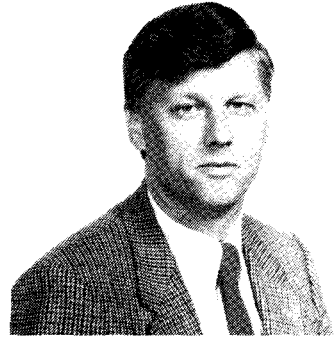


Zorgzaam: zorg saam



Prof. dr. E.P. de Jong

Zorgzaam: zorg saam

Prof. dr. de Jong bespreekt het rapport 'Zorgvernieuwing door structuurverandering', in het vroege voorjaar van 1987 gepubliceerd door het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA. Ondertitel van het rapport 'Volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening'. Het is, aldus De Jong, niet alleen een boeiend en belangrijk, maar ook omvangrijk rapport: 143 bladzijden, waarvan de samenvatting er tien beslaat. Voor de praktische politiek komt het nu aan op de uitvoering van denkbeelden in een programmatische veranderingsaanpak.

De verleiding is groot het rapport te vergelijken met de in 1986 verschenen studie van het wetenschappelijk bureau van de VVD, de Prof. mr. B.M. Teldersstichting, *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg*, met het in 1987 vastgestelde rapport vanuit het wetenschappelijk bureau van de PvdA, de Wiardi Beckmanstichting, *De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg*, van E. Wolffensperger of met het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg

(Commissie Dekker), *Bereidheid tot Verandering*. Zou zo'n vergelijking nog uitgebreid worden met hetgeen de centrale overheid, de Sociaal-Economische Raad, de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en verschillende maatschappelijke organisaties hebben gezegd over de gezondheidszorg en het stelsel van ziektekostenverzekeringen en over beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur in de gezondheidszorg, dan zou ik de beschikbare ruimte meer dan ruimschoots overschrijden. Ik beperk mij dus tot een bespreking van het CDA-werkstuk op zijn eigen merites.

Problematiek

De gezondheidszorg zit in de knel. De kosten van de gezondheidszorg stijgen voortdurend. De belangrijkste factoren in dat verband zijn de veroudering of vergrij-

Prof. dr. E.P. de Jong (1945) is voorzitter van de Sociale Verzekeringsraad. Tevens is hij buitengewoon hoogleraar aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

zing van de samenleving, de groei in het aanbod van gezondheidszorgelijke voorzieningen, nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden in medische diagnostiek en behandeling en in medische technologie en het soms bijna blinde vertrouwen, dat met het zorg- en hulpverleningsaanbod aan gezondheidsklachten, ziekten en gebreken in een mensenleven (definitief) het hoofd kan worden geboden. Het beroep op en het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen blijkt niet uitsluitend verklaard te kunnen worden door de aard van klachten, ziekten en gebreken in objectief-medisch-wetenschappelijke zin. Kostenstijgingen blijken rechtstreeks samen te hangen met ondoelmatigheden in het systeem van de gezondheidszorg: in medische besluitvorming, de organisatie en onderlinge afstemming van het zorg- en hulpverleningsaanbod, het ontbreken van een geïntegreerde benadering van planning en financiering, het ontbreken van voldoende geschikte financiële prikkels bij zorg- en hulpverleners (waaronder de honoreringsstructuur) en bij 'consumenten' en financiers voor een systematische kosten-batenafweging zowel in micro- als in macroverband. Een beheerste kostenontwikkeling in het licht van de overige sociaaleconomische desiderata blijkt in dat kader nauwelijks mogelijk. Dit klemmt temeer in een tijdsgewricht waarin beperking van collectieve lastendruk en vermindering van overheidsuitgaven als centrale doelstellingen van overheidsbeleid gelden. Om kostenstijgingen (enigermate) te beteugelen nemen regeldichtheid en bureaucratisering in en rond de gezondheidszorg bijvoortdurend toe. Het aldus geschetste raamwerk is niet in staat het noodzakelijke evenwicht tussen inkomsten en uitgaven op een bepaald wenselijk geoordeeld niveau te bewerkstelligen.

Naar mijn oordeel is het een goede zaak, dat het Wetenschappelijk Instituut van het CDA zijn renovatieplan voor de gezondheidszorg niet vanuit een rekenkundig-economisch bezuinigingsmodel heeft op-

gezet, maar vanuit een principiële visie op zorg- en hulpverlening tot veranderingen concludeert. Niettemin zou ik bij de te onderscheiden uitgangspunten een aantal kanttekeningen willen plaatsen.

