

Een brug tussen marktgerichte en menswaardige gezondheidszorg?

Om te antwoorden op de bovengestelde vraag zou men primair kunnen beweren, dat er helemaal geen brug tussen de menswaardige en de marktgerichte gezondheidszorg kan bestaan, omdat zij van twee diametraal tegenovergestelde mensvisies uitgaan.

De menswaardige gezondheidszorg gaat uit van het basis principe dat het leven van de menselijke persoon een **intrinsiek** goed is, dus **een subject** is, en daarom volledig beschermd moet worden met liefde, solidariteit en vertrouwen tot de medemens als uitingsvorm.

Tegenovergesteld daaraan staat de marktgerichte gezondheidszorg met zijn basis principe dat het leven van de menselijke persoon een **extrinsiek** goed is, daarom **een object** is. De menselijke persoon wordt dientengevolge geïnstrumentaliseerd met criteria zoals “kwaliteit van leven” en “Quality” als beslissende parameters. Deze vinden hun oorsprong in het autonome denken van de mens, die inherent daaraan, het zelfbeschikkingsrecht over het leven als een verworven recht beschouwt.

Het autonome denken van de mens met zijn recht tot zelfbeschikking komen tot uiting in het economisch utilitaristisch denkpatroon met vraag en aanbod en de kosten–baten analyse als altoverheersend mantra. Efficiëntie, effectiviteit, concurrentie, marktwerking, commercialisering, etc. zijn daar binnen de gezondheidszorg uitdrukkingen van.

Aan het eind van mijn lezing wil ik trachten U een paar aanbevelingen te doen en handvatten te geven om binnen de marktgerichte gezondheidszorg toch de mogelijkheid te krijgen menswaardige uitingsvormen te creëren. “Zorg met maat en met een gelaat”.

Technische uitleg geven met betrekking tot de bijzonderheden uitgaande van het nieuwe zorgstelsel wil ik doen. Wel wil ik dieper ingaan op het denkpatroon, waar deze fundamentele denkomslag binnen de gezondheidszorg aan ten grondslag ligt. Daar komen allerlei termen en definities in voor, die om nadere uitleg vragen met de bedoeling überhaupt inzicht te krijgen, waar het nieuwe zorgstelsel op is gebaseerd. Er ligt wel degelijk een duidelijk causaal verband tussen het denkpatroon, dat reeds in de zestiger jaren van de vorige eeuw in de V.S. binnen de samenleving is geïntroduceerd, in de tachtiger jaren naar

Nederland is overgewaaid en de introductie van het nieuwe zorgstelsel begin volgend jaar als laatste doorvoering.

Van welke filosofie gaat dit zorgstelsel uit? Waar ligt de oorsprong van deze denkomslag?

We praten binnen het nieuwe zorgstelsel namelijk over kwaliteit, product, klant, bedrijf, No claim, eigen risico, allemaal termen, die men ook kan toepassen op de automobielbranche, waar dit denkpatroon vandaan komt en waar zij op is gebaseerd.

Waar blijft de menselijke persoon in zijn eenmalige en unieke waardigheid binnen dit nieuwe zorgstelsel?

Graag wil ik daar dan ook nader op ingaan.

1. Kwaliteit van leven

Weinig uitdrukkingen hebben binnen de gezondheidszorg een zodanige grote impact gehad als het begrip **kwaliteit van leven**. Om dit te kunnen begrijpen en te verklaren moet men eerst de oorsprong en de ontwikkeling van dit begrip kennen en doorzien en in welke culturele denkomslag men dit begrip moet plaatsen. Lyndon B. Johnson, de vroegere president van de Verenigde Staten, is in het midden van de zestiger jaren begonnen de doelen, die nagestreefd moesten worden, niet langer uit te drukken in termen van geld c.q. kwantiteit, maar in termen van kwaliteit van leven. Sindsdien heeft dit begrip veel invloed gekregen binnen sociaal-politieke en sociaal-economische structuren met de bedoeling hindernissen op de weg naar de toekomst te overbruggen. Dit begrip drukte iets totaal nieuws uit; de samenleving moest een hoger doel nastreven dan tot nu toe. Het was niet genoeg een minimaal levensniveau te garanderen in relatie tot het toenemende economisch welzijn van de bevolking. Het geluk hing, zei men, niet alleen af van welzijn of bezit in kwantitatieve zin. Parallel aan de relatie tussen kwantiteit en kwaliteit en welzijn en geluk ging men een verband leggen tussen noden en behoeften enerzijds en wensen en verlangens anderzijds. Een samenleving, die het ideaal van de economische of technologische ontwikkeling stimuleert, vindt dat, indien de basale noden en behoeften in kwantitatieve zin zijn verzadigd, men verder moet gaan en moet proberen wensen en aspiraties van zichzelf in kwalitatieve zin te bevredigen en te verwezenlijken. Maar op dit punt beginnen de moeilijkheden. Aan noden kan worden voldaan, maar niets is zo subjectief als het stellen van limieten aan wensen en verlangens. Daar komt nog bij, dat als de wensen dusdanig boven de behoeften uitstijgen omdat deze verzadigd zijn, de zogenaamde “ontevredenheidscoëfficiënt”

