samen moeten doen. Evident is dat al jaren wordt gezocht (en deels geëxperimenteerd) naar een adequaat sturingsconcept. Een sturingsconcept dat naar mijn mening veel te weinig gebaseerd is geweest op twee vragen: wat is de werkelijke zorgvraag? En wie wordt waar uiteindelijk beter van?

Wie wordt waar eigenlijk beter van? Het lijkt mij de belangrijkste vraag die we onszelf als burgers elke dag opnieuw in iedere situatie zouden moeten stellen. Thuis, op het werk, in relaties, bij conflicten. Maar zeker ook als politici hoort die vraag richtinggevend te zijn bij alles wat op ons afkomt. Bij wet- en regelgeving. En wordt die vraag wel voldoende gesteld? Nee. Niet door burgers, consumenten, patiënten, maar ook lang niet altijd door dokters in spreek- of behandelkamers. Ook niet door beleidsmakers, ambtenaren en politici op macroniveau. Dat laatste is geen verwijt alleen. Het is de constatering van feiten die ik sinds bijna 4 jaar als PvdA-Tweede Kamerlid van zo nabij mag meemaken. De discussie over onze gezondheidszorg bevindt zich al jarenlang in een soort vacuüm van de macro-economische benaderingswijze: steeds weer zijn koopkracht, looneisen, werkloosheid, staatsschuld, coalitiecompromissen en soms ook politiek opportunisme het eindstation van discussies over hoe we met zijn allen de zorg willen organiseren. Toegankelijk willen houden. Het gaat over geld, over premies, over tarieven, over kostenbeheersing. Op zich is dat allemaal begrijpelijk. En nodig. Maar het gaat te weinig over de vraag wat we eigenlijk precies met dat geld willen. Wat voor zorg, waar en voor wie. En ook wordt te weinig de vraag gesteld of in ieder geval beantwoord of er soms ook nog andere dingen zijn die gezondheid en zorg beïnvloeden. Zaken als werkloosheid, slechte woningen, uitzichtloosheid in het bestaan. Sociaal-economische gezondheidsverschillen bestaan. Iemand die van een minimum moet rondkomen gaat gemiddeld 5 jaar eerder dood. Is gemiddeld 12 jaar van zijn leven langer ziek. Het wordt tijd voor een herbezinning op wat een goede gezondheidszorg eigenlijk is. Vermag te zijn. Natuurlijk heb je goeie dokters, verplegers en verzorgers nodig. Goeie ziekenhuizen, verpleeghuizen, medicijnen. Maar is er zoveel meer belangrijk dat wat ondergesneeuwd dreigt te raken. Wie wordt waar eigenlijk beter van: de vraag moet centraal staan bij beleid ver over de grenzen van volksgezondheid heen.

Maar willen we die vraag – wie wordt waar beter van – wel onder ogen zien?

Te weinig denk ik. Zowel op microniveau, op meso-niveau als op macroniveau. Neem een N = 1 op microniveau-situatie. Ik was zelf laatst ziek. Koorts, pijn aan de linkerkant van mijn borstkas, pijn bij diep doorademen, koude rillingen, het kon niet op. Hypochonder als ik ben, dacht ik meteen aan longontsteking, klaplong en zelfs een longembolie. Mijn behandelend dokter helaas ook, dat was nog even schrikken. Foto's, echo's, bloedonderzoek: niks te zien, niks te vinden. Afwachten dus. En wie is er nu beter? Ik. Waarvan? Vijf dagen bedrust, veel tv.-kijken, pulptijdschriften en vooral de telefoon uit Den Haag of van de parlementaire pers niet beantwoorden? Daar word je dus beter van. Of misschien wel van het feit dat je vrijwel de hele dag met je zoontje en je dochter speelt. Waar word je nou eigenlijk beter van?

Laat mij eens enkele patiënten van mij citeren: "de zaaldokter, nou die leek enorm op Bolkestein maar qua karakter een dotje, een soort kruising tussen Ron Brandsteder en Paul de Leeuw; nou die heeft me weer helemaal beter gemaakt met z'n lieve ogen". Of: "Nee, naar dat ziekenhuis wil ik niet meer, goeie dokters, hoor maar als je al niet ziek bent als je erin gaat, kom je er wel als een halfdode uit met dat vissevoer wat je daar te vreten krijgt".

