

Het paard van Troje

L.J. Gunning-Schepers¹

Minister Borst van Volksgezondheid heeft de Tweede Kamer laten weten dat ze bij nader inzien afziet van haar voornemen om de orale anticonceptie, de pil, uit het ziekenfondspakket te halen. Het blijkt om allerlei – vooral prijstechnische – redenen die hier minder relevant zijn, niet goed volgens plan uitvoerbaar te zijn. Het is echter vooral de discussie die is losgebarsten naar aanleiding van het voorstel die zo boeiend is geweest. De discussie, waar de vrouwenbeweging een actieve rol in heeft gespeeld, is namelijk illustratief voor de impasse waarin het volksgezondheidsbeleid, voor zover dit het stelsel van gezondheidszorg betreft, is geraakt. De gezondheidszorg kost ons de laatste jaren ongeveer 9% van het bruto nationaal produkt. Door de toenemende vergrijzing en de voortschrijdende medische technologie is het bovendien zeer waarschijnlijk dat in de komende jaren de vraag naar zorg sterk zal toenemen. Voorstellen om de doelmatigheid van de zorg verder te verhogen of pogingen om de vraag naar zorg te verminderen via allerlei eigen bijdragen, zullen niet genoeg zijn om de kosten te beheersen.

Wil men ook in de toekomst de groei (want die is onontkoombaar) van de uitgaven op een verantwoorde manier in de hand houden, dan zal een beperking van het ziekenfondspakket noodzakelijk zijn. De politieke discussie daarover is na het rapport van de commissie-Dunning² nog nauwelijks gevoerd. De zogenaamde 'trechter van Dunning', waaraan voorzieningen getoetst zouden moeten worden, bevat een aantal zeven: noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid en de vraag of de voorziening wellicht ook voor eigen rekening en verantwoording zou kunnen komen. Het is vooral op deze laatste zeef, dit criterium, dat minister Borst vond dat de pil wel uit het pakket kon. Immers de Neder-

landse vrouw plant haar zwangerschappen zorgvuldig, de pil zou bij de drogist ongeveer 4,50 gulden kosten en voor meisjes en jonge vrouwen tot 24 jaar zou de pil gratis via de huisarts verkrijgbaar blijven. Toch zijn de Nederlandse vrouwen massaal in opstand gekomen tegen dit voornemen. Twee argumenten hebben in deze discussie een cruciale rol gespeeld. Het eerste betreft de te verwachten negatieve volksgezondheidseffecten van het uit het pakket halen van de pil en vooral de ongelijke verdeling van deze effecten over verschillende groepen in onze samenleving. Het tweede argument betreft de aantasting van verworven rechten, in dit geval van vrouwen, rechten die als uitdrukking van de controle over voortplanting ook symbool stonden voor de emancipatiebeweging in de jaren zeventig. Het eerste argument wil ik niet uitgebreid bespreken, hoe wel de verdelingsaspecten van deze vraag zeker interessant zijn. Ik wil hier vooral kijken naar het probleem van de verworven rechten en de effectiviteit van de goed georganiseerde pressiegroep van de vrouwenbeweging, omdat die model staan voor de rol van de patiënten/consumentenbelangen in de volksgezondheidsdiscussie over pakketbeperking.

Een beperking van het pakket betekent in feite een afbakening van de collectieve verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg, een benoemen van die medische voorzieningen die wij allemaal zo essentieel vinden dat we ze in onze samenleving aan niemand zouden willen onthouden en waar we de iedereen voor willen verzekeren. Voor de voorzieningen in de AWBZ zijn inderdaad alle Nederlanders verzekerd, bij het ziekenfondspakket beperkt de discussie zich natuurlijk tot de ziekenfondsverzekerden. Toch is het belang algemener, aangezien bij het huidige convergentiebeleid een pakketbeperking