toeneemt. Uit bevredigde wensen komen andere wensen voort binnen een samenleving, die steeds meer worden gekenmerkt door economische belangen, waardoor een zekere overdaad en weelde gaat ontstaan en een tweedeling in de maatschappij daarvan het gevolg is. Derhalve krijgt de term kwaliteit van leven in samenhang met de onmogelijkheid om aan alle wensen van het economische en materialistische welzijn te voldoen een andere connotatie. Bovenal een connotatie van personalistische aard die te maken heeft met zelfgemaakte waarden en normen. In deze context wordt de link gelegd tussen kwaliteit van leven en de behoefte aan een sociale rol voor iedereen, in economisch, cultureel en ecologisch gebonden opzicht. Binnen dit gedachtegoed van onafhankelijkheid en autonomie in allerlei vormen van leven, is de mens zelf de schepper, de beheerder van alle bronnen, ergo de basis van de filosofie van het autonome denken en het zelfbeschikkingsrecht. De crisis van de huidige welvaartsstaat moet in dit filosofische denkpatroon gevonden worden, hetgeen binnen de samenleving tot uiting komt in het onvermogen om onderlinge solidariteit, fairness en vrijheid van de burger te verenigen en elkaar daarin te ondersteunen.

Binnen de gezondheidszorg hebben daardoor twee factoren de ontwikkeling van het begrip “kwaliteit van leven” begunstigd:

1. De economische en sociale ontwikkeling na de Tweede Wereldoorlog in de westerse samenleving.
2. De wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen op medisch gebied.

Op medisch gebied heeft een soortgelijke ontwikkeling plaatsgevonden als op sociaal-economisch vlak. De geneeskunde heeft bijvoorbeeld infectieziekten overwonnen en de gemiddelde leeftijd van de mensen weten te verhogen en heeft op die manier in de behandeling van patiënten een revolutionaire beweging op gang gebracht.

Tegelijkertijd is een tweede revolutionaire beweging succesvol op gang gebracht in de biologische sfeer van revolutionair genetisch onderzoek, waardoor de mogelijkheid ontstond om bijvoorbeeld erfelijke ziektes en kanker te behandelen en zelfs voor de toekomst het leven van de mens te beïnvloeden. De geneeskunde is daardoor zijn successen niet alleen gaan beoordelen in kwantitatief opzicht, maar wil ook bijdragen aan de kwaliteit van leven. Door voornoemde successen en de daaruit voortvloeiende specialisering op medisch gebied, is het begrip “kwaliteit van leven” een belangrijke rol gaan spelen, niet alleen in relatie tot therapeutische en/of symptomatische beslissingen bij ongeneeslijke zieken, maar ook bij beslissingen die genomen zouden moeten worden in relatie tot pré- of neonataal leven, zorg en behandeling van ouderen, palliatieve behandelingen, hygiëne en de collectieve volksgezondheid.

Elk specialisme verlangt een parameter voor de kwaliteit van het leven, gekoppeld aan de parameter van de kwaliteit van de toegepaste behandelingen en de kosten, die daaraan verbonden zijn. De moeilijkheden beginnen echter bij het definiëren van de objectieve en subjectieve criteria met betrekking tot het begrip kwaliteit van leven. De vraag is, of men de individuele mens als een personalistische eenheid in lichamelijk en geestelijk opzicht (het leven van de menselijke persoon als intrinsiek goed) wil zien of dat men deze van elkaar scheidt (het leven van de menselijke persoon als extrinsiek goed).

