

# Samenhangend zorgstelsel met de nadruk op zorg...!\*

Er is momenteel te weinig aandacht voor de structuur waarin de zorgverlening dient plaats te vinden. Een ad hoc-beleid leidt tot onsamenshangendheid dat risico's inhoudt voor de zorg. Willen we de nadruk op zorg leggen met daarin de patiënt als centraal middelpunt dan moeten we de toekomst van het gezondheidszorgstelsel opnieuw onderwerp van discussie en beleid maken.

Vaak wordt gezegd dat onze gezondheidszorg als een van de beste van de wereld kan worden getypeerd. Dat is objectief zeker het geval. Al wat op medisch-technisch terrein mogelijk is, is beschikbaar en wel in het algemeen voor iedereen. De toegankelijkheid van de zorg en de betaalbaarheid ervan lijken gegarandeerd voor rijk en arm. Objectief dus allemaal in orde. En toch wordt er uitgebreid geklaagd over de zorg. De werkers in de zorg hebben moeite met het maken van keuzen in de zorg. Wachtlijsten beperken de toegankelijkheid. Men klaagt over te weinig handen aan het bed, over de kortingen op het inkomen die de laatste jaren hebben plaatsgevonden en over de grote werkdruk. Van de kant van de patiënten horen we uitgebreide klachten over de hulpverlening; klachten die terug zijn te voeren

tot het probleem dat de inzet van de hulpverleners sterk verminderd is. Er lijkt in steeds meerdere mate een mindere belangstelling te zijn voor de patiënt als mens. Met andere woorden: de humanisering van de gezondheidszorg laat veel te wensen over en het menselijk gezicht in de zorg is vaak ver te zoeken. Het lijkt erop dat de techniek het leidinggevend principe is en niet de zieke mens. De ziekte is interessanter dan de zieke. Is onze gezondheidszorg wel de meest ideale in de wereld? Is het systeem dat wij hanteren wel het meest geschikt om iedere zieke aan zijn of haar trekken te laten komen?



*Prof. dr. D. Post*

\* Dit artikel is een weergave van een lezing gehouden tijdens de expertmeeting Volksgezondheid op 19 april 1997 in het kader van de voorbereiding van het verkiezingsprogramma ten huize van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA in Den Haag.

Moeten we niet gaan nadenken over verbeteringen in de zorgverlening en over een beter stelsel waarin hulpvrager en hulpverlener meer voldoen aan de doelstellingen van een humane zorg?

## **Uitgangspunten en toetsingscriteria**

Bij het nadenken over de toekomst van ons zorgsysteem zal een aantal uitgangspunten centraal moeten staan. Deze basisideologie zou ook als toetsing kunnen worden genomen bij het realiseren van een dergelijk stelsel.

### *1. De zorgvragende mens centraal*

In de gezondheidszorg en in de geneeskunde dient de zieke mens centraal te staan. De voormalige hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Vrije Universiteit, Jan Piet Kuiper, heeft het begrip 'inclusieve gezondheidszorg' geïntroduceerd.<sup>1</sup> Het is de moeite waard om opnieuw dit begrip naar voren te halen. Het begrip 'inclusiviteit' is afkomstig van Boerwinkel met zijn 'inclusief denken'.<sup>2</sup> Deze verstaat daaronder "een denken dat er principieel vanuit gaat dat mijn heil (geluk, leven, welvaart) niet verkregen wordt ten koste van of zonder de ander, maar dat het alleen verkregen kan worden als ik tegelijk het heil van de ander beoog en bevorder." Het begrip 'solidariteit' hangt hier nauw mee samen. Kuiper past dit toe op de gezondheidszorg in de zin dat het niet gaat om een exclusieve toepassing van medische technologieën die door artsen en andere hulpverleners worden bepaald, maar een ander zorgconcept, de onderlinge verwevenheid van professionele, mantel- en zelfzorg, oftewel de door Hattinga Verschure genoemde 'zorgmix'.<sup>3</sup> Er dient een verandering te komen van een technocratische exclusieve in een

democratische inclusieve gezondheidszorg. De belangrijkste kenmerken van deze inclusieve gezondheidszorg zijn volgens Kuiper het emanciperend karakter, de beweging waarin belangen van individuen en van de samenleving convergeren en het deel uitmaken van internationale gezondheidsorde waarin rijke en arme landen gezamenlijk de lasten van een nieuwe tijd dragen en verdelen. Het basisbegrip hiervan is de solidariteit.

