

Keuzen in de zorg anno 2011

Referaat voor de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht.
In reactie op de preadviezen van Jaap Sijmons en Tessa van den Ende

Margo Trappenburg

Dames en heren,

In 1970 gaven wij volgens economen 7,2 % van ons bruto nationaal product uit aan gezondheidszorg. Dat percentage is vervolgens heel lang ongeveer gelijk gebleven of heel licht gestegen tot 8,7 % in 1998.

Bijna dertig jaar van begin jaren zeventig tot eind jaren negentig. Het was de tijd dat Amerikaanse wetenschappers die onverhoeds in Europese ziekenhuizen terechtkwamen horror verhalen vertelden over het schreeuwend gebrek aan luxe en comfort waaronder zij hadden moeten lijden. Nog erger was het lot van Amerikaanse onderzoekers die voor langere tijd in Nederland verbleven en tot hun ontsteltenis ontdekten dat zij hier geen rechtstreekse toegang hadden tot kinderartsen of internisten. Zij moesten in Nederland eerst langs bij een strenge huisarts, die hen doorgaans uitlegde dat de meeste dingen vanzelf overgaan en zo nee, dat ze dan over veertien dagen nog maar eens terug moesten komen. We hadden een sobere publieke sector en we hadden zuinige huisartsen. Bovendien werd de zorg aan alle kanten gebudgetteerd: er waren budgetten voor instellingen, budgetten voor ziekenfondsen en macro budgettaire kaders. Tot ver in de jaren negentig voerden wij diepgaande discussies over grenzen aan de zorg, keuzen in de zorg, over schaarste en selectie. Er werden daarover adviezen en rapporten geschreven door de Nationale raad voor de volksgezondheid, de Gezondheidsraad, de Ziekenhuisraad, de KNMG en door uw eigen Vereniging voor Gezondheidsrecht. Een aantal van die VGR adviezen wordt al genoemd door Sijmons in de inleiding tot zijn preadvies. Ik vond in mijn archief ook nog een prachtig document over selectie op micro-niveau uit 1980. De VGR was indertijd verdeeld over de vraag of artsen, in geval van acute schaarste,

ouders van jonge kinderen zouden mogen voortrekken boven eenzame vrijgezellen.

Er waren destijds twee richtingen in het beleid die lange tijd naast elkaar bestonden. Aan de ene kant waren er al die rapporten over schaarste, grenzen en keuzen in de zorg: het rapport Dunning dat in de preadviezen van vandaag ter sprake komt en het WRR rapport *Volksgezondheidszorg* uit 1997 waar Sijmons naar verwijst.

Aan de andere kant hadden we in 1987 het rapport van de commissie Dekker over marktwerking en alle nota's die daarop volgden. Tussen deze beleidsrichtingen bestond lange tijd een soort strijd die uiteindelijk door de stroming Dekker is gewonnen, wat resulteerde in de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006. Sindsdien gaat het in de politieke discussies en in de beleidsretoriek nog vooral over de rechten van patiënten: op snelle zorg, op effectieve zorg, op aandacht, op maatwerk, op keuzevrijheid.

Patiënten wordt tegenwoordig eindeloos voorgehouden dat zij op hun strepen moeten staan in de zorg, dat ze bewust moeten kiezen, dat ze zich niet met een kluitje in het riet moeten laten sturen.

Zorgverleners wordt een en andermaal ingeprent dat zij vraaggericht moeten handelen, dat zij de patiënt centraal moeten stellen en dat zij ondernemend en innovatief moeten zijn.

Samen met Jolanda Dwarswaard en Medard Hilhorst deed ik de afgelopen jaren onderzoek naar de veranderende beroepsethiek van huisartsen en chirurgen onder invloed van de marktwerking. Wij constateerden dat de zuinige huisarts van vroeger aan het verdwijnen is. Een van onze respondenten legde het uit:

“Als huisarts wil je nog steeds onnodige zorg vermijden. Maar als je een maatschappelijke trend krijgt waarin mensen steeds meer willen, steeds meer vragen, dan zul je als huisarts ook daarin mee moeten gaan. Je kunt niet als enige je poot stijf houden. (...) En dat leidt wel tot medicalisering. En tot onnodige ingrepen.”

Een andere huisarts gaf een voorbeeld.