De arts mag kwalitatief een objectief oordeel willen en kunnen uitspreken over het lichamelijke welbevinden van de patiënt, de patiënt zelf is echter de enige persoon, die in staat is om vrij over zijn geestelijk welbevinden een oordeel te geven. Dat heeft te maken met leeftijd, gewoonten, de cultuur waarin hij leeft, de godsdienst, maar ook met de ernst van de ziekte. Men is echter tegenwoordig van mening dat men op geleide van schalen en methodes, een oordeel kan en mag uitspreken, betreffende de kwaliteit van de mens in relatie tot zowel zijn lichamelijk als zijn geestelijk welzijn. Dit doet men concreet door gebruik te maken van **Qualy's**¹ (onder geen beding "een waardevrij en neutraal criterium"). Het ideologische gebruik van het begrip kwaliteit van leven heeft in relatie tot het utilitarisme de laatste 20 jaar een duidelijke stempel gedrukt op het handelen van de autonome mens, die zelf over zijn leven wil beschikken en over dat van de anderen. Men laat niet alleen behandelingen achterwege, maar gaat ook over tot het actief beëindigen van het leven, omdat het niet langer verenigbaar is met de kwaliteit van leven. Het niet meer in staat zijn zelfstandig te handelen of de aanwezigheid van pijn worden daarbij als beslissende factoren beschouwd;

3. Kwaliteitsdenken en marktwerking

Het kwaliteitsdenken zoals het is ontstaan in de industrie, heeft een grote invloed gehad op het kwaliteitsdenken in de huidige gezondheidszorg. Van oudsher werd een ziekenhuis voornamelijk door artsen en verpleegkundigen georganiseerd die, vanuit hun roeping en met de nodige professionaliteit, zorg boden aan de patiënten. Dit was logisch,

¹ Qualy's zijn parameters, waarbij de effectiviteit van de kosten in verhouding tot de behandeling kan worden gemeten. "Qualy's" zijn puur economische parameters, die op het **kosten - batensysteem** en de wet van **vraag en aanbod** zijn gebaseerd en die de gebruikte middelen en toegepaste behandelingen bezien in verhouding tot het nut, welke die middelen en behandelingen opbrengen en de financiële mogelijkheden, die daarvoor geboden worden. Deze uitingen vinden hun oorsprong in het utilitarisme ofwel het nuttigheidsprincipe.

want zij gaven richting aan de kernactiviteiten van het ziekenhuis. De patiënt kwam hiervoor naar het ziekenhuis.

Midden tachtiger jaren is het denkpatroon binnen de gezondheidszorg echter langzamerhand fundamenteel veranderd en diametraal komen te staan tegenover het eerdere denkpatroon. De patiënt is “klant” c.q. “cliënt”, het ziekenhuis een “bedrijf” en de zorg een “product” geworden.

De Trias: “klant-product-bedrijf heeft zijn intrede gedaan. Door gebruik te maken van economische en kwalitatieve criteria willen ziekenhuizen daardoor meer “klant” gericht gaan werken, waarbij het begrip “klant” als volgt wordt gedefinieerd: “een klant is een ieder, die een product of dienst ontvangt”. De patiënt, de zorgverlener, de zorginstelling, de collega-instellingen, de zorgverzekeraar zijn tevens allemaal klanten van elkaar. Men wil daardoor een gelijkheid (niet te verwarren met de gelijkwaardigheid) benadrukken tussen de patiënt en de zorgverlener.

Bij de presentatie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen werd een zorginstelling door een oud-generaal uit de V.S. vergeleken met een autofabriek die een auto met een, volgens het bedrijf, optimale kwaliteit aan de klant aanbiedt, waarbij de klant zelf ook optimale kwaliteit verwacht van de leverancier. Daardoor kunnen de kwaliteitsopvattingen van de leverancier en de klant, als gelijke en onafhankelijke personen met elkaar overeenstemmen, maar ook van elkaar verschillen. De klant kan de auto kopen maar hij kan ook naar een ander bedrijf (concurrentie) stappen en daar de, voor hem, kwalitatief optimale auto kopen. Binnen de gezondheidszorg, opgevat als facilitair bedrijf, is de te verlenen zorg tot op zekere hoogte te vergelijken met het product van de autofabrikant. De zorg wordt het aan de klant geleverde product, de klanten zijn zowel de zorgontvanger als de zorgaanbieder met gelijke rechten en de zorgaanbieder is de autodealer.