Bij dit alles staat dus niet het systeem van gezondheidszorg centraal, noch de geneskundige subsystemen, noch de hulpverleners, maar de mens die om hulp vraagt.

### *2. Rechtvaardige verdeling*

Tweedeling dient te worden voorkomen. Het gaat niet aan dat mensen die zelf de voorzieningen kunnen betalen eerder aan de beurt komen dan armen. Er dient een wettelijke bescherming te komen om deze tweedeling te voorkomen. Dat houdt in dat ook de betaalbaarheid en het verzekeringspakket wettelijk gegarandeerd dienen te blijven.

### *3. Solidariteit*

Hoewel al ter sprake gebracht in het eerste uitgangspunt, vermeld ik solidariteit als een van de basisprincipes voor een goed zorgstelsel hier nog eens apart. Het zal er in de zorg om blijven gaan dat jong solidair is met oud, rijk met arm en gezond met ziek. Gezamenlijk dragen we de lasten voor het ziek zijn. Een sociaal bestel zal het uitgangspunt voor een solidaire gezondheidszorg dienen te zijn.

### *4. Rentmeesterschap*

Een verdelingssysteem, dat solidariteit als basis heeft, zal ook uit moeten gaan

van een verantwoord gebruik van menskracht en middelen. Dat houdt in dat zowel de verschaffer van zorg als de vrager ervan verantwoordelijkheid zal moeten dragen. Het gaat hier om het gepast gebruik van de zorg zowel door de hulpverleners als door de gebruikers.

### Systeme theoretische basis voor een stelsel

Naast bovenstaande uitgangspunten geldt ook dat het gezondheidszorgstelsel moet worden beschouwd als een systeem in de zin als door Von Bertalanffy bedoeld. Een systeem typeert deze als "a set of elements, standing in interrelation among themselves and with the environment".<sup>4</sup> Systemen zijn in een homeo-statisch evenwicht en handhaven dit evenwicht door zowel positieve als negatieve *feedback*. Ze worden cybernetisch bestuurd, zoals door Wiener is uitgewerkt in zijn boek 'The human use of human beings'.<sup>5</sup> Bok<sup>6</sup> noemde cybernetica 'stuurkunde' en Bressers<sup>7</sup> paste dit toe op de beleidswetenschap. Kort gezegd komt het erop neer dat binnen een systeem de verschillende onderdelen elkaar constant beïnvloeden. Als één deel verandert treedt er ook een wijziging in een ander deel op. Er is dus een voortdurende samenhang en deze blijft gehandhaafd doordat er telkens *feedback* aanwezig dient te zijn, negatief in de zin dat een bepaald gedrag wordt afgeremd of bijgestuurd, positief door een versterking van het initieel gedrag. Voor de gezondheidszorg is van belang dat alleen door samenhang te bewerkstelligen het systeem goed kan functioneren. Beleidsmatig dienen dan ook alle beslissingen genomen te worden met inachtneming van de effecten ervan op de verschillende subsystemen. De samenhang bevordert het functioneren van het geheel. Wanneer de samenhang