Wie wordt waar beter van, dames en heren?

Wat is beter? Als ik de resultaten van een NIPO-enquete onder een dik representatieve steekproef van onze bevolking mag geloven wil de bevolking minder verwijzingen, minder medicijnen, minder ingewikkelde apparatuur. Maar veel meer uitleg. En met name veel meer aan-

dacht. Veel meer tijd voor hun problemen. Waar dacht U dat die overvolle treinen naar Jomanda anders vandaan waren gekomen? En een ding kan je niet ontkennen: mensen voelden zich beter na een retourtje Tiel.

Wie wordt daar beter van? Op mesoniveau is het al niet veel anders gesteld. Zolang ik me beleidsmatig een beetje tegen de Volksgezondheid aanbemoei worden we in Holland overspoeld met honderden adviezen van even zovele adviesorganen of commissies over hoe het allemaal anders moet. Niet beter, let wel, maar anders. Vraagje: wie is daar nou echt beter van geworden? Antwoord ik wat zwart-wit dan zeg ik: bijna geen enkele patiënt. Die wil als hij echt ziek is de beste zorg op de meest geëigende plek door diegene die daarin het best gekwalificeerd is. Basta. En verder geen heisa aan zijn kop. En goeie zorg krijgt hij in de meeste gevallen ook wel. Denk ik. Denkt hij. Denken meerderen. Want bedenkt u wel het volgende: de kwaliteit en organisatie alsmede de financiering van onze zorg is al decennia lang blijkbaar zo goed dat karrevrachten delegaties uit het buitenland ons jaarlijks bezoeken en kwijlend van genot onze gezondheidszorg aanprijzen als een van de beste ter wereld. Waarvan akte. En waarom dan alsmaar weer adviezen en adviezen en rapporten en herzieningen? Wie wordt daar nou beter van? Cynici hebben het dan al gauw over de voordelen: zoveel mensen die elkaar over en weer adviseren houdt die mensen van de straat: het begrip verborgen werkeloosheid is een ieder bekend. Wie wordt er verder dan beter van? Nog nooit, dames en heren, hebben congres- en symposiumorganisatoren zo'n vette buit binnengehaald als de laatste jaren in de Volksgezondheid. Er wordt wat af gecongresseerd. Dat geeft direct antwoord op de vraag wie waar beter van wordt. De congresorganisatie in ieder geval. Alleen al de instellingen in onze gezondheidszorg huren jaarlijks voor 60 miljoen aan adviseurs in adviesorganen in. Zit iedereen hier een beetje zijn eigen wielen uit te vinden?

Dan het macroniveau. De overheid. De politiek.

Ook al ben ik als politicus mede verantwoordelijk voor dat beleid: een dosis zelfkritiek is nooit weg. Die kritiek moet wat mij betreft vooral als waarschuwing worden gezien. Een waarschuwing die uiteindelijk meer paarse marktwerking juist in de gezondheidszorg vraagt om meer overheidsbemoeyenis. Omdat juist de toegankelijkheid in het geding komt als je de markt teveel de vrije hand laat. Omdat de markt altijd – en dat lijkt me terecht – beter wil worden van wat ze doen. Meer wil verdienen. Meer produktie wil draaien. Waarom overheidsbemoeyenis? En waar met name?

Als u wilt weten hoe het afloopt als de overheidsbemoeyenis op de tocht wordt gezet moet u een retourtje Amerika boeken. Daar ziet u wat er gebeurt met de toegankelijkheid als we het Amerikaanse – en VVD – voorbeeld van meer marktwerking en minder collectief financieren opvolgen. Wat is het scenario als we meer decollectiveren en meer privatiseren? Wat brengt ons dat op Amerikaanse leest geschoeide stelsel en wat leert het ons?