Vanaf 2006 wordt, als men het patroon van het kwaliteitsdenken vervolgt, de verzekering bij het voorafgaande geïntroduceerd en in het ziektekosten verzekeringspakket opgenomen. De no-claim en het eigen risico doen zijn intrede. Het “plaatje” wordt steeds “vollediger”. (Kan men de zorg voor de menselijke persoon in dezelfde mate verzekeren in vergelijking tot het product van een auto?).

Zowel de patiënt als de zorgverlener moeten als klant autonoom en vanuit hun zelfbeschikkingsrecht in staat zijn om te kiezen, welk product zij geleverd willen zien respectievelijk willen leveren. Tegelijkertijd treedt bij het spreken over 'klant' een verzakelijking en objectivering van de mens op in de verhouding tussen de patiënt en de zorgverlener. Evenals bij de eerder genoemde auto het geval is, hoeven de kwaliteit van de geleverde zorg door de zorgverlener en de door de “klant” verwachte kwaliteit van de geleverde zorg elkaar niet te dekken. De mogelijkheid

bestaat, dat de kwaliteitscriteria van de arts niet met die van de patiënt overeenkomen. Men moet zich überhaupt de vraag stellen, of een patiënt, die in een afhankelijke positie verkeert en derhalve niet vrij en onafhankelijk kan beslissen en niet precies weet wat zijn ziekte of aandoening impliceert, in staat is om te beoordelen welke kwaliteit van zorg hij kan verwachten.

Dezelfde vraag kan men stellen in het kader van de veranderingen binnen het zorgstelsel 2006. Kan een patiënt wel in volledige vrijheid en onafhankelijkheid uit een voor hem optimale ziektekostenverzekering kiezen? Kan hij daarenboven tegelijkertijd een vrije arts - of ziekenhuiskeuze maken? Kan hij beoordelen wat een goede, dekkende ziektekostenverzekering voor hem is? Is het financieel op te brengen? Hij kan niet voorzien of de verzekering wel een dekking blijft voor eventuele toekomstige veranderingen binnen zijn gezondheid. Omdat vanuit de huidige economische situatie de behoefte aan kostenbeheersing binnen de gezondheidszorg bestond heeft de overheid de nieuwe zorgwet geïntroduceerd en hebben de zorgverzekeraars vanaf 2006 de taak gekregen om te zorgen voor een goede en eerlijke voorlichting van het product c.q. zorg, passend bij de levensstandaard van de bevolking en bestaande uit een geschikt aanbod van middelen. Hiertoe eisen de overheid en de zorgverzekeraars, dat zorginstellingen actief aandacht besteden aan klantgericht werken, aan efficiency en effectiviteit binnen de zorg. Om in het kader van de kwaliteitsnormen concurrerend te kunnen zijn ten opzichte van elkaar zijn de zorginstellingen daardoor zeer gemotiveerd om binnen de Kwaliteitswet Zorginstellingen invulling te geven aan het Integraal Kwaliteit Management en te voldoen aan de **prestatie-indicatoren**². Men vindt het belangrijker dat sturing plaatsvindt op basis van feiten (Meten is weten is kwaliteit: de "Quality" is de kennis)) dan op basis van meningen en overtuigingen.

In tegenstelling tot de kwaliteitswet door de overheid, is de zorgaanbieder (dus zowel de zorginstelling als de zorgverzekeraar) zelf verantwoordelijk voor de geleverde zorg, die door de wet als norm wordt gesteld en de graadmeter wordt.

Zij formuleren daarbij zelf het niveau van de verantwoorde zorg binnen professionele standaarden zoals protocollen, werkprocessen, procedures, gedragscodes.

Naast de mondigheid van de klant en het beleid van de overheid is de organisatie van de ziekenhuizen de laatste jaren complexer geworden.

² Prestatie indicatoren geven een afstandelijk beeld van de zorg die geboden wordt. Het toont gegevens van een instelling of bijv. een hartfalenpoli aanwezig is, of er ondervoeding in een verpleegtehuis is.

Niet alleen vinden meer soorten behandelingen plaats, maar deze zijn ook veel gevarieerder en meer specialistisch geworden. De apparatuur is geavanceerder geworden en mogelijkheden om patiënten te behandelen zijn sterk toegenomen. Het management had daardoor behoefte aan een strategie om enerzijds om te kunnen gaan met deze toenemende complexiteit en anderzijds om een doelmatigere verdeling van middelen te vinden. De budgettering en de kostenbeheersing kregen een prominente rol.