niet wordt gehandhaafd en er teveel ad hoc maatregelen worden genomen zien we verschillende gevolgen, die de goede observator van ons zorgsysteem op dit moment veelvuldig zal ontdekken. Bij onsamenhangend beleid en een niet goede systeemdynamische beleidsvisie zal er onmachtig beleid zijn met een toenemende bureaucratie. Hervormingsplannen zullen worden belemmerd omdat belangengroeperingen de macht naar zich toe trekken. Van groot belang is dat een decentrale sturing niet zal lukken omdat er communicatieverlies tussen veld en beslissers optreedt. Het autonome handelen neemt toe en steeds meer conflicten zullen zich voordoen. Ook van uitermate groot belang is dat de zwakkere delen van het systeem verdrongen worden door de sterkere. In de gezondheidszorg zal de curatieve zorg de *care*-sector verdringen. Als laatste is een onsamenhangende zorgsector een kostenverslindende sector omdat er geen substitutieve effecten optreden. De subsystemen werken langs elkaar heen en uiteindelijk wordt de patiënt hiervan de dupe.

Willen we een efficiënt en effectief gezondheidszorgstelsel, met nadruk op de zorg, dan zal in de eerste plaats ervoor gezorgd dienen te worden dat er een systeemmodelmatige opbouw van de zorgsector wordt gerealiseerd.

### Stand van zaken

Kijken we naar de huidige ontwikkelingen dan zal duidelijk zijn dat de overheid thans niet een samenhangende visie heeft op de ontwikkeling van het systeem. Men heeft afgezien van het ontwikkelen van het stelsel zoals dat na 'Dekker' en 'Simons' zich ontwikkelde en toch wel de kenmerken had van een echt systeem. Op dit moment spreekt men van 'kleine stappen', een incre-

menteel beleid. Er lijkt geen visie te zijn op de toekomst, de samenhang is volledig verbrokkeld met name ook door het compartimenteringsmodel en er zijn, zoals te verwachten is, bekostigingsproblemen. Men opteert nog steeds voor de markt als leidinggevend model en ordeningsprincipe, maar men neemt tegelijkertijd maatregelen die het de spelers in het veld verhinderen om zich als marktpartijen te gedragen. Met andere woorden: er is een inconsequente sturing, die enerzijds aan het veld wordt overgelaten maar anderzijds sterk van bovenaf wordt gedirigeerd, zoals dat in onsamenhangende systemen aanwezig is.

Uit analyses van het beleid van de afgelopen jaren blijkt dat de ordening, zoals die door staatssecretaris Hendriks in 1974 via zijn Structuurnota is gerealiseerd, uitging van een sterke overheidsregulering. Het leverde niet de beheersing op die men ervan verwachtte. In de jaren tachtig, toen de kabinetten-Lubbers het beleid voerden van de sterk teruggedrongen staatsschuld via onder meer het verminderen van de collectieve lasten, zien we een van de meest effectieve beheersinstrumenten naar voren komen, namelijk de budgettering. We zijn thans tien jaar na het advies van de commissie-Dekker van waaruit de ideeën van sturing via marktwerking zijn ontstaan. Maar wat heeft dat tot nu toe opgeleverd?

### Marktwerking

Is immers de gezondheidszorg als markt te beschouwen? We beschouwen dan de driehoek, waarin de actoren in het zorgveld zijn gesitueerd. Zie de figuur op pagina 250.<sup>8</sup> De zorgvrager vormt daarin als patiënt samen met de hulpverlener als aanbieder het primaire proces. Is dat een markt? Nee, want de