In Amerika (meer markt dan overheid) kost de Volksgezondheid 752 mld. Per hoofd is dat 2961 dollar. In Nederland (vrml collectieve voorziening) is dat per hoofd 1733 dollar. In Amerika zijn van de 254 mln mensen 45 40 mln niet en 40mln onderverzekerd. De belangrijkste reden is dat verzekeringen daar arbeidsgerelateerd zijn. De werkgever is vrij om zijn eigen "pakket" aan de werknemers aan te bieden (employee – benefit – model dus ook andere dan volksgezondheid-verzekeringen, zoals inboedel, brand, auto etc.) Tijdens de contractfase kan de werkgever echter een verstrekking of vergoeding (AIDS-medicijnen, geneesmiddelen, fysio- of psychotherapie) uit het pakket schrappen. Zoals dat niet per individu is, mag het van de rechter. Gevolg: onzekerheid voor de werknemer troef: je moet gewoon maar gezond blijven. De onderhandelingen over premie en pakket worden op werkgevers/verzekeraarsniveau gevoerd. Omgekeerd leidt dit overigens ook tot enorm veel defensieve geneeskunde, er wordt

geweldig "overbehandeld" om eventuele claims van de werknemer t.o.v. de werkgever voor te zijn.

Wat zien we in Holland? Een forse toename van de collectieve contracten en de integratie daarvan in grotere verzekeringspakketten, die werkgevers en verzekeraars voor hun werknemers afsluiten (zie Amerika). Waarom? Omdat ze de wachttijden te lang vinden, de regels te star, het systeem verouderd, omdat employee-benefit voor beiden winst oplevert. Welk toekomstscenario ontrolt zich? Het scenario van opting out per bedrijf/sector uit het ziekenfonds, waarbij werknemers via een ander circuit worden geholpen dan anderen. Wat is daar dan tegen?

Veel. Hoe zit het dan met de vrije artsenkeuze? In hoeverre zullen werknemers onder ontslagdreiging gedwongen worden een bepaalde behandeling (knieoperaties bv) te ondergaan, terwijl afwachten en niet opereren medisch gezien beter zou zijn? Zal er niet veel te snel en te veel worden behandeld (ook i.v.m. claims (zie Amerika), die ook in Nederland allang toeneemen!

En veel belangrijker: de acceptatieplicht valt weg als het om grote aanvullende pakketten gaat! Gevolg: een werkgever zal zijn werknemers bij de sollicitatie al op jong en dynamisch (gezond) selekteren. Vervolgens is de werknemer ook tijdens de contractrit afhankelijk van de tussentijdse onderhandelingen (zie Amerika) tussen werkgever en verzekeraar. De overheid heeft niks meer te vertellen en mag het vangnet vormen voor de rest, zoals in Amerika medic AID voor 65+ en medic-care voor de rest van de niet werkenden.

Maar dat is nog lang niet alles. In Amerika is het gewoonte dat als je van baan verandert je het hele proces van de medische sollicitatiescreening opnieuw moet doorlopen. In Amerika is door dit fenomeen de zogenaamde "joblock" ontstaan: mensen durven niet meer van baan te veranderen in verband met de angst dat ze niet meer in een collectief ziektekostenverzekeringspakket mogen. En let op: de staat geeft daar alleen recht op het staatspakket medic-care als je werkloos bent. Dus grof gezegd; als je met je gezin verzekerd wil zijn als je niet door de screening bent gekomen moet je je baan opzeggen. Let wel: mensen met een laag inkomen en wel een baan wordt – als ze niet voor een collectief – werkgeverscontract in aanmerking komen, niet toegelaten tot het ZF-medic-care: zo heb je in Amerika dus veel laaggeschoolden met een baan die niet of onderverzekerd zijn.

Wat betekent dit voor de economie? Alleen de superb young and happy few doet aan jobrotation: er is nauwelijks dynamiek op de arbeidsmarkt. Verspilling van talenten is het gevolg. Sterker nog, lagergeschoolden blijven uit angst hun leven lang op een banenplek, hetgeen door burn-out etc. aantoonbaar leidt tot meer ziekteverzuim, dus tot hogere kosten etc. De cirkel is dan rond.

Er is geen enkele reden te veronderstellen dat dit in Nederland niet zal gebeuren als wij verder zouden gaan op de weg van arbeidsgerelateerde verzekeringen in een opting-out systeem.