“bijvoorbeeld bij bloedonderzoek. Vroeger was je dan duidelijk, wat wil je hiermee precies bereiken? Heeft het meerwaarde? Anders heeft het ook geen zin om dat te doen. Nu zeg je wat sneller: oké, de patiënt wil dat. Van mijn bord gaat het niet. Doe je het niet, dan heb je misschien een ontevreden patiënt die weer wegloupt. Ik win er ook niets mee om het niet te doen. Waarvoor zou ik eigenlijk zo streng moeten zijn?”

Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) becijferde dat de huisartsenkosten sinds de introductie van het nieuwe zorgstelsel 17% hoger uitkwamen dan verwacht. In de meest recente OECD-cijfers (2007) is het percentage van het bruto nationaal product dat wordt besteed aan gezondheidszorg opgelopen tot 9,8% (een toename met 1,2% in minder dan tien jaar). Nederland scoort nu hoger dan het OECD gemiddelde dat op 8,9% ligt. Onderzoekers schatten dat het percentage voor 2009 boven de 10% ligt.

De traditionele soberheid in de publieke sector is verdwenen. Zorginstellingen investeren massaal in mooie gebouwen, parkeervoorzieningen, fancy websites, ontvangstbalies en cappuccino's in de wachtkamer. Ik vraag tegenwoordig standaard bij lezingen of iemand in het publiek onlangs nog in een ziekenhuis geweest is dat niet verbouwd wordt en daarop heb ik nog geen enkele positieve reactie gehad, want *alle* Nederlandse ziekenhuizen worden omgebouwd tot zorgpaleizen.

Hoewel de AWBZ niet vermarkt is, is de marktretoriek ook in de *care* dominant geworden. Ook daar gaat het over de rechten van patiënten, over hulp op maat, over vraaggestuurde zorg. Was het vroeger zo dat instellingen een bepaald budget kregen en daarmee hun patiënten-bewoners naar beste vermogen probeerden te helpen (de een wat meer, de ander wat minder, afhankelijk van de toestand van de bewoners), tegenwoordig zijn er individu gebonden zorgbudgetten. Hulpverleners moeten nauwkeurig registreren aan wie zij welk stukje zorg, welk telefoontje, welk mailtje en welk overleg hebben besteed en dat moet dan precies worden verantwoord en verdisconteerd in het zorgzwaartepakket van de betreffende bewoner.

De ideologie van de autonomie en de individuele keuzevrijheid decreteert bovendien dat we allemaal zo lang mogelijk in een eigen huis moeten kunnen wonen, zodat we niet hoeven lijden onder de mensonterende narigheid van verpleeg- en verzorgingshuizen of grootschalige instellingen. Tenzij we daar zelf voor kiezen natuurlijk, maar dat doen we niet. We zijn wel wijzer.

In de publieke discussie gaat het over rechten, autonomie en de kwaliteit van zorg, niet of hoogst zelden over solidariteit en oplopende kosten. Als er op tv een reportage is over een volkomen onhandelbare verstandelijk gehandicapte jongen, dan vinden we het onmenselijk dat Brandon een deel van de dag vastgebonden zit. Niemand vraagt zich af het zou kosten om permanent twee hulpverleners rond te laten lopen om te voorkomen dat deze jongen zijn kamer verbouwt, medebewoners in de instelling molesteert of een auto in de hems steekt. Niemand vraagt zich af of we dat er voor over hebben, want dat is blijkbaar “uiteraard” het geval.

Journaliste Stella Braam schreef een boekje over haar hoogbejaarde moeder, die een herseninfarct kreeg en nog een flink aantal andere ouderdomskwalen. Moeder Braam wil niet naar een verpleeghuis, maar ze heeft permanent toezicht nodig en dus heeft zij, aldus haar dochter, recht op 24-uurs zorg in eigen huis. Vierentwintig-uurszorg aan huis! Toen de Raad voor Volksgezondheid en Zorg voorzichtig suggereerde dat er misschien een grens zou moeten zijn aan wat thuiszorg mag kosten, omdat je op zeker moment toch ook zou kunnen worden opgenomen overheerste de verontwaardiging. Als mensen niet naar een instelling willen, of niet willen dat hun kind of hun ouder daar terecht komt, dan is dat een legitieme keuze die we zouden moeten respecteren, ongeacht de kosten. Dat lijkt de teneur in de publieke discussie.