Hoofdpijnen van het rapport

De verhouding tussen door de overheid collectief geregelde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (professionele zorg) enerzijds en de zorg die burgers zichzelf en elkaar kunnen bieden (zelf- en mantelzorg) anderzijds behoeft herijking. De politieke overheid moet zich richten op het garanderen van een bodem in het bestaan. Zij moet vormgeven aan structuren die de behoefte aan (collectief gefinancierde) zorg sturen in de richting van de minst kostbare, verantwoorde vorm (efficiency-bewaking en de ontwikkeling van betere stuurinstrumenten). Voorts moet zij mechanismen ontwikkelen die de collectief gefinancierde professionele zorgcomponenten terugdringen ten gunste van de vrijwillige componenten. Voor wat boven de bodem in het bestaan of de vloeren in de zorg uitgaat dient de overheid voorwaarden te scheppen waarbinnen vrije maatschappelijke organisaties in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening (beroepsbeoefenaren en instellingen, de zorgaanbieders dus, en ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars) de verdere ontwikkeling van de zorg gestalte kunnen geven. Via deze lijnen van

- 1 in solidariteitstermen begrepen eigen verantwoordelijkheid van burgers,
- 2 een begrensde doch wezenlijke taakstelling voor de overheid en
- 3 een reële autonomie voor vrije maatschappelijke organisaties ook in haar levensbeschouwelijke of ideële fundering ten aanzien van de ontwikkeling van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening

kunnen de zorgzame samenleving en de verzorgingsstaat toekomstbestendig gestalte krijgen en op elkaar worden afgestemd.

Het beleid moet erop gericht zijn zorgmomenten in huwelijks-, gezins-, huishoudings-, familie- en burenrelaties, in kerkelijke en liefdadigheidsverbanden optimale ontwikkelingsmogelijkheden te bieden. Werk van vrijwilligers(organisaties) dient een zelfstandige plaats te krijgen, met een eigen statuut in het totaal van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Gezinszorg en kruiswerk dienen zich toe te leggen op een goed aanbod van thuiszorg afgestemd op mogelijkheden van zelf- en mantelzorg in huishoudens en zorgnetwerken. Hierbij kan familieconsultatie een belangrijke methode vormen. Voorzieningen als bejaardenoorden en verpleegtehuizen dienen binnen één financieel regime op elkaar en op de mogelijkheden van thuiszorg te worden afgestemd. In samenwerkingverbanden van medische professie, kruiswerk, gezinszorg, bejaardenoorden en verpleegtehuizen dient een getrapd opgebouwd pakket van zorg-op-maat ontwikkeld te worden, dat voorwerp is van een op overeenkomsten tussen ziekenfondsen, verzekeraars en zorgaanbieders gebaseerd bekostigings- en verzekeringsstelsel.

Verzekeraars en ziekenfondsen moeten het voorzieningenpakket kunnen beheersen. Zij zijn in de visie van het rapport eerst en vooral 'gebruikersorganisaties'. Zij dienen de ontwikkeling van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in overleg met organisaties van aanbieders van zorg (de beroepsbeoefenaren en de instellingen) gestalte te geven. De verantwoordelijkheid voor de planning van zorgvoorzieningen en de kostenbeheersing dient te worden overgelaten aan het maatschappelijk middenveld in een regionale opzet, in plaats van aan de verschillende overheden. Het rapport wijst commerciële marktmechanismen af, maar verwacht veel van onderhandelingen tussen de aanbieders van zorg en de verzekeraars. In dat verband dient de contracteerplicht voor ziekenfondsen (jegens zorgaanbieders) af-

geschapt te worden en dient de zorgverlening aan de kant van de verzekeringsinstellingen gebudgetteerd en in termen van behandeling genormeerd te worden; tarieven dienen gegeven een maximum vrij onderhandelbaar te zijn. Burgers moeten vrij zijn in hun keuze van een verzekeringsinstelling (fondsen en verzekeraars).