In Amerika zien we ook de gevolgen van verregaande decollectivisering voor de toegankelijkheid. Een gevaarlijke tendens omdat werkgevers en verzekeraars dan bepalen hoe en welke zorg geleverd wordt. Hoe meer zaken we hier integraal uit het verplicht verzekerd pakket halen en hoe meer we in de aanvullende verzekering stoppen, hoe groter de kans dat werkgevers en verzekeraars bepalen wie wat krijgt.

Bij decollectivisering van de tandartsenzorg hebben we nu scherp in beeld waar dat voor sommigen toe leidt. Wat vroeger voor 500 mln in de ZFW verzekerd was, kost nu 1,2 mld. En dat is niet alleen omdat de overheid via een rijksbijdrage de tekorten in de ZFW aanvult omdat de

premies daar niet kostendekkend zijn. Nee, het feit dat het de facto niet voor hetzelfde bedrag (ZF-premie + rijksbijdrage) kan is omdat de tarieven gewoon omhoog zijn gegaan (de ziekenfondstarieven schuiven op in de particuliere tarievenrichting). Gevolg zijn hoge premies voor de aanvullende verzekering en de verzekeraar kan in zo'n marktsysteem gewoon zijn aanvullende premies met 20 tot 30% verhogen, zonder enige aankondiging vooraf. Waarom doet een verzekeraar dat? Omdat blijkt dat de tandartsenberoepsgroep gemiddeld veel meer vullingen plaatst dan voor 1.1.95. Sommigen kunnen dan zo'n aanvullende verzekering niet meer betalen. Ook zo ontstaat "voorrangszorg", alleen noemen we het anders. Zo sluipt het Amerikaanse systeem binnen. Wij moeten leren van dit soort zaken en niet klakkeloos kopiëren.

De meeste wachtlijsten moeten en kunnen verdwijnen door meer budget en door een andere organisatie en logistiek binnen de bescherming van het collectief gefinancierde systeem. Opting out regelt het slechts voor de werkende kopgroep en niet voor het peloton en holt bovendien het bestaande systeem verder uit. Natuurlijk heeft het grote voordelen om mensen weer snel weer aan het werk te hebben. Individueel, sociaal en maatschappelijk, al was het alleen maar vanwege het betaalbaar houden van de sociale zekerheid. Maar als werklozen, chronisch zieken, ouderen en jongeren daarvoor moeten "betalen" met een lagere plek op de wachtlijst of een behandeling elders ontstaat een onaanvaardbaar George Orwell-scenario: "All animals are equal, but some animals are more equal than other animals". Als de overheid hier de markt de vrije hand laat, is een tweedeling in toegankelijkheid van zorg onomkeerbaar. De gevolgen zijn onvoorspelbaar maar zeker oncontroleerbaar en op termijn onbeheersbaar. Daarom dienen de gevolgen van ziekte naar mijn mening in een eenduidig sociaal systeem en wellicht op termijn ook binnen een eenduidige nieuwe wetgeving te worden verzekerd. Deze "grote convergentie" – een sociaal verzekeringsstelsel en een volksgezondheidstelsel in een en dezelfde wetgeving – is tot op heden in politiek Den Haag nauwelijks een issue. De twee afzonderlijke ministeries – sociale zaken en VGZ – vertonen geen fusiegedrag in deze.

Bedrijven, ARBO-diensten, zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars des te meer. Ingehaald worden door de markt is geen probleem, mits die markt de solidariteit gegarandeerd kan handhaven. Dat kan ze niet en de vraag is zelfs of ze dat vanuit marktgericht denken wel moet willen.

Het is daarom hoog tijd om in Den Haag de voor- en nadelen van een eenduidig systeem in deze te analyseren en de haalbaarheid en wenselijkheid daarvan snel in kaart te brengen.

Indien Den Haag de "grote convergentie" teveel op zijn beloop laat, zitten we naar mijn volle overtuiging binnen enkele jaren met grote ongewenste effecten van een te grote scheiding in wet- en regelgeving tussen het sociale zekerheidsstelsel en ziektekostenstelsel, terwijl de markt die beide stelsels in uitvoerende zin al lang voor de bakker heeft. En de overheid higgend achter de feiten aanloopt.