Na eerst in dit kader de “Producttypering ” te hebben gerealiseerd werd de “**Diagnose Behandel Combinatie**”⁴ door de artsverenigingen bij het ministerie van VWS geïntroduceerd. Zij wilden op die manier een bijdrage leveren aan de kostenbeheersing binnen de reguliere gezondheidszorg.

Naast het argument van kostenbeheersing gaat de overheid begin 2006 tevens **privatisering en marktwerking** binnen de gezondheidszorg introduceren, om zodoende concurrentie tussen, commercialisering van en efficiency en effectiviteit van zorg binnen de reguliere zorginstellingen te bewerkstelligen. De financiering komt daarbij in handen van de ziektekostenverzekeraars te liggen, waarbij de overheid zich ten gevolge daarvan gedeeltelijk gaat terugtrekken. “De tucht van de markt moet heilzaam werk verrichten”.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is al langer een groot voorstander van meer marktwerking binnen de “bezadigde” wereld van de reguliere overheidsinstellingen, c.q. de collectieve sector.

Als eerste voorbeeld kan men eind negentiger jaren de tientallen particuliere thuiszorgorganisaties noemen, die tijdens het eerste paarse kabinet reeds erkenning en een A.W.B.Z.-budget kregen

De gevestigde overheidsinstellingen moesten daardoor een deel van hun budget inleveren ten behoeve van de nieuwkomers, die uiteindelijk, zoals het de markt betaamt, onderling moesten concurreren op prijs en kwaliteit. Men trachtte klant - (dus niet patiënt -) vriendelijkheid te creëren, flexibeler te werken en, naar men dacht, een grotere keuzevrijheid voor de patiënt daarvoor te bereiken. De reguliere c.q. de collectieve, sector binnen de thuiszorg moest daardoor wegens een krapper budget bezuinigen, waardoor de patiënt thuis met “stopwatchzorg” te maken kreeg. Er moest vanuit de concurrentie gedachte efficiënter en effectiever worden gewerkt.

⁴ De “DBC” staat voor diagnose behandel combinatie. Een DBC bestaat uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt. Met andere woorden: wanneer U en met een gezondheidsklacht naar het ziekenhuis gaat, wordt er een diagnose gesteld en daaruit volgt een behandeling. Elke combinatie heeft een unieke DBC-code en een eigen tarief.

Enkel de basale lichamelijke verzorging kwam dientengevolge aan bod, voor het tonen van solidariteit, vertrouwen en aandacht, die veel essentiëler zijn was geen tijd. . De marktwerking werd toen al, weliswaar in een experimenteel stadium en als proefballon, een feit.

Het voornoemde nogmaals kort samenvattend, kan men stellen dat de volgende fenomenen aan de huidige gezondheidszorg en aan het toekomstige zorgstelsel ten grondslag liggen:

- **Kwaliteitsdenken**, gekoppeld aan klant, product, bedrijf, efficiency, effectiviteit, , prestatie-indicatoren.
- **Kwaliteit van leven**, voortgekomen uit de ethiek van de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de mens en geleid hebbende tot het utilitaristisch handelen binnen de huidige reguliere gezondheidszorg en het toekomstige zorgstelsel.
- **Marktwerking**. Deze vormt samen met de concurrentie en de commercialisering binnen de gezondheidszorg het uitgangspunt van het toekomstige zorgstelsel.

4. Analyse en toekomstige ontwikkelingen.

1. Omdat de technische ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg een grote vlucht blijven nemen en de bevolking steeds grotere eisen en wensen blijft stellen, moeten steeds meer financiële middelen ter beschikking worden gesteld, om deze mogelijk te maken.
2. In de loop van de tijd hebben de wensen en verlangens van de bevolking met betrekking tot de gezondheidszorg steeds hogere proporties aangenomen, waardoor het ten eerste voor de overheid steeds moeilijker wordt financieel aan die wensen en verlangens te voldoen. Ten tweede wordt de overheid door het Verdrag van Maastricht gedwongen om het financieringstekort niet boven de 3% uit te laten komen, waardoor zij prioriteiten moet gaan stellen om aan die criteria te voldoen. Er werd direct na de ratificatie besloten om te korten op de uitgaven binnen de gezondheidszorg, ondanks het feit, dat er al een eigen bijdrage was geïntroduceerd. Ten derde bestaat er een zekere obsessie om fundamentele financiële veranderingen in het kader van de kostenbeheersing binnen de gezondheidszorg door te voeren.
3. Er bestaat een onvermogen onder politici, economen en ethici om met elkaar in debat te gaan over de toekomst van de gezondheidszorg.
4. Omdat het welzijn van de burger vanuit de hedendaagse neoliberale visie een utilitaristische functie heeft van economische voorspoed, die in de uitbreiding van de marktrelaties verankerd ligt, zal de echte

