

# Denken over een democratische gezondheidszorg

Een kennismaking met de SWB-werkgroep volksgezondheid in de persoon van de voorzitter Simon Groen

door Allan Varkevisser

**D**e Werkgroep Volksgezondheid van het wetenschappelijk bureau heeft in een tweetal geschriften geprobeerd om het democratisch gedachtengoed van de partij toe te passen op het stelsel van de gezondheidszorg. De werkgroep leverde daarmee een unieke prestatie: het wist niet alleen zelfstandig tot een interessante en boeiende publicatie te komen, de door hen geëntameerde discussie over democratisering van de zorg vond uiteindelijk weerklank binnen de hele partij. Reden genoeg om eens nader kennis te maken met het werk en de werkwijze van een SWB-werkgroep middels een kort interview met de voorzitter Simon Groen.

*In 1994 verscheen bij de SWB een cahier van de werkgroep getiteld: 'Denkend over een nieuw stelsel van gezondheidszorg'. Kunt u vertellen hoe dit initiatief tot stand is gekomen?*

We zijn een werkgroep met als thema 'Volksgezondheid' en we proberen een verbinding te leggen tussen fundamentele politieke vragen en de praktische problemen van de gezondheidszorg. De basisfilosofie van de werkgroep is terug te vinden in dat zogenaamde stelselrapport van 1994. Het gaat in dit cahier vooral om het zo democratisch mogelijk maken van de zorg. Elementair daarin is dat we een individugerichte gezondheidszorg voorstaan en niet een gemeenschapsgerichte, zoals bijvoorbeeld Dunning dat deed in zijn toenmalige rapport 'Keuzen in de zorg'. Ook menen we dat het voor een goed functionerende zorg noodzakelijk is meer evenwicht te brengen in de machtsbalans tussen de verschillende actoren. Met actoren bedoelen wij met name de aanbieders van de zorg, de

***Democratische gezondheidszorg is tevens goede en betaalbare gezondheidszorg, volgens sommige leden van de SWB-werkgroep Volksgezondheid.***

***Hoe deze kwaliteiten met elkaar samenhangen hebben zij uitvoerig uiteengezet in twee rapporten. Een portret van een groep bevlogen democraten met een meer dan gemiddelde interesse voor democratie en gezondheidszorg.***

verzekeraars, en de gebruikers, de patiënten. We verwachten veel in positieve zin van het versterken van de patiëntenmacht. De overheid zou in een gedemocratiseerd stelsel vooral de randvoorwaarden moeten bewaken en de spelregels dienen vast te stellen. In de huidige opzet van het stelsel is de overheid nog veel te dirigistisch aanwezig.

Een heet hangijzer, ook in de groep, is altijd het thema van de kosten in de zorg. Sommigen van ons menen dat macrokaders onnodig zijn, als er door een goede machtsverdeling maar voldoende evenwicht ontstaat. Anderen geloven dat de overheid altijd een macrokader zal moeten stellen en het meer de vraag is hoeveel ruimte de spelers in het veld krijgen om binnen de gegeven grenzen hun eigen gang te gaan.

*Het jaar daarop, 1995, verscheen 'Op weg naar een pluriforme gezondheidszorg' met daarin een pleidooi voor het accepteren van niet-conventionele ge-*

*neeswijzen. Hoe verhoudt deze publicatie zich tot de eerdere uitgewerkte democratiseringsgedachte?*

Het past geheel in onze opvattingen van een democratische gezondheidszorg om de patiënt zelf uit te laten maken waar hij zijn heil wil zoeken, zij het onder enkele strikte voorwaarden. Het gaat ons dan om respectievelijk een verantwoordingsplicht van niet-conventionele behandelaars, een verplichting tot het opstellen van toetsbare kwaliteitscriteria, het opstellen van gedragsregels en registratie en dergelijke, en het zo goed mogelijk verbinden van conventioneel en niet-conventioneel geneeskundig handelen.