De vormgeving van zo'n nieuwe ordening roept vele kansen en bedreigingen op. Maar de vormgeving zal in ieder geval de "waar", "wie", en "wanneer"-vragen als het gaat om gelijke toegankelijkheid bij medisch noodzakelijke zorg rechtvaardig moeten beantwoorden.

Wie wordt daar beter van, dames en heren?

Veel financiële en organisatorische vernieuwingen in onze zorg zijn slechts window-dressing. Zo hoef je tenminste niet na te denken over de vraag of er eigenlijk iemand beter van wordt. Het is een stelling die ik zolangzamerhand begin te onderschrijven.

De begrippen transmurale zorg, zorgvernieuwingsfondsen en patiëntgebonden zorgbudget zijn uit het Haagse jargon niet meer weg te denken. Neem daarnaast snuffjes van begrippen als subregionale samenwerking, medisch casemanagement, gestructureerde patiëntenraadpleging, multifunctionele eenheden voor ouderen. Zorgstructuren, een zorginnovatieplatform. Termen maar waar staan ze nou precies voor garant, behalve voor het regelen van subsidie? Wordt de

patiënt er nou beter van? Verhogen ze de toegankelijkheid van zorg? Zo kwam ik laatst toch echt – naast de in ieder geval nog Hollandse term ziekenhuisverplaatste zorg- de vreselijke Anglicismen managed home care of – nog weerzinwekkender – hospital based home care tegen.

Behalve de kriebels krijg ik bij het lezen en horen van die termen als een soort pavlovreactie ook een raar smaakje in mijn mond. Dat hoeft niet zegt dan mijn alter-ego, want achter al die termen zitten doordachte doelmatige kostenbesparende en innovatieve ideeën, die alleen maar tot doel hebben dat de patiënten er beter van worden. Een hele geruststelling. Zodra een of andere instelling de laatste jaren met welk initiatief dan ook de publiciteit zoekt, haasten ze zich er altijd bij te vertellen dat het geheel natuurlijk bedoeld is om de cure en de care te optimaliseren. Om de patiëntenzorg te stroomlijnen. Zo'n toevoeging lijkt me overbodig. Net zo overbodig als wanneer je een eitje aan het bakken bent je vertelt dat je dat doet omdat je dat gaat opeten. Je gaat er dan toch ook zonder meer vanuit dat iemand niet een eitje bakt om het vervolgens als decoratief element op de hoedeplank van de auto te leggen.

Zorg hoort per definitie zorg te zijn waarbij instellingen en beroepsbeoefenaren hun zorg functioneel verlenen, ongeacht de plek waar die zorg plaatsvindt. Thuis, ziekenhuis, verzorgingshuis, waar dan ook. Per definitie zorg die als kenmerk heeft dat alle partijen die om patiënten heen zwermen kijken welke zorg op zeker moment het beste waar gegeven kan worden. Hoe je de toegankelijkheid in stand houdt. Daarvoor zijn een aantal randvoorwaarden nodig van politieke en bestuurlijke aard.

Ten eerste. De chronische en oudere patiënt maakt gebruik van veel soorten zorg, zoals huisarts, thuiszorg, fysiotherapie of ziekenhuiszorg. Al die soorten zorg kennen hun eigen organisatie en financieringsstromen. Hun eigen dynamiek. Hun eigen cultuur. Vaak ook eigen werkmethoden. Voor een patiënt die voor de behandeling en verzorging op meerdere soorten zorg is aangewezen, leidt dat tot veel overdrachten en een wirwar van regels, afspraken en betalingssystemen. Hierbij staat de patiënt niet centraal, maar de zorgsystemen en instituties zelf. Ik vraag mij af wat de werkelijk toegevoegde waarde van al die partijen in de gezondheidszorg is bij het primaire proces, de directe zorgverlening aan de patiënt. Die toegevoegde waarde moet wat mij betreft opnieuw omschreven worden. Los van historisch gegroeide belangen.