Op termijn worden de bejaardenoorden onder de AWBZ gebracht; de rijksbijdrage wordt in het AWBZ-fonds gestort. Voor alle Nederlanders zal een standaard verzekerd pakket gelden, neerkomend op een door verscherping van indicatiestelling bereikt 90%-ziekenfondspakket. Maatschappelijk werk en gezinszorg (voorzover behorende tot de thuiszorg in de sector volksgezondheid) worden in dat standaardpakket gebracht, via een rijksbijdrage aan de standaardverzekering. Voor de standaardverzekering geldt een acceptatieplicht. De premie wordt door ziekenfondsen deels procentueel deels nominaal geheven, door verzekeringsmaatschappijen nominaal. In het systeem bereikte besparingen moeten tot verlaging van nominale premie leiden. Voor demografische schommelingen worden reserves aangelegd. Boven de vloer van het AWBZ- en het standaardpakket kunnen aanvullende verzekeringen worden opgezet door de verzekeringsinstellingen, zodat deze zich hierin onder andere levensbeschouwelijk kunnen profileren. Ook de begrensde mogelijkheid van eigen risico's en eigen bijdragen en de contracteervrijheid kunnen hieraan bijdragen. Op lange termijn worden AWBZ en standaardverzekering samengevoegd tot één verzekering met een premie die procentueel én nominaal bepaald wordt.

Het spreekt vanzelf, dat deze visie een belangrijke herschikking van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden impliceert, zoals:

- Ziekenfondsraad wordt Gezondheidsverzekeringsraad, bestaande uit organisaties van verzekeringsinstellingen en kroonleden;

- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg gaat op in de Gezondheidsverzekeringsraad;
- Verzekeringsinstellingen en zorginstellingen moeten gedemocratiseerd worden;
- Profilering van de rol van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van maatschappelijke organisaties van zorgaanbieders en -vragers;
- De rol van gemeente en provincie moet zowel organisatorisch als inhoudelijk afgestemd worden op de regionale opzet van de organisatie van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Uitgangspunten

Het rapport stelt vier kernbegrippen centraal: gerechtigheid, verantwoordelijkheid, rentmeesterschap en solidariteit. Het gaat het rapport om een samenleving waarin mensen en organisaties hun verantwoordelijkheid kunnen beleven, waarin de zwakken bescherming ondervinden, waarin de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen; een samenleving die de schepping zorgvuldig beheert en die niet wordt overheerst door staatsbemoeienis of commercie.

Toegespitst op de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening leidt dat tot belangrijke uitgangspunten van het rapport:

- 1 De ontwikkeling van zelf- en mantelzorg aangevuld met gestructureerd vrijwilligerswerk en professionele zorgverlening-op-maat. Het rapport reageert bij voorbaat op hiertegen in te brengen bezwaren zoals de verdeling van betaald en onbetaald werk ten aanzien van vrouwen en mannen en de terugkeer naar de idylle van de ouderwetse dorpsamenleving.
- 2 Een betere samenhang tussen gezondheidszorg in engere zin, bejaardenzorg, maatschappelijk werk en gezinszorg en tussen de daarin te onderscheiden voorzieningen zowel in termen van planning

en organisatie als van financiering en regelgeving. Verkokering van zorg en uiteenlopende financiële regelingen staan een doelmatige organisatie van de zorg en een doeltreffende hulpverlening in de weg. Dergelijke obstakels dienen opgeruimd te worden. Voor een goede beheersing van de gezondheidszorg in brede zin is een geïntegreerde opzet van planning, organisatie en financiering een *conditio sine qua non*.

- 3 Beïnvloeding van vraag en aanbod in de gezondheidszorg en de beheersing van het systeem door wijziging van de financierings- en verzekeringsstructuur. In deze structuur dient een op doelmatigheidscriteria geïntegreerde vrije mededinging tussen verzekeringsinstellingen en zorgaanbieders (om de gunst van de 'consument' en om de gunst van de financier) gerealiseerd te worden binnen redelijkerwijze te stellen kwaliteits-, beschikbaarheids-, bereikbaarheids- en toegankelijkheidseisen. Dus een verbetering van de marktwerking en in dit kader een verantwoorde prijs- en inkomensvorming.
- 4 Meer kansen voor sociaal elan op basis van een verscheidenheid aan gezondheidsstijlen, geïnspireerd door levens- en wereldbeschouwing.

Zorgzaamheid en gezondheidszorg; van ideaal naar programma

Hoe voortreffelijk ik het eerste uitgangspunt ook vind, ik meen toch dat het is uitgewerkt vanuit een beeld van mens en samenleving dat onvoldoende band heeft met de concrete werkelijkheid van alledag. In die zin getuigt dat uitgangspunt meer van optimisme en idealisme dan van realiteitszin en analyse van de maatschappelijke werkelijkheid anno 1987. Ik noem:

- demografische ontwikkelingen: een dalend geboortecijfer, meer hoogbejaarden, meer eenoudergezinnen, meer alleenstaanden, in vergelijking met het traditionele huwelijksverband meer vrijblijvende *partnerships*;

Het maatschappelijk vermogen om mensen in nood te helpen moet groter worden.