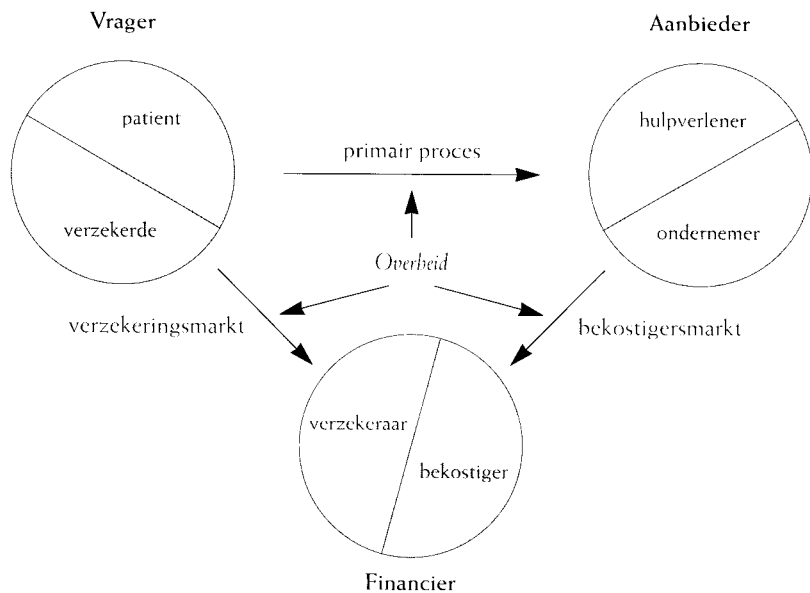
kenmerken van een markt met zijn meerkeuzen en zijn onafhankelijk kiezen zijn niet van toepassing. De patiënt is een zieke die hulp verlangt. Hij vertrouwt op de deskundigheid van de arts en kan nauwelijks kiezen. Keuzen zijn alleen aan de orde als het om langdurig zieken gaat die geleerd hebben dat er alternatieven zijn.<sup>9</sup> Speelt bekostiging een rol in dit proces? Nee, de patiënt betaalt de hulpverlener niet zelf maar is verzekerd en de verzekering, ziekenfonds of particulier betaalt de hulp. Ook hier dus geen markt.

Aan de kant van de aanbieder zien we ook een tweedeling. De hulpverlener heeft een relatie tot de patiënt maar als ondernemer heeft hij ook een relatie met de financier, de verzekeraar. Hij onderhandelt daar wel mee maar dat hele onderhandelingsproces is dichtgetimmerd via de wettelijke inkadering: de Wet op de Tarieven en de Planingswetgeving.

Aan de kant van de vrager zien we wederom twee gezichten: die van de patiënt die op een ander moment richting financier/verzekeraar ook verzekerde is. Ook hier zien we nauwelijks een markt, al kan tegenwoordig de verzekerde wel kiezen welke verzekeraar hij/zij wil hebben. Echter voor het grootste deel van ons volk, de ziekenfondsverzekerden, zijn het pakket en de premie wettelijk geregeld. De particuliere verzekeringen sluiten zich hierbij aan. Slechts in de marge bij de aanvullende verzekering is een ietsje marktwerking mogelijk.

Het beeld dat hier geschapen wordt, het complexe model, met zijn driehoeksverhouding waarbij de actoren ieder twee gezichten hebben en waarbij de overheid van binnenuit de zaak regelt, verhindert dat er van marktwerking sprake kan zijn.

## De driehoek in het zorgveld



En dat is maar goed ook. Immers in de gezondheidszorg draait het om hulpverlening; met de nadruk op zorg. Het is opvallend dat door die nadrukkelijke aandacht voor de marktwerking het gesprek almaar gaat over geld en over de gezondheidszorg als bedrijf. Dat leidt heel sterk de aandacht af van de zorg. Marktwerking als ordenend principe heeft tot nu toe niets opgeleverd in de zin van beheersinstrument en zal dat op grond van bovenstaande beschouwing ook nooit doen. Het heeft alleen maar nadelen opgeleverd en daarom zal dit principe als leidend en sturend element in de zorgsector zo snel mogelijk van tafel moeten en zullen we tot andere regulering moeten komen.

### Toekomstig systeem

De zorgsector maakt turbulente tijden door en in de volgende eeuw zullen we met grote wijzigingen geconfronteerd worden. Zonder dit volledig uit te wer-

ken noem ik een aantal van de uitdagingen waarvoor we zullen komen te staan.