En waar gepleit wordt voor een samenhang (bijvoorbeeld een soepele overgang van de patiënt van het ziekenhuis naar de thuiszorg of het verpleeghuis), is het toch op zijn minst vreemd dat er verschillende financieringsstromen (o.a. AWBZ, Ziekenfonds, WTZ, ambtenarenverzekering, particuliere en aanvullende verzekering) en verschillende verantwoordelijkheidstoedelingen zijn? Bedrijfsmatig gezien is het logisch en gewenst om deze verschillende financieringsgronden op te heffen. Het uitgangspunt van het stelsel van de gezondheidszorg dient volgens mij te zijn dat het 'geld de patiënt c.q. de zorg moet volgen'. Dat vereist een andere organisatie van het zorgproces maar tevens een vereenvoudiging van de financierings- en verzekerings-systematiek.

Ten tweede. Het is een ervaringsgegeven dat mensen tegenwoordig in toenemende mate thuis willen blijven wonen, ook als ze (ernstige) beperkingen ondervinden. Dat betekent dat er nog nadrukkelijker nagestreefd moet worden om mensen zelf hun huisvesting te gunnen, en binnen eigen huis die zorg te bieden die nodig is. Dergelijke zorg moet flexibel zijn, in intensiteit kunnen variëren en breed zijn, allemaal met het doel de patiënt adequaat te blijven ondersteunen bij het wonen in de eigen woning. Ook dit laatste pleit voor een verregaande ontschotting binnen de zorgsector.

Daarnaast dient de organisatie van de gezondheidszorg met name voor chronisch zieken en ouderen – qua uitvoering – in samenhang gebracht te worden met welzijnsbeleid, wonen en sociale zekerheid. Die afstemming is op landelijk niveau nu nog steeds ver te zoeken; op lokaal niveau komt die afstemming mondjesmaat tot stand. Datzelfde geldt voor de afstemming van de uitvoering van lokaal volksgezondheidsbeleid, bijvoorbeeld op het gebied van preventie, en landelijk beleid dat gestoeld is op dezelfde doelen.

Ten derde. De overheid zal nadrukkelijk zijn verantwoordelijkheid moeten blijven nemen om te bewaken dat er een adequate zorg geleverd wordt. Dat betekent partijen stimuleren om zich te gedragen als maatschappelijk ondernemers. Een goede hulpverlener, instelling of verzekeraar is immers ondernemer. Hij of zij is voortdurend bezig het aanbod te richten op de vraag van de patiënt. In de gezondheidszorg moet meer ruimte komen voor ondernemerschap. Aan de burger als achterban moeten deze ook verantwoording afleggen. Dat betekent maximale transparantie over uitgaven en inkomsten en een wettelijk gesanctioneerde informatieplicht. Van de overheid vergt dat, dat ze de zorginstellingen niet belemmert om zich maatschappelijk ondernemend op te stellen, maar juist stimuleert en ondersteunt in deze rol. Daartoe dienen financiële prikkels, maar ook moeten langetermijnafspraken (een soort Deltaplan) gemaakt worden met die ondernemers over de gewenste ontwikkeling van het zorgaanbod, gebaseerd op de zorgvragen. Wil dat in samenhang worden aangeboden, dan dient de regie regionaal vormgegeven te worden.

Op basis van die zekerheden kunnen personen en organisaties dan beter maatschappelijk ondernemen. Particuliere organisaties voeren daarbij publieke doelen uit zonder winstoogmerk; de overheid schept voorwaarden en ziet scherp toe, maar wel in een klimaat dat wordt gekenmerkt door wederzijds vertrouwen. Als de overheid terugtreedt, maar nalaat dit maatschappelijk ondernemerschap te bevorderen, zullen braakliggende terreinen van de zorg worden bezet door particuliere ondernemers met winstoogmerk die niet bereid zullen zijn zich te zullen laten sturen door maatschappelijke overwegingen. Dit vind ik een onacceptabel uitvloeisel van doorgeschoten marktwerking. Vandaar dat partijen stimuleren zich als maatschappelijk ondernemer te gedragen een is. Maar tegelijk moet stevig worden toegezien op toegankelijkheid, kwaliteit, flexibiliteit en samenhang. Op de verschillende bestuurlijke niveaus tussen de overheid en andere partijen in de zorg, waaronder de zorgverzekeraar, dient een minder vrijblijvende relatie te zijn. Veel duidelijker moet worden vastgelegd waar welke verantwoordelijkheden liggen.