Het is de grote verdienste van de preadviezen van Sijmons en van den Ende dat ze heel goed en heel gedetailleerd laten zien dat er naast die dominante beleidsretoriek over autonome keuzevrijheid en patiëntenrechten nog steeds een ongehoord complex systeem bestaat van tariefstelling en budgettering in de *cure* en indicatiestelling in de *care*. Beide auteurs trekken daar vervolgens echter wel heel verschillende conclusies uit.

Sijmons vindt dat budgettering en tariefstelling niet thuishoren in een marktgestuurd zorgsysteem en de zegenende werking van dat systeem in de weg staan. Hij meent dat we af moeten van deze “oneigenlijke” en “ondoelmatige” beleidsinstrumenten. Volgens hem zijn we gewoon bereid met z’n allen te betalen voor alles wat iedereen maar wil hebben en mocht dit op zeker moment toch anders zijn, dan “zal de wal het schip wel keren”. Voor dat laatste ben ik veel banger dan hij. Ik denk dat er, als we afstappen van tariefstelling en budgettering, helemaal geen rem meer zit op onze zorguitgaven. Patiënten willen vanouds al van alles en nog wat aan preventief onderzoek en niet strikt nodige behandelingen. Dokters zijn in een marktgestuurd systeem geneigd met hen mee te denken, dus er zal een moment komen waarop we het toch bizar gaan vinden om met z’n allen te betalen voor de in aanbouw zijnde zorgpaleizen en voor alle onderzoekjes en behandelingen die volgens de ouderwertse huisartsenwijsheid helemaal niet nodig zijn. Gezien de logica van de Zorgverzekeringswet komen we op dat moment terecht bij maatregelen die de in de wet ingebouwde solidariteit tussen arm en rijk zullen aantasten. We zullen het basispakket kleiner gaan maken en meer zorg verbannen naar het aanvullende pakket. Of we gaan de zorgtoeslag beperken. Of we gaan steeds meer eigen risico’s en eigen bijdragen invoeren. Allemaal maatregelen waarvan de sociaal-economisch lagere klassen (niet toevallig ook degenen met een slechtere gezondheid) de dupe zullen worden.

Van den Ende vindt dat we in de *care* een discussie moeten over prioritering en positionering, los van het huidige care pakket. Daar ben ik het helemaal mee eens. Wat we nodig hebben in de *care* is een nieuwe visie op instellingszorg. We hebben mensen nodig zoals Henk Becker van Humanitas, die van de humanitas instellingen woonvormen heeft gemaakt waar je als bejaarde, enigszins hulpbehoevende burger graag wilt verblijven, omdat er wat te doen is, wat te zien is en omdat ze het er niet zo nauw nemen met inspectieregels over hygiëne en veiligheid. We moeten proberen om instellingen leuker te maken, door er niet pas naar toe te verhuizen in opperste nood, als het echt niet anders kan en we er heel zelig aan toe zijn.

Als er in instellingen ook mensen wonen met wie het nog niet zo slecht gaat kan het personeel het leven daar veel leuker en interessanter maken. Wat geldt voor ouderen geldt ook voor mensen met een verstandelijke beperking. Waarom moeten die verstandelijk gehandicapten per se in een gewone woonwijk wonen, waar ze nauwelijks aanspraak hebben, in hun bewegingsvrijheid beperkt worden omdat het verkeer te druk voor hen is, maar waar ze als ultiem hoogtepunt van maatschappelijke integratie in het gewone leven drie keer per week onder begeleiding boodschappen mogen doen bij de bakker? Wat is er mis met een mooie instelling in de bossen, waar je vrijuit kunt fietsen en wandelen? Als je niet alleen de allerswaarst gehandicapten in een instelling laat verblijven kun je van die instelling een woonoord maken waar van alles te doen valt, op ieder niveau. Eten koken, appels plukken, onkruid wieden, wc's schoonmaken, uitjes verzinnen en organiseren, deuren verven en schuren opruimen. We zouden instellingen moeten hebben die veel leuker en gezelliger zijn dan vierentwintig-uurszorg aan huis en we moeten met elkaar gaan verzinnen hoe we die betaalbaar en voor iedereen toegankelijk kunnen houden.

Ik zou willen voorstellen dat we voor de *cure* onze oude rapporten over zinnig en zuinig met zorg gaan herlezen en herwaarderen. Voor de *care* zal dat niet genoeg zijn, want onze oude rapporten gingen voor het overgrote deel over de *cure*. Voor de *care* hebben we een nieuwe commissie Dunning nodig en ik zou zeggen dat Tessa van den Ende een van de leden zou moeten zijn.

Dank u wel.