prioriteit van de politiek daardoor liggen in het zeker stellen van het volledig samengaan van voorwaarden voor de bloei van de markt binnen de samenleving en de verlangens van de burgers, die zich dat financieel kunnen veroorloven. Om vanuit deze gedachte de sociale welvaartsstaat als een beletsel in de economische ontwikkeling te zien is maar een kleine stap. Vandaar dat men zegt, dat de politiek zich alleen maar zou moeten bezig houden met diegenen, die marginaal in de samenleving leven, en diegenen, die achtergebleven zijn in de mededingingsstrijd om de voorspoed. De anderen, die wel binnen de visuele cirkel van de economische groei verblijven, zullen zich van zelf blijven indekken binnen het systeem van de verzekeringen. Daarom gaat het argument totaal mank, dat de overvloedige uitbreiding op het gebied van de markteconomie het welzijn van iedereen vergroot.

5. “De invoering van meer marktwerking, vereist ook meer openheid voor de zorgverzekeraars. Zij moeten slecht presterende instellingen links kunnen laten liggen. Als het nieuwe zorgstelsel ingaat, contracteren verzekeraars nog vrijwel alle ziekenhuizen. Nu hebben ze ook nog weinig inzicht in de kwaliteit en de prestaties van de geleverde zorg”. “Verzekeraars concurreren het eerst jaar heel beperkt op kwaliteit. De verwachting is, dat zij later minder ziekenhuizen contracteren. Dat zal gelijke tred houden met het transparanter worden van de markt. Hoe meer openheid, des te selectiever verzekeraars zorg inkopen”⁵.
6. “Een zorgrelatie is geen handelscontract”⁶, maar een relatie, waar een sfeer van vertrouwen en solidariteit moet heersen en geen angst en afstandelijkheid. Het gevaar dreigt van het virus van “cijferfetisjisme” en de “doorloop van beoordelingsmechanismen”.
7. In de financiering zien we, mede onder invloed van de privatisering, een grotere spanning optreden tussen het beginsel van solidariteit (met risicodeling achteraf) en het beginsel van de verzekering (met risicodeling vooraf), dus de autonomie en de individualiteit.
8. Door de bureaucrativering krijgt de patiënt het idee herleid te worden tot een dossier of een computermodel.
9. De gezondheidszorg, waar 46 miljard Euro per jaar in omgaat, is binnen de welvaartstaat een sector met een asymmetrisch model. Omdat zij moeilijk te beheersen is, is zij niet in staat systematische informatie te geven met als doel een duidelijk inzicht te verkrijgen in de financiële voorzieningen. Tegelijkertijd hangt het samen met de karaktereigenschappen van de producten die geleverd worden aan

⁵ NRC Handelsblad 11 November 2005: “Prestatiemetingen moeten openheid brengen in de zorg”.

⁶ NRC Handelsblad 6 November 2005. Prof. Schuyt. “Wij zijn niet onverwoestbaar maar kwetsbaar, een zorgrelatie is geen handelcontract”.

de klanten, niet alleen ten behoeve van hun eigen gezondheid, maar ook tegemoet komend aan persoonlijke wensen en verlangens van hen.