wel eens verder zou kunnen reiken dan alleen het ziekenfonds. In dat ziekenfondspakket zijn in de naoorlogse jaren steeds meer voorzieningen opgenomen, maar nu de discussie gevoerd wordt over het inkrimpen van het pakket, blijkt dat niet alle voorzieningen even vanzelfsprekend tot die collectieve verantwoordelijkheid lijken te behoren. Expliciteren van die collectieve verantwoordelijkheid is niet in de eerste plaats noodzakelijk voor een kostenbeheersing, zoals zo vaak gezegd wordt, maar veeleer voor het veilig stellen van de solidariteit in onze ziektekostenverzekering. Immers, alleen voor die voorzieningen waarvoor de eerder gedefinieerde collectieve verantwoordelijkheid gevoeld wordt, zullen we ook in de toekomst bereid zijn de door de overheid opgelegde solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond, arm en rijk, in de financiering van die zorg te accepteren. Een solidariteit die onontbeerlijk is om de zorg voor de minder draagkrachtigen toegankelijk te houden. Juist voor wat betreft die solidariteit is de discussie rond de pil zo verhelderend geweest.

Bij de recente stelselherzieningen, eerst van Dekker en Dees, later van Simons, werd voor de patiënten/consumenten een steeds belangrijkere rol ingeruimd. Deze versterking van de positie van de klant in de gezondheidszorg sloot goed aan bij de deregulering die in diezelfde tijd zo overheersend was in allerlei politieke discussies. Indien men ook in de gezondheidszorg meer marktelementen zou introduceren, dan zou het systeem vanzelf veel doelmatiger worden. Echter in de gezondheidszorg, zo was intussen een ieder duidelijk, is geen sprake van een gewone markt waar de klant soeverein kan zijn. Op het moment dat iemand ziek is, zijn de posities van zorgaanbieder en klant zo fundamenteel ongelijk dat een zorgvuldig koopgedrag van de kant van de patiënt niet verwacht kan worden. Bovendien bepaalt voor een groot deel van het zorgtraject niet de patiënt de vraag, maar de arts die verwijst en voorschrijft. Om toch de invloed van de patiënt inhoud te geven, om preferenties van patiënten door te laten klinken in een systeem dat zo overheerst wordt door het aanbod, heeft de overheid de vertegenwoordigers van patiënten en consumenten naast financiers en aanbieders van zorg een belangrijke rol toegekend in het systeem van onderhandelingen. Vrijwel geen beslissing in de gezondheidszorg kan nog ge-

nomen worden zonder dat patiënten/consumenten erin gekend worden. Om dat mogelijk te maken heeft de overheid de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de organisaties die patiënten en consumenten vertegenwoordigen, en met veel succes. Deze zijn een niet meer weg te denken partner geworden in het gezondheidszorgbeleid. De sterk versnipperde, soms kleine, patiëntenverenigingen hebben hun krachten gebundeld en allerlei consumentenorganisaties, zoals de Consumentenbond maar ook vrouwenorganisaties, hebben gezondheidszorgvraagstukken aangepakt. Ze hebben daarmee een krachtige stem gekregen om de belangen van de gebruikers van de gezondheidszorg onder de aandacht van het publiek en van politici te brengen. De mondige patiënt is een feit en het overheidsbeleid om dat te bereiken mag een succes worden genoemd. Echter zo bewijst de recente ervaring van de minister bij de pil, deze sterke consumenten- of patiëntenvertegenwoordiging is potentieel een paard van Troje wanneer de discussie rond de inperking van het pakket ter sprake komt.

Bij de invulling van de collectieve verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg staat het algemeen belang voorop. Dat is niet hetzelfde als de som van alle individuele wensen en voorkeuren. Immers, voor dat collectieve pakket moet vervolgens bevolkingsbreed solidariteit kunnen worden gevraagd. Dat betekent dat de kosten die zo'n collectief pakket met zich meebrengt, door een grote meerderheid in de bevolking als noodzakelijk moeten worden beschouwd. Het algemeen belang zal hierbij niet zozeer bepaald worden door het feit dat een bepaalde voorziening een grote groep van de bevolking raakt, maar veeleer door de mate waarin algemeen gevoeld wordt dat de door gezondheidszorg vermijdbare ziektelast de moeite (lees: de inkomensafhankelijke premie) waard is. De door deze solidariteit beperkte financiële middelen zullen zo goed mogelijk besteed moeten worden en een pijnlijke weging van individuele belangen zal daar zeker een rol bij spelen. Het doel van die afweging is 'optimaliseren' van het pakket.