- toegenomen verstedelijking: vereenzaming, afgenomen betekenis van traditionele sociale verbanden;
- individualisering verstaan als een ieder-voor-zich-vrijheidsconcept, de burger als subject van vrije ruilprocessen;
- grotere mobiliteit in beroep en woonplaats;
- leefsituaties waarin kortstondige sociale netwerken van groter betekenis zijn dan duurzame betrekkingen met familie, vrienden, (oud-)collega's etc.

Deze ontwikkelingen zetten het concept van zelf- en mantelzorg als weg waarlangs de behoefte aan professionele en collectief gefinancierde zorg kan worden beperkt op losse schroeven tenzij men voor lief neemt dat bijvoorbeeld eenzame alleenstaanden, langdurig zieken, ernstig gehandicapten en bejaarden in de kou komen te staan.

Van de zaken die men het belangrijkste vindt in het leven scoort gezondheid het hoogste; voor gezondheidszorg zijn mensen bereid een zéér hoge prijs te betalen. Deze gegevens geplaatst in het licht van een groot geloof in mogelijkheden van medisch-professioneel en medisch-specialistisch kunnen en handelen ten aanzien van klachten, handicaps, ziekte- en genezingsprocessen leiden mij eveneens tot de gedachte, dat zelf- en mantelzorg en vrijwilligerswerk zonder meer niet leiden tot be-

perking van het beroep op professionele hulpverlening.

Er is een direct verband tussen thuiszorg en thuishulp enerzijds en zelf- en mantelzorg en vrijwilligerswerk anderzijds. Het laatste kan niet tot ontplooiing komen zonder professionele steun in het thuismilieu. Bij de accentverschuiving van gezondheidszorg in een instellingsmilieu naar gezondheidszorg in het thuismilieu moet ook voor thuiszorg en thuishulp aan eisen van kwaliteit en beschikbaarheid voldaan worden. Hierbij kan niet op voorhand zonder meer worden aangenomen, dat thuishulp in elk concreet geval beter of goedkoper is (waarbij ik terstond aanteken, dat thuishulp om andere overwegingen toch de voorkeur kan verdienen).

Mijn aldus geschatte aarzelingen bij het eerste uitgangspunt van het rapport staan niet in de weg aan mijn opvatting, dat het maatschappelijk vermogen om mensen in nood te helpen vergroot moet worden. Ik zou echter meer aandacht gegeven hebben aan leefstijlen in brede zin van individuen en groepen, aan de spanning tussen solidariteit en individualisering ook in andere dan inkomenstermen, aan medicalisering en demedicalisering van de samenleving, aan opbouw, behoud en verandering van sociale netwerken, aan opleiding en vorming. Het rapport trekt een te zware wissel op min of meer spontaan sociaal elan voor zelf-, mantel- en vrijwilligershulp. Maar verwerkelijking van een ideaal vergt gestructureerde inspanning en tijd! Indien het waar is, dat aanbod vraag oproept, en ook condities in het leven roept, waaronder vraag ontstaat, dan dient vanuit het uitgangspunt van het rapport thans de hoogste prioriteit gegeven te worden aan een goede financiële en wettelijke structuur voor professionele zorg in het thuismilieu. Dat vergt een 7 × 24 uren bereik- en beschikbaarheid van de daar noodzakelijke zorg: arts (de huisarts met grote diagnostische capaciteiten en voor zover nodig de specialist), kruiswerk, gezinszorg, maatschappelijk werk, fysiotherapeut mét

de vereiste genees-, kunst- en hulpmiddelen en andere materiële voorzieningen zoals een eenvoudig medisch-technologisch instrumentarium. Het rapport had beslist een programma kunnen bieden voor structurele beperking van de kosten van instellings- en ziekenhuisgezondheidszorg ten behoeve van structurele verbetering van thuishulp en thuiszorg. Ik vind het jammer, dat het rapport een dergelijk programma niet aanreikt.