Als we de noodzakelijke zorg zo veilig kunnen stellen, mede door een financiering welke recht doet aan zorginhoudelijke en bedrijfsmatige uitgangspunten en een duidelijk gestimuleerd gepast gebruik van de gezondheidszorg, dan houden we op termijn de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk, bereikbaar en van een kwalitatief goed niveau.

Ten vierde. We moeten herdefiniëren wat noodzakelijk geachte zorg is. Liever spreek ik over gepaste zorg. Onder gepaste zorg versta ik zorg die adequaat is. Dus niet te veel, niet te weinig, aardig en vaardig verleend. Er zijn in Holland zulke grote variaties in klinisch handelen – zoals indicaties voor therapie, operaties, geneesmiddelen, het gebruik van diagnostiek, de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen – dat zelfs als men corrigeert voor patiëntengroepen de conclusie gerechtvaardigd is dat getwijfeld mag worden aan kwaliteit en doelmatigheid. Aan wie waar eigenlijk beter van wordt dus.

Wellicht is de grote variatie bij een zo overweldigend zorgaanbod niet verwonderlijk, maar ze is ook niet gewenst.

De richtlijnen die beroepsgroepen hebben uitgezet kunnen een hefboom tot verandering zijn. Moeten een hefboom tot verandering zijn. Met protocollen, standaarden en richtlijnen. Toepassing op grote schaal van die richtlijnen kan zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatig-

heid dienen. Wat mij betreft wordt er dan ook een polis voor gepaste zorg ontworpen, die verzekeraars alleen verplicht ook die zorg te vergoeden. Dus niet meer de voorziening of verstrekking zelf, bv psychotherapie of een curretage of een antibioticum, ma het gepaste gebruik daarvan. De aanspraak geldt dan ook slechts het gepaste gebruik, niet meer en niet minder. Beroepsgroepen moeten zelf in staat zijn en worden gesteld gepaste zorg te omschrijven, te leveren en te verantwoorden. In maat en getal. Ligduur, indicatiestelling, medicatiebeleid. Gepaste zorg betekent dus dat de toepassing van verstrekkingen de basis vormen voor de vergoeding en niet te verstrekking zelf. Dat kan door instellingen te belonen die daar actief aan meewerken en door verzekeraars de mogelijkheid te geven ene gepaste zorgpolis aan te bieden en, zoals gezegd, patiënten een korting op hun premie te geven. Ook moet nadrukkelijk de verantwoordelijkheid van de hulpverlener en de patiënt worden omschreven als het gaat om gepast gebruik van de gezondheidszorg te maken. Aan de hand van standaarden en protocollen kan, volgens de laatste stand der wetenschap, de meest effectieve en gangbare behandeling door de hulpverlener worden beschreven. Van de patiënt mag worden verwacht dat hij, indien hij goed door de hulpverlener is geïnformeerd, de keuze van deze behandeling accepteert en geen oneigenlijk beroep op de gezondheidszorg doet, om zo eigen verantwoordelijkheid direct te koppelen aan solidariteit. Ik geloof dat deze systematiek uiteindelijk een veel waardiger vervanger kan zijn voor alle eigen bijdragen die een onduidelijk besparingsmotief koppelen aan financieringsverschuivingen en waarbij in het verleden de overheadkosten groter zijn geweest dan de uiteindelijke opbrengst (het specialistengeeltje, de medicijnknaak en de eigen bijdragen voor kunst- en hulpmiddelen). Dit alles onder het motto: het is ongepast bij te betalen voor gepaste zorg, maar gepast om (bij) te betalen voor aanvullende zorg.