Uit de discussies tijdens de publiekscampagne over 'Keuzen in de zorg' die recent werd afgesloten met een landelijke manifestatie in Zwolle, werd duidelijk dat die afweging van individuele belangen niet zo vanzelfsprekend is. De verschillende patiën-

ten- en consumentengroepen waren het nog lang niet eens over welke keuzen er zouden moeten worden gemaakt. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat belangengroepen juist zijn opgericht om de belangen van hun leden te bepleiten. Dat doen organisaties zoals de Nationale Commissie Chronisch Zieken, het Aidsfonds, de Nederlandse Hartstichting en al die andere patiëntenverenigingen buitengewoon goed. Het doel van al deze groepen is belangenbehartiging, het vragen van solidariteit van de rest van de samenleving met hun leden. Hun taak is niet primair om een beroep te doen op hun leden om solidair te zijn met de anderen in de samenleving. Hun rol is niet om de afweging van individuele belangen in het licht van het algemeen belang te maken, maar hun rol is om aandacht te krijgen voor de deelbelangen van hun leden. Dit mechanisme is bij uitstek merkbaar wanneer wordt overwogen een voorziening uit het pakket te halen. Immers bij elk voorstel om een verworven voorziening uit het pakket te halen, zal er een groep zijn in de samenleving die zich daar tegen verzet, dat hebben de vrouwen zo juist met de pil weer laten zien. Wanneer alle groepen hun rol met succes vervullen is 'maximaliseren' van het pakket het resultaat. Dan komt er mogelijk een zo breed pakket dat de gemiddelde Nederlander daar zijn eigen belang niet meer in herkent en dat deze met zulke hoge kosten wordt geconfronteerd dat de solidariteit ernstig onder druk komt te staan. De belangenbehartiging, het lobbyen, waar de patiëntenbeweging in de afgelopen tijd zo sterk in is gebleken, is dan een directe bedreiging voor de collectieve verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg.

Het belang van deze discussie reikt echter verder dan alleen het gezondheidszorgbeleid. Ook op andere terreinen wordt steeds vaker duidelijk dat het moeilijk is om het algemeen belang te laten prevaleren boven de steeds vocaler wordende deelbelangen. Deze tegenstelling wordt versterkt door de toenemende fragmentatie in onze samenleving die de zichtbaarheid van deelbelangen steeds groter maakt. Het is mogelijk om politiek buitengewoon effectief te zijn door je te beperken tot één beleidsdoelstelling. Je ziet dat bij de milieubeweging, de meeste emancipatiebewegingen, inclusief de vrouwenbeweging, de recente opkomst van plaatselijke politieke partijen met een soms zeer aansprekend maar beperkt politiek program en natuurlijk bij de ouderen-

partijen in de landelijk politiek. Deze fragmentatie geeft vaak elk van de desbetreffende groeperingen voldoende mogelijkheden om vetomacht uit te oefenen op allerlei beleidsvoornemens, maar maakt het bereiken van een compromis in het algemeen belang vrijwel onmogelijk. Dit wordt versterkt door een stapsgewijze beleidsdiscussie, waarbij deelbelangen afzonderlijk onderwerp van debat zijn. Omdat de weging van de deelbelangen zelden expliciet wordt gemaakt, zowel bij de individuele burger als bij de volksvertegenwoordiging, kan bij elke deelbeslissing het desbetreffende, soms met hand en tand verdedigde deelbelang overheersen. Een enkele keer doet zich de situatie voor dat de keuzes echt zichtbaar gemaakt worden, zoals deze winter bleek bij de discussie over de dijkverzwaring. In een dergelijke crisissituatie bestaat dan natuurlijk juist weer het gevaar dat de reële deelbelangen in het geheel niet meer worden meegewogen.