Versterking van de zelf- en mantelzorg wordt wel bevorderd door, maar komt niet tot stand uitsluitend door een beter zorgaanbod in het thuismilieu. Enig flankerend beleid zal te dien aanzien noodzakelijk zijn. Aan de ene kant zal het er om moeten gaan een zekere maatschappelijke mentaliteitsverandering te bewerkstelligen. In dat verband komt het mij voor, dat meer accent gelegd moet worden op leefstijlen dan op bepaalde geprofileerde gezondheidsstijlen (waarin mijns inziens teveel de nadruk ligt op afwijzing van bepaalde medische handelingen zoals in vitro fertilisatie, sterilisatie, abortus provocatus, euthanasie). Aan de andere kant is een goede taakverdeling tussen het thuismilieu en het instellingsmilieu van het grootste belang.

Samenhang in zorg en bekostiging van gezondheidszorg

Een tweede uitgangspunt van het rapport is zoals gezegd een betere samenhang tussen gezondheidszorg, bejaardenzorg, maatschappelijk werk en gezinszorg en tussen daarin te onderscheiden voorzieningen. Wanneer als gevolg van anno 1987 niet meer rationeel te verantwoorden scheidslijnen en onderscheidingen er steeds méér afgestemd en gecoördineerd moet worden enerzijds in de hulpverlening en anderzijds in de planning en financiering, gaat er capaciteit verloren, ook in de administratieve organisatie.

Het uitgangspunt onderschrijf ik ten volle. De zorgstructuur moet een optimaal samenhangend en gecoördineerd systeem vormen, waarin binnen het totale

hulpaanbod de te verlenen hulp zo economisch mogelijk gestalte krijgt. Binnen die zorgstructuur moet de individuele mens centraal staan. In de hulpverlening en de organisatie hiervan dient de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van het individu bevorderd te worden. Dit betekent zoveel mogelijk hulp in het thuismilieu van de individuele mens. De behandel functie in dat milieu behoeft dus versterking.

Bejaardenzorg, gezondheidszorg, gezinszorg en gezondheidszorgelijke vormen van het maatschappelijk werk worden tot een verruimd begrip gezondheidszorg gerekend. Aldus worden vormen van hulpverlening bijeengebracht die tot elkaar in een functionele relatie staan. Door verkokering uit de weg te ruimen zal de zorg meer doelmatig en meer flexibel aan behoeften van degene die een beroep doet op het zorgsysteem kunnen worden aangepast. Verwerkelijking van het tweede uitgangspunt lijkt mij onontkoombaar in het licht van het eerste uitgangspunt.

Van belang is te onderstrepen, dat in de visie van het rapport bejaardenzorg, gezinszorg en maatschappelijk werk met de gezondheidszorg in engere zin in één systeem van financiering en verzekering worden gebracht. Aldus kom ik aan bij het derde uitgangspunt. De financiering van bejaardenzorg, maatschappelijk werk en gezinszorg in het kader van de verzekering geschiedt door overheveling van hierop betrekking hebbende rijksbijdragen aan de verzekeringskassen. Daarbij dient bedacht te worden, dat de capaciteit op de drie genoemde onderdelen van de gezondheidszorg in ruime zin niet begrensd wordt door de omvang van rijksbijdragen. Eenmaal onder de verzekering gebracht, moeten zorgbehoeften in termen van aan de verzekering ontleende individuele rechten gewaardeerd worden. De capaciteit van de zorgverlening dient toereikend te zijn voor de verwerkelijking van die rechten. Gelijk bekend bestaat er tussen capaciteitsbegrenzungen en eenmaal verkregen rechten een niet gemakkelijk oplos-

baar spanningsveld (zie in dit verband bijvoorbeeld de discussie over de omvang van de hulp vanwege een kruisvereniging of vanwege het RIAGG in het kader van de AWBZ, waar rechten niet of niet ten volle of niet tijdig voor alle verzekerden gelijkelijk tot realisatie kunnen komen; kruisvereniging en RIAGG moeten vaak gelet op hun beperkte capaciteit een zekere verdelende rechtvaardigheid gestalte geven jegens degenen die een beroep op deze instellingen doen). Het instrument van verzekering biedt de verzekerden een grotere rechtszekerheid en bewerkstelligt meer solidariteit binnen de kring van verzekerden dan met directe overheidsfinanciering het geval is. Overigens dient bedacht te worden, dat budgettaire, premie- en inkomenspolitieke of andere overwegingen de (deel)financiering door overheveling van rijksbijdragen in gevaar kunnen brengen: rijksbijdragen en zeker de hoogte ervan zijn niet voor reeksen van jaren gegarandeerd! Afschaffing van rijksbijdragen leidt in de regel niet tot zodanige maatregelen, dat dientengevolge noodzakelijk geworden premieverhoging in macro- en micro-termen opweegt tegen een belastingverlaging.