1. Er zullen steeds meer technische mogelijkheden komen. De microchirurgie en de interventiestrategieën zullen toenemen.
2. Het volgende millennium zal dat van de genetica worden. We zullen worden geconfronteerd met een zeer grote toename op het gebied van de voortplantingstechnologie, de DNA-recombinanttechnologie, de toename van screeningsmogelijkheden op genetisch terrein en de voorkoming van genetisch gebonden ziekten. Vele ziekten zullen hun oorsprong blijken te vinden in chromosomenafwijkingen en genetische manipulatie zal een reguliere activiteit worden. Dat vergt een enorme toename van beschikbare financiële middelen omdat de beïnvloeding van deze microprocessen erg duur zal zijn.
3. De toename van het aantal chro-

nisch zieken zal het beeld van de geneeskunde sterk veranderen. Veel meer *care* zal nodig zijn in plaats van *cure*. Ook dit zal meer kosten met zich meebrengen. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen is bekend dat de toename aan chronisch zieken minstens 30% zal zijn waarbij de toename van demente patiënten zeker 40% is.<sup>10</sup> Dat vergt een vergroting van het aantal verzorgings/verplegingsbedden in plaats van een reductie hiervan, terwijl ook de thuiszorg fors zal dienen toe te nemen. Overigens is dit proces al duidelijk gaande en zullen we hier thans al rekening mee moeten houden.

De veranderingen die hier worden opgesomd vergen een stelsel van gezondheidszorg waarin een optimale samenhang aanwezig is om qua menskracht en middelen deze uitdaging aan te kunnen. Ik noem een aantal kenmerken van het toekomstige systeem.

### *Zorg centraal*

Het toekomstig systeem zal moeten uitgaan van de centrale positie van de zorgvrager. De inclusieve gezondheidszorg van Kuiper zal leidinggevend principe moeten zijn. Dat houdt in dat er een humanisering en detechnificering op gang zullen moeten komen, zelfs in een toekomst met toenemende technische mogelijkheden. Deze dienen ondergeschikt te blijven aan het zorgen voor de patiënt. De 'markt' dient niet het leidende principe te worden. Hoogstens kan er sprake zijn van een gereguleerde competitie, maar dan gericht op de kwaliteit van de zorg.

### *Samenhangend verzekeringsstelsel*

De tot nu toe ingezette regiefunctie van de zorgverzekeraar kan binnen de door de overheid geformuleerde kaders

worden voortgezet, mits we komen tot een verzekeringsvorm voor iedere Nederlander binnen datzelfde systeem. De schotten tussen ziekenfonds en particulier dienen te worden opgeheven: de convergentie zal versneld moeten worden om zo gauw mogelijk de samenhang in dit systeem te bewerkstelligen. Maar ook de schotten tussen de financiële gevolgen van ziekte op het gebied van de loonderving en de ziektekosten dienen te worden opgeheven om ook hier de samenhang te bevorderen. Sociale zekerheid en ziektekosten dienen in één systeem te vallen en dat houdt ook in dat er weer een ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid zou moeten komen.

De samenhang in het ziektekostenstelsel kan worden versneld door langzaam de loongrens voor het ziekenfonds te verhogen en daardoor meer mensen onder de solidaire verzekering te laten vallen. Op deze wijze zou ook worden voldaan aan een vergroting van de solidariteit doordat meer mensen mee dragen in de premie. En vooral zullen er meer hogere inkomens onder de ziekenfondsen vallen die via de procentuele premie absoluut meer opbrengen.