Het opstellen en presenteren van dit rapport heeft overigens nogal wat voeten in de aarde gehad omdat zowel binnen als buiten de werkgroep grote weerstanden bestaan tegen niet-conventionele geneeswijzen. In hoofdzaak vanwege de moeilijk aantoonbare effectiviteit ervan. We hebben geprobeerd deze valkuil te ontwijken

*Allan Varkevisser is eindredacteur van Idee.*

*Simon Groen is in het dagelijks leven klinisch geriater in het Kennemer Gasthuis te Haarlem.*

door de kwestie van de effectiviteit buiten beschouwing te laten. Dat kun je een zwakte noemen, maar in wezen is de discussie over effectiviteit een andere dan die over het feitelijk gebruik van niet-conventionele geneeswijzen en de controleerbaarheid daarvan. En om dit laatste is het ons toch steeds te doen. Uiteindelijk gaat het ons om een zo groot mogelijke transparantie en controleerbaarheid van de hele zorgverlening rond de patiënt.

*Daarna is het een tijdje stil geworden rondom de werkgroep. Hoe komt dat?*

Dat heeft te maken met de wijze waarop dergelijke zaken zoals zo'n rapport tot stand komen. Als regel gebeurt dit doordat een of meer leden zich daarvoor binnen de werkgroep sterk maken. De werkgroep neemt vervolgens het initiatief over en gaat dan als een klankbord fungeren voor de aanbrengrers van het idee, die vaak zelf de tekst schrijven. Na een langdurig proces van wijzigen en aanpassen komt er dan uiteindelijk een gezamenlijk werkgroepstandpunt tot stand. In wezen zou het beter zijn om na de discussie over het initiatief een projectgroep te formeren die vervolgens planmatig het rapport produceert. We hebben dat ook geprobeerd, maar het blijkt voor ons als betrekkelijk amateuristische vrijwilligers toch lastig om zo'n traject succesvol te doorlopen. Met name door het gebrek aan deskundigheid en ondersteuning op specifieke gebieden. We hebben geprobeerd om dat te ondervangen door externe deskundigen bij de projecten te betrekken, maar tot dusver blijken die relaties toch te vrijblijvend om werkelijk productief te kunnen worden.

*Wat zijn naar de mening van de werkgroep voor de komende jaren de belangrijkste vraagstukken voor de gezondheidszorg?*

Het centrale doel is het toegankelijk houden van noodzakelijke zorg voor alle Nederlanders. Zoals gezegd menen wij dat het een wezenlijk democratisch oogpunt is uit te gaan van de individuele behoefte en deze niet alleen af te meten aan de mate waarin dit bijdraagt aan de mogelijkheid deel te kunnen nemen aan de samenleving. Tot hoever moet de collectieve verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg dan gaan? Dat is een belangrijke politieke vraag. Vooral waar het de verdeling van de kosten betreft. We worden als gemeenschap steeds welvarender, individualistischer en beter opgeleid. In die ontwikkeling past wat ons betreft ook een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Het lijkt dan ook logisch ten aanzien van de preventie en voorzienbare en redelijk betaalbare zorg de burger zelf direct aan te spreken op z'n eigen verantwoordelijkheid. Dat zal ook nodig zijn om de kosten zodanig te beperken dat de chronische en acute curatieve zorg vrij en open toegankelijk blijft. De vergrijzing en het voortschrijden van de medische technologie leiden immers tot een opwaartse druk op de kosten. Ook denken we, evenals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, dat het zinnig is na te denken over wat we nog tot de gezondheidszorg rekenen en wat niet. Maar ook hierbij blijven transparantie en controleer-

## SWB Cahier

Politiek & Cultuur

### Op weg naar een pluriforme gezondheidszorg hebben verschillende visies gevolgen voor de kwaliteit?

### Denkend over een nieuw stelsel van gezondheidszorg een conceptueel model

**Uitgaven van de SWB Werkgroep volksgezondheidszorg  
Verkrijgbaar voor f. 10,- bij de SWB telefoon: 070 - 356.60.41.**

baarheid centraal staan. Voor de maatschappelijke acceptatie van nieuwe zorgarrangementen zal dat van groot belang blijken te zijn. De burger wil weten wat er met zijn geld gebeurt en heeft daar ook recht op.

*Zal deze thematiek in de nabije toekomst ook door de werkgroep nader worden belicht in een rapport?*

Dat is nu moeilijk te voorzien. Maar we blijven zoeken naar mogelijkheden om D66 te voorzien van goed doordachte standpunten op het gebied van de volksgezondheid. ♦