Verzekeringstelsel

Het derde uitgangspunt in het rapport is, dat beïnvloeding van vraag en aanbod in de gezondheidszorg tot stand moet worden gebracht door wijziging van de verzekeringsstructuur. De voor ieder verplichte standaardverzekering en de AWBZ moeten slechts elementaire risico's dekken. De verzekering dient scherpe indicatiestellingen te bevatten voor de verstrekkingen; de behandeling binnen een verstrekking dient genormeerd en geprotocolleerd te worden. Wat buiten het standaardpakket valt komt voor eigen rekening of voor rekening van een vrij stelsel van aanvullende verzekeringen. Vraag naar en aanbod van zorg moeten in een regionaal gedecentraliseerd systeem van afspraken tussen financiers en aanbieders van gezondheidszorg op elkaar worden afgestemd. Aan de zijde

van de verzekeringsinstellingen dient geen contractplicht te bestaan jegens individuele beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Concurrentie aan vraag- en aanbodzijde in termen van dienstverlening, samenstelling van het verzekerde pakket of van het zorgaanbod en prijsstelling dient bevorderd te worden, onder afwijzing van commercialisering. Verzekeringsinstellingen moeten op die punten met elkaar kunnen concurreren; beroepsbeoefenaren en zorginstellingen moeten zich marktgericht opstellen jegens hun financiers. Hoewel deze ideeën mij aanspreken als wegen waarlangs de kosten beheerst, de uitgaven beperkt en ook op termijn het evenwicht tussen inkomsten en uitgaven van de verzekeringsinstellingen gehandhaafd kunnen worden, betwijfel ik of de in het rapport ontworpen structuur hiertoe voldoende geprofileerd is. Een nauwkeuriger analyse van factoren, die de vraag naar en het aanbod van zorg bepalen ware wenselijk geweest. Verbetering van zorg in het thuismilieu en versterking van de behandel functie hierin, een accentverschuiving van intramurale zorg en ziekenhuisgeneeskunde naar thuishulp en thuiszorg leiden niet automatisch tot kostenbesparing. Het systeem van afspraken tussen financiers en aanbieders zal de toegang tot kostbare voorzieningen moeten beperken. De in kostbare voorzieningen gelegen mogelijkheden voor mensen die een zo groot mogelijke zekerheid zoeken voor hun gezondheid en die in toenemende mate kennis hebben van medisch-technologische ontwikkelingen, eisen een precieze afbakening van eerste en tweede lijn en een verantwoorde keuze uit een veelzijdig aanbod in het totaal van de gezondheidszorgvoorzieningen. Hierover zullen in het contractensysteem afspraken moeten worden gemaakt. Het tegengaan van overconsumptie is daarbij een taak van de beroepsbeoefenaar en de instelling ten aanzien van het eigen gezondheidszorgelijk handelen maar ook ten aanzien van de (onbegrensde) vraag naar meer en beter van de

Geen kruid is gewassen tegen de druk nieuwe geneesmiddelen in de verzekering op te nemen.

verzekerde of de patiënt. Wanneer te dien aanzien geen duidelijke normen ontwikkeld worden, zullen beroepsbeoefenaren en instellingen tegen elkaar uitgespeeld worden ('Ik zoek wel een dokter, die mij wel doorstuurt'). Dit klemt temeer, daar er vrijwel geen kruid gewassen is tegen de druk nieuwe geneeskundige mogelijkheden op de markt te brengen en in het verzekerd pakket op te nemen. Het beroepsmatig handelen van hulpverleners en instellingen en de coördinatie daarvan dient dus voorwerp van de overeenkomsten te zijn. Dit vereist zelfkritiek en zelfbewaking en de aanvaarding van een beoordeling van het beroepsmatig handelen van binnenuit én buitenaf. Voorts dient vast te staan dat structurele overcapaciteit op onderdelen van het zorgsysteem wordt teruggebracht tot de vereiste capaciteit. En deze overcapaciteit zal mogelijk toenemen bij een zorgop-maat-systeem met krachtige substitutieprikkels. Redelijkerwijze te stellen eisen van kwaliteit, bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid zullen moeten voorkomen, dat de werking van de markt op het terrein van de gezondheidszorg zou leiden tot een desastreuze concurrentieslag bij verzekeringsinstellingen en beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Er zullen waarborgen geschapen moeten worden voor verantwoorde prijs- en inkomensvorming. Het spel van markt-

krachten mag er niet toe leiden dat elke marktwerking per saldo wordt uitgeschakeld.