### *Compartimenten samenvoegen*

De overheid heeft gekozen voor drie compartimenten waarbij het eerste deel, de AWBZ, onder regie blijft staan van de overheid. Dat geeft een schot binnen de uitvoering bij de verzekeraar. Deze is niet verantwoordelijk voor de verstrekkingen vanuit de AWBZ. Het zal leiden tot omgekeerde substitutie, een afwenteling van zaken uit de Ziektenfondswet en de particuliere steer naar de AWBZ. De kosten hiervan zullen sterk oplopen en onbeheersbaar blijken te zijn. Natuurlijk zit er een na-deel aan om deze sector onder de zorg-

verzekeraar te brengen. Deze kan immers ten koste van de zorg voor gehandicapten en chronisch zieken de curatieve sector bevorderen. Het is echter niet ondenkbaar dat de nadelen van de onsamenhangendheid en de schotten tussen AWBZ en de rest een groter nadeel zullen zijn voor de kostenontwikkeling dan het in een verantwoordelijkheidsstelsel brengen van de hele zorgsector. Daarom past in mijn visie het compartimentsdenken voor de sociale sector niet.

De zorgverzekeraar zal een budget dienen te krijgen voor de hele sector en zal hiermee via een competitief beleid de kosten dienen te beheersen. Er zal dan sprake moeten zijn van een regionale benadering om samen met de aanbieders van zorg tot een zo efficiënt mogelijke zorgverlening te komen. Dat vergt een projectmatige benadering om via stimulering van doelmatigheidsprojecten tot de meest effectieve en efficiënte zorgverlening te komen.

## Tot slot

De inhoud van de zorg is alleen te verbeteren binnen een samenhangende structuur van de zorgsector. Willen we de nadruk op zorg leggen met daarin de patiënt als centraal middelpunt dan zal het niet anders kunnen dan dat we de toekomst van het gezondheidszorgstelsel opnieuw onderwerp van discussie en beleid maken. Het huidige beleid heeft veel aandacht voor de inhoud van de zorg. Dat is een goede zaak. Maar er is te weinig aandacht voor de structuur waarin die zorgverlening dient plaats te vinden. Teveel zien we hierdoor een beleid van ad hoc-maatregelen. En dat zal uiteindelijk leiden tot een zodanige onsamenhangendheid dat de patiënt niet meer die zorg kan krijgen die hij nodig heeft.

Het opheffen van schotten in verschillende delen van de zorgverlening dient het doel te zijn van toekomstig beleid. Daarbij zal de bekostiging voortdurend aandacht vragen. Uit allerlei berekeningen blijkt duidelijk dat we met het huidige peil van onze zorgverlening een jaarlijkse groei van minstens 2% nodig hebben. In een zo welvarend land als het onze zal dat door herallocaties mogelijk moeten zijn.

Echter voor het CIDA-beleid inzake de volksgezondheid zal voorop moeten staan dat het gaat om zieke mensen. De zorg voor deze burgers zal uitgangspunt moeten zijn voor alle discussies over structuur, organisatie en financiering van de zorg.

*Prof. dr. Doeke Post is hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen met als bijzonder aandachtsgebied de organisatie, structuur en financiering van de gezondheidszorg.*

## Noten

1. Kuiper J.P. *Mensopvatting in de Gezondheidszorg*. Assen 1980
2. Boerwinkel E. *Inclusief denken*. Bussum 1969
3. Hattinga Verschure J.C.M. 'De relatie tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg.' *Med. Contact* 1979; 34:773
4. Bertalanffy L. von 'General system theory and psychiatry.' In: S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. New York 1974
5. Wiener N. *The human use of human beings*. Londen 1968
6. Bok S.T. *Cybernetica: Hoe sturen wij ons leven, ons werk en onze machines?* Utrecht 1959
7. Bressers J. Th. A. *Nieuw en nieuwe cybernetica in de beleidswetenschap*. Inaug. rede Univ. Twente 1989
8. Post D, Vennix J.A.M. reds. *De Gezondheidszorg in Model. Ons complex zorgstelsel gemeten en gewogen*. Houten/Zaventem 1992
9. Post D. red. *Schaarste en Keuzen. Een beschouwing over het kiezen en delen in de gezondheidszorg*. Meinema Zoetermeer 1992
10. Ruwaard D, Kramers P.G.N. *Volksgezondheid Toekomstverkenning*. RIVM Bilthoven 1993