Ten vijfde. Aanpak van de sociaal economische gezondheidsverschillen. Degene die mij kan overtuigen dat een burger met een relatief laag inkomen die steeds hogere lasten moet gaan dragen voor zijn huur, belastingen en zeker voor de zorg die hij nodig heeft, zich daarvan beter gaat voelen, moet van goeden huize komen. Hij gaat zich slechter voelen. En wij in Den Haag weten om wie het gaat, hoe het gebeurt en waarom het gebeurt.

Voorlopig lijkt het mij dat een dak boven je hoofd, een stabiele leefsituatie (en dat is iets anders dan een gezin alleen), werk of een andere invulling die bevrediging schenkt en voldoende financiële middelen en een beetje toekomstperspectief meer recht doet aan het begrip "beter" dat het onduidelijke begrip dat wij er in de gezondheidszorg aan hebben gegeven.

En daarmee is wat mij betreft mijn belangrijkste politieke uitdaging geschetst: het verder voorkomen van ernstige sociaal-economische gezondheidsverschillen. Als we dat weten te voorkomen worden verreweg de meesten daar beter van.

En dat is de taak die een sociaaldemocraat zich stelt en waar hij op mag worden aangesproken. Toegankelijkheid behouden in een solidair, betaalbaar systeem met zorg van goede kwaliteit. Op die garantie heeft de burger recht. Daar waar nodig moeten ingrepen in de zorg plaatsvinden om deze garantie veilig te stellen. Maar met een duidelijk uitgangspunt: rust en zekerheid voor de burger!

Teveel en te vaak hebben we de afgelopen jaren bij beleidsbeslissingen ons niet de vraag gesteld wie waar eigenlijk beter van zou worden.

Ter illustratie van dat laatste sluit ik graag af met het volgende verhaal dat ik in mijn praktijkdagboek optekende en enkele jaren geleden onder pseudoniem publiceerde:

"jasses, nee eh" roept het bevriende nachthoofd van een Amsterdams ziekenhuis uitzinnig als ik mijn naam noem. "We hebben geen bedden, we hebben geen bedden, we hebben geen bedden". Ik had nog niks gevraagd, maar was het inderdaad van plan. Naast mij krijgt de heer Kist, een van mijn vele oudere patiënten, de handen om de borst geklemd, roze schuim op de mondhoeken. Hij staakt zijn ijselijke noodkreten en begint rochelend weg te zakken. Dit is het

vierde ziekenhuis wat ik op dit uur bel. Het nachthoofd had al drie keer neen gezegd tegen andere huisdokters. De GG en GD had reeds om zeven uur al haar spaarbedjes opgesnoept. Vroeger had je in Amsterdam een heus opnamebureau, niet alleen voor collumfracturen en hartinfarcten, maar voor patiënten. Dat was een unieke organisatie, de enige die in het oerwoud van de Amsterdamse ziekenhuisbedden de weg feilloos wist. Vooral in spoedgevallen waren ze onbetaalbaar Dat vond de verantwoordelijke bestuurder ook. Dus is het indertijd opgeheven, wegens bezuinigingen. Weet zo'n bestuurder veel. Die heeft alleen oog voor de debetkolommen. Gelukkig was er voor meneer Kist uiteindelijk een bed in Nieuwegein. Even voorbij Abcoude is hij overleden. Ik lucht mijn hart bij het bevriende nachthoofd. We spreken af de verantwoordelijke bewindsman net zo lang bij vol bewustzijn aan de beademing vast te binden tot hij middels gebaren belooft zijn beleid drastisch te verbeteren. Als de handtekening is gezet, mag hij los maar hij moet zich dagelijks melden, anders gaat hij in de MRI-scan. Met de zoon van het slachtoffer die iets hoogs bij KPN is, fantaseer ik over de mogelijkheid bij alle beleidsverantwoordelijken een microchip in hun communicatieapparatuur te monteren, waardoor op alle beeldschermen alleen nog maar kortademige mensen met roze schuim op hun mond worden vertoond. Uit alle luidsprekers en telefoonhoorns klinkt op onverwachte momenten de om hulp schreeuwende stem van de stervende meneer Kist. Dat zal ze leren onze gezondheidszorg zo te organiseren dat kwaliteit, toegankelijkheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van het systeem niet meer hand in hand gaan met zorg, tijd en aandacht voor onze zieke medemens.