10. De toekomstige zorgverzekering, die gemanaged gaat worden door onpersoonlijke en grootschalige particuliere zorgverzekeringsmaatschappijen gaat uit van de vraag die de verzekerde heeft en dus niet meer van het aanbod, welke hem door de reguliere gezondheidszorg werd aangeboden. De zorg c.q. het product wordt gecommmercialiseerd en vergeleken met een bedrijf, waar vraag en aanbod de regel zijn. 10% van de DBC's, die door de ziekenhuizen met de verzekeringsmaatschappijen zijn overeengekomen, worden geheel door de marktwerking gereguleerd. De resterende 90% worden qua prijs door de overheid vastgesteld, maar kunnen door de ziekenhuizen individueel worden aangepast om ze daarna als product aan de verzekeringsmaatschappijen aan te bieden.
11. Kwaliteit - en prestatie - indicatoren worden als toetsing beschouwd en zullen worden meegenomen in de eindbeoordeling en het contract tussen de ziektekostenverzekeraars en de zorginstellingen. Alle spelers in de gezondheidszorg zijn inmiddels aan het polderen over de vraag, hoe er meer meetinstrumenten kunnen worden ontwikkeld, die op elkaar aansluiten. Zij moeten in de loop van 2006 en 2007 beschikbaar komen. De huisarts moet net zo zeer zijn gegevens openbaar maken als de gehandicaptenzorg. Niet alleen de instellingen moeten met gedetailleerde informatie komen, ook worden de ervaringen van patiënten gevraagd. Men kan denken aan de publicatie van de prestatie-indicatoren, zoals jaarlijks terug te vinden in het Elsevier en het Algemeen Dagblad. De solidariteit en het vertrouwen binnen de arts – patiënt relatie kunnen daarin echter in het geheel niet worden aangetoond.
12. Wat is de rol van de medische adviseur van de verzekeringsmaatschappij? En wat voor invloed heeft dat op de behandeling van een zieke? Gaat de prijs van het medicament c.q. de behandeling die nodig is bepaald worden door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar of mag de behandelaar deze blijven bepalen? Wat is in deze de rol van de Zorgautoriteit i.o.?
13. Door de rol van de zorgverzekeraars is het risico aanwezig, dat het premie-element binnen de verzekering het solidariteitselement zal gaan wegdrücken, en dat de prijs van de nominale premie en de aanvullende verzekering telkens naar boven zal moeten worden bijgesteld. De rol van de verzekeraars zal gelijktijdig alleen nog maar groeien, nu zij in de nieuwe zorgverzekeringswet een centrale rol krijgen als inkoper van ziekenhuisbedden en medische hulp. De

verzekeraars moeten daardoor met elkaar wedijveren om de klandizie van alle Nederlanders. Om hun kosten te drukken, en zo hun premies laag te houden, zullen zij scherper dan voorheen zorg inkopen. Dreigt er een tweedeling te ontstaan? Men moet zich reëel de vraag stellen of mensen, die of door werkloosheid zonder werk zijn komen te zitten, of gehandicapt of hulpeloos of op leeftijd zijn, in de toekomst nog wel in staat zijn om zich voldoende te verzekeren. Dreigt er een zelfde situatie te ontstaan zoals in de V.S., waar ondanks het feit, dat zij de meest gerenommeerde onderzoekers in de wereld hebben gecombineerd met de beste vormen van behandeling tegen ziektes, zij niet in staat zijn kwalitatief hoge en goede zorg te bieden aan alle patiënten, terwijl het meer dan 16% van het BNP aan de gezondheidszorg uitgeeft? In 2002 waren 15,2% van de Amerikanen zonder ziektekostenverzekering en waren zij aangewezen op caritasinstellingen, openbare ziekenhuizen en opvanghuizen.

14. De ziekenhuizen krijgen op hun beurt ook te maken met concurrentie en moeten daarin hun weg op de markt vinden. Tegelijkertijd moeten zij onder druk van hun eigen geldschieters tegenover de groeiende risico's hogere financiële buffers aanleggen. Dat willen de banken graag, en daar vraagt het waarborgfonds voor de zorg om, omdat zij financiers behoedt voor verliezen op hun kredieten als een ziekenhuis in de problemen komt.
15. Bureaucratisering zal binnen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars door alle administratieve implicaties van de nieuwe zorgwet een grote vlucht nemen en veel bijbehorende kosten met zich mee brengen. Men moet alleen maar denken aan de administratieve afhandeling van de DBC's.

4. Aanbevelingen.

1. De beschermwaardigheid van de menselijke persoon moet weer de essentiële basis worden van de samenleving. Deze uit zich in de liefde en de solidariteit tot de medemens, en het liefdevol omgaan met hem.
2. Het gezin, waar de basis van de toekomstige samenleving verankerd ligt, moet weer de beschermwaardigheid van de menselijke persoon als hoogste goed gaan zien om zo de volgende generatie voor de toekomst voor te bereiden.
3. De politiek moet de beschermwaardigheid van het leven van de menselijke persoon en het gezin weer als hoogste prioriteit gaan beschouwen.