Een zwak punt in het rapport is de begrenzing van het standaardpakket. Onder vermelding van een aantal voorbeelden stelt het rapport, dat het standaardverzekeringspakket omstreeks 90% van het huidige ziekenfondspakket moet bevatten (in guldens omgerekend). Omdat een belangrijk deel van de discussie over een nieuw bekostigings- en financieringsstelsel voor de gezondheidszorg zich zal toespitsen op de inhoud van de standaardverzekering had een duidelijke stellingname betrokken moeten worden ten aanzien van de vraag hoe de 90%-begrenzing concreet bereikt moet worden. Dit is des te belangrijker omdat het rapport over de aanvullende verzekering te vaag is: hoe ziet dat pakket eruit, is het verzekerd tegen een redelijke premie, hoe kan worden voorkomen dat risicoselectie aan de zijde van verzekeringsinstellingen optreedt (hetzij door berekening van gezondheidsrisico's per individu, hetzij door premiedifferentiatie, hetzij door de introductie van eigen bijdragen en eigen risico's, hetzij door pakketdifferentiatie).

Organisatorische aspecten

In de organisatorische vormgeving van het nieuwe stelsel zijn de in het rapport aangeduide plaats en taak van nieuwe regionale instituten als de Kamers van Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening mij niet duidelijk geworden. Het zijn overlegorganen, waarin financiers en aanbieders van zorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid aanvaarden voor een adequate zorg-opbouw op regionaal niveau. De noodzaak van regelgeving van overheidswege op dat punt is in het rapport niet aangetoond.

Een tweede kanttekening van organisatorische aard betreft de samenstelling van de Gezondheidsverzekeringsraad. Deze raad moet naar mijn oordeel vooral een adviserende en toezichhoudende taak

hebben; hem komt een schakelfunctie toe tussen enerzijds de wetgever en de overheid en anderzijds de uitvoeringsorganen van de ziektekostenverzekeringen. Taak en functie van zo'n raad vergen een brede deskundigheid, een groot maatschappelijk draagvlak en onafhankelijkheid. Ik meen dat zo'n raad dan ook niet moet worden samengesteld vanuit de verzekeringsinstellingen, aangevuld met kroonleden. Een tripartiete structuur (ondernemers en zelfstandigen, werknemers en kroonleden) lijkt mij meer voor de hand te liggen.

De ontwikkeling van een eigen identiteit van verzekeringsinstellingen naar levens- en wereldbeschouwing, naar gezondheidsstijl (door middel van profilering van de aanvullende verzekering, eigen bijdragen en eigen risico's) vind ik een moeilijk punt. De ervaring zal – denk ik – leren, dat behoudens uitzonderingen de keuze voor een naar levens- en wereldbeschouwing, respectievelijk gezondheidsstijl verankerd pakket eerder door pragmatische, dan door principiële overwegingen van aspirant-verzekerden wordt ingegeven. In de tweede plaats, zo zou ik willen opmerken, spelen wereld- en levensbeschouwing en gezondheidsstijl slechts ten aanzien van beperkte onderdelen van de gezondheidszorgvoorzieningen enige rol van betekenis. Te dien aanzien blijken mensen niet altijd consequent te denken of te handelen (een zekere discrepantie tussen gezondheidsstijl in engere zin en levensstijl in bredere zin). Opvattingen over normen en waarden blijken in de tijd (gelukkig) aan verandering onderhevig te zijn, ook bij individuele mensen. Indien er dan al meer ruimte moet komen in de verzekeringsstructuur voor allerlei pakketdifferentiaties naar levens- en wereldbeschouwing, dient deze naar mijn oordeel bescheiden te zijn. Omdat het verzekeringsstelsel de financiering van de professionele gezondheidszorg bepaalt, kan het niet zo zijn dat betrekkelijk toevallige persoonlijke keuzen van individuen (en individuele of collectieve

veranderingen hierin) gevaren opleveren voor de continuïteit van de zorg, waarvoor op zeker moment de rekening bij de overheid of de samenleving wordt gepresenteerd.