De komende tijd zal de politieke discussie over volksgezondheid moeten gaan over de inperking van het pakket, de afbakening van die collectieve verantwoordelijkheid. De kunst zal zijn om hier de deelbelangen van bij voorbeeld de patiënten en consumenten die nu net door de hele ontwikkeling hoorbaar geworden zijn, goed mee te laten wegen zonder een afweging onmogelijk te maken.

Het is duidelijk dat een zorgsysteem uitsluitend ontworpen door artsen en verpleegkundigen niet altijd tegemoet komt aan de wensen van de individuele patiënt, en dat in de algemene beleidsdiscussie sommige groepen patiënten stelselmatig te weinig aandacht hebben gekregen. Daarom is het goed dat systemen van zorg zo ontworpen worden dat individuele patiënten keuzes kunnen maken: kiezen voor de arts die ze willen raadplegen, voor de instelling waar ze willen worden verzorgd en voor de zorgverzekeraar die hun belangen behartigt. Ook wanneer een patiënt eenmaal onder behandeling is, moet deze de mogelijkheid hebben om mee te praten over de behandelingsbeslissingen die hemzelf betreffen. De patiëntenbeweging heeft veel gedaan om 'het zorgsysteem' op deze aspecten van klantvriendelijkheid te attenderen en instellingen zijn steeds meer geneigd om ook aan deze wensen tegemoet te komen en toekomstige klanten de informatie te geven die een gerichte keuze mogelijk maakt. Deze vorm van kwaliteitsverbetering is alleen mogelijk met een

sterke, goed geïnformeerde consument.

Ook op landelijk niveau is de samenleving gebaat met een goede informatie over de wensen en noden van verschillende patiëntengroepen. Het is nu eenmaal niet vanzelfsprekend dat de belangen van reumapatiënten en aidspatiënten parallel lopen, en zeker niet vanzelfsprekend dat iedere ambtenaar of volksvertegenwoordiger zich bewust is van de voorwaarden voor goede zorg voor mensen met een zeer zeldzame aandoening. Ook het specificeren van de criteria voor goede kwaliteit van zorg, niet alleen in medisch technische termen maar vooral ook ten aanzien van bejegening, van keuzevrijheid voor de patiënt en van bescherming van de rechten van de patiënt, maken een sterke inbreng van de consumenten/patiëntenlobby buitengewoon belangrijk. Een zorgvuldig luisteren naar deze vertegenwoordigers kan alleen maar leiden tot een verhoging van de kwaliteit van ons zorgsysteem. Je zou je zelfs kunnen voorstellen dat dit zou leiden tot een vorm van kwaliteitstoetsing door patiënten/consumentengroepen.

Echter, daar waar wij als samenleving moeten kiezen voor een pakket aan voorzieningen waar wij met zijn allen voor verantwoordelijk willen zijn, waar we een blijvende solidariteit voor willen opbrengen, moeten we een gremium vinden waarin de verschillende deelbelangen gehoord worden, maar vervolgens gewogen worden in het licht van het al-

gemeen belang. Hier past geen marktdenken met vertegenwoordigers van verzekeraars, aanbieders en consumenten van zorg. Die komen in een later stadium om de uitvoering van het systeem zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Hier past, juist omdat het een beslissing van collectieve aard betreft, een afweging door regering en parlement. Sommige belangen zullen niet te rijmen zijn. Dat vereist een zorgvuldige afweging en niet een wedstrijd tussen belangenverenigingen. In deze discussie moeten de belangen van consumenten en patiënten afgewogen worden door de volksvertegenwoordigers. Die zullen hun uiteindelijke beslissing over het basispakket aan de hele samenleving moeten kunnen verantwoorden. Het lijkt gezien de recente ervaring met de pil echter wel zaak om bij die discussie het totale pakket te betrekken. Nu heeft het behoud van de pil in het pakket vrouwen niet geconfronteerd met de consequenties van die keuze voor andere voorzieningen die vrouwen ook belangrijk vinden of voor premieverhogingen. Zo is kiezen nooit moeilijk.

Noten

1. Prof. dr. L.J. Gunning-Schepers is hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de UvA en lid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

2. Commissie 'Keuzen in de zorg', *Kiezen en delen, rapport opgesteld in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur*, Rijswijk 1991.