4. Zorgverlening dient primair en steeds gericht te zijn op het ethisch goede, waarbij het totale welzijn van de persoon van de zieke voorop staat en een liefdevolle grondhouding verlangt.
5. Mantelzorg zal weer een belangrijke plaats in gaan nemen binnen de huidige samenleving.
6. Het beleid van een zorginstelling moet gericht zijn op zorg op maat en met een gelaat.
7. De plicht tot solidariteit met en het vertrouwen in de medemens moet weer sterker benadrukt worden.
8. Daardoor wordt het mogelijk dat oprechtheid en individuele vrijheid van iedere mens als uitgangspunt wordt genomen.
9. Het nieuwe model van de welvaartsstaat moet het model van persoonlijke vrijheid in het centrum van de politieke besluitvorming plaatsen.
10. "Onder de term en het begrip gezondheid moet men een fysiek, psychisch en spiritueel evenwicht en welzijn van de persoon verstaan, voor zover die door preventie, diagnose en revalidatie beïnvloed kunnen worden". De term en het begrip "openbare gezondheidszorg" slaat op alles, wat de politiek, de wetgeving, de organisatie en de structuren op het gebied van de gezondheidszorg betreft. Omdat het integrale begrip gezondheid zich direct weerspiegelt in het begrip gezondheidszorg, zijn de instellingen zeer belangrijk en onmisbaar. Geen enkele instelling kan echter het menselijke hart vervangen, het menselijke medelijden, de menselijke liefde, het menselijke initiatief, wanneer het erom gaat de ander in diens lijden hulp te bieden. De confrontatie en het samengaan in de praktijk van de eisen en de taken die door de begrippen gezondheid en gezondheidszorg opgeroepen worden, vormen de basis en de weg van de vermenselijking van de geneeskunde.
11. De politici, de economen en de ethici moeten gezamenlijk in dialoog gaan met als doel te zoeken naar prioriteiten, die een universalistische essentiële basiszorg creëert en garandeert voor alle burgers.
12. Caritasinstellingen zullen weer versterkt onder de aandacht moeten worden gebracht, om hulp te bieden aan de noodlijdende medemens.
13. Wat let iemand om binnen het toekomstige zorgstelsel te gaan kijken mogelijkheden voor het starten van een Zelfstandig Behandel Centrum. Men zou de juridische mogelijkheden kunnen onderzoeken.
14. Omgaan met de huidige zorgwet verlangt bepaalde karaktereigenschappen van iemand om met gegevens binnen

de zorgwet om te kunnen gaan. Prudentie, matigheid en sterkte zijn daar enkele van. Dit zijn morele karaktereigenschappen, die de mens een innerlijk evenwicht, een harmonie en ordening in zijn innerlijk, zijn menszijn en zijn gevoelsleven en daardoor tevens in zijn uiterlijk optreden kunnen geven.

5. Besluit

Concluderend kan men stellen, dat noch het instituut van de staat noch het instituut van de markt in staat zijn de fundamentele problemen binnen de gezondheidszorg ieder voor zich op te lossen. Vanuit dit oogpunt kan het veelbelovend zijn het pad van een samenwerkingsverband tussen de publieke en de private sector te bewandelen, waarbij de staat zowel de functie van stimulator van organisatorische afspraken en overeenkomsten voor zijn rekening neemt om zodoende de inefficiëntie binnen de gezondheidszorg weg te nemen en als gevolg daarvan een regulator kan worden, die de menselijke samenleving stimuleert en de risico's van de gevaren van privatisering binnen de gezondheidszorg voorkomt. Tegelijkertijd moet de markt, weliswaar gecombineerd uit openbare en private middelen zorgen voor bronnen, die gezondheidszorg mogelijk maakt vanuit een universalistische, ondersteunende wijze, waardoor deze dynamisch blijft. Dit alles moet gebaseerd liggen op een zoals men dat noemt een "limited state"⁷. Deze intervenueert, soms op sterke wijze, binnen sommige gebieden, maar tegelijkertijd laat zij de zo groot mogelijke vrijheid aan organisaties binnen de samenleving (het subsidiariteitsbeginsel).

De vorming van een goede samenleving hangt niet af van de staat, maar van de burgers, die of individueel of in vrije verenigingen handelen vanuit hun solidariteit.

"Het geluk of het ongeluk binnen de samenleving, waarin wij leven hangt van onszelf af als burgers en niet als instrument van de politieke macht die wij de staat noemen. De staat moet iedere vrijwillige actie van wat voor soort dan ook aanmoedigen om daardoor sociale vooruitgang te bereiken".

T.M.T.J. Broens.

⁷ Prof. S.Zamagni: Fairness, Rationing and the right to health care.

Een brug tussen marktgerichte en menswaardige gezondheidszorg