Resteert nog mijn eerdere opmerking, dat de verwijzing in het rapport naar gezondheidsstijlen tot dusverre eerder in negatieve dan in positieve termen is aangegeven. Autoselectie (de individuele keuze bepaalde voorzieningen niet te verzekeren) kan voor groepen van individuen tot onverzekerbaarheid van bepaalde voorzieningen leiden, hetzij door eliminering uit het verzekeringsaanbod, hetzij door praktisch onbetaalbare premies voor 'restantvoorzieningen'.

Blinde vlekken in het rapport

De financiële paragraaf van het rapport is ronduit zwak. Zeker wanneer men de factoren die tot uitgavenstijging leiden en de factoren die een daling van beschikbare middelen tot gevolg hebben in ogenschouw neemt, is het niet zeker tot welke uitkomsten de lijnen van het rapport zullen leiden. Een zekere kwantificering zou een beoordeling van het rapport vereenvoudigd hebben. Ik ben er niet van overtuigd, dat een accent op thuiszorg en thuishulp zonder meer de kostenontwikkeling meer beheersbaar maakt. Dit vergt méér: beoordeling van beroepsmatig handelen en een mentaliteitsverandering in de samenleving. Met het oog hierop zou ik een zekere programmering in de verschuiving van de middelentoedeling in kwantitatieve financiële termen wenselijk hebben gevonden. Ook ontbreekt een goed beeld van de inkomensgevolgen van de voorstellen. Confrontatie van lasten en draagkracht had mijns inziens meer aandacht mogen hebben.

Weinig zegt het rapport over de kwaliteitsontwikkeling in de gezondheidszorg. Met de groei van het aanbod van voorzieningen en van medisch-technologische mogelijkheden en gegeven nieuwe gezondheidsbedreigingen stelt de kwaliteits-

beheersing vragen naar prioriteiten. Maar hoe zou de keuze: 'deze voorziening wordt wel en die voorziening wordt niet verzekerd, respectievelijk gefinancierd', gemaakt moeten worden? Volume-ontwikkeling als gevolg van kwaliteitsontwikkeling is wellicht min of meer te beheersen, maar niet om te buigen.

Weinig zegt het rapport over verbetering van de capaciteitsbenutting. Het rendement van de bestaande voorzieningen is niet optimaal. Vergen de geweldige kosten van materiële voorzieningen geen onorthodoxe oplossingen voor een doelmatige en (ook financieel-economisch) verantwoorde bedrijfsvoering?

Slot

Ik kom tot een afsluiting. Het rapport biedt zeker goede aanknopingspunten voor de praktische politiek vanuit de fundamenteën van de CDA-visie op mens en samenleving. De autonomie van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg krijgt nieuwe kansen. Voor een levensbeschouwelijke of ideële fundering van dat veld is zeker plaats, mits met mate. De politieke overheid treedt in de visie van het rapport tot zekere grenzen terug. Daarbij dient er voor gewaakt te worden, dat het vervangen van formele door meer informele zorgarrangementen in niet-officiële sociale netwerken niet het neveneffect heeft, dat de terugtrekkende overheid verder doordringt in de privé-sfeer van mensen. Ook moet voorkomen worden, dat noodzakelijke zorg object wordt van min of meer vrijblijvende liefdadigheid.

In het rapport valt moeilijk te beoordelen of de structuurverandering in de zorgvernieuwing een redelijke inkomensverdeling aantast. Evenmin is vast te stellen of mensen gelet op het beschikbare aanbod van voorzieningen in het algemeen straks door hun inkomen belemmerd worden die gezondheidszorg te ontvangen, die zij in hun situatie nodig hebben. De aandacht voor samenwerking en taakverdeling enerzijds en voor markt en mededinging anderzijds lijkt mij een goede zaak. Een verbrede solidariteit en eigen verantwoordelijkheid van individuen, groepen en maatschappelijke organisaties vormen een goede inzet voor vernieuwing. Gerechtigheidsvragen behoeven nog uitwerking naar de concrete werkelijkheid.

Voor de praktische politiek komt het aan op de uitwerking van denkbeelden in een programmatische veranderingsaanpak. Daarbij zal blijken dat solidariteit, gerechtigheid en verantwoordelijkheidspreiding meer spanningen opleveren dan het idealisme dat het rapport zeker in de eerste hoofdstukken tentoonspreidt, zou doen vermoeden. Bij de vertaling daarvan in concrete termen van doelmatigheid, kostenbeheersing, kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid zal naar mijn mening vooral gelet moeten worden op de positie van langdurig zieken, bejaarden, vereenzaamden en mensen met lage inkomens.

