



Fundamentele vragen over de toekomst van de gezondheidszorg

Wat zijn realistische doelen voor het volksgezondheidsbeleid in de toekomst? Dit is een van de fundamentele vragen die de WRR tijdens een werkconferentie op 18 en 19 april heeft voorgelegd aan een forum van deskundigen uit Nederland, Engeland, de Verenigde Staten en Canada. Deze conferentie maakt deel uit van de voorbereiding van een WRR-rapport over de toekomst van de gezondheidszorg en het overheidsbeleid inzake de volksgezondheid. Het verslag van de discussie over deze vragen wordt, samen met de schriftelijke bijdragen van de deelnemers aan de conferentie, in het najaar van 1996 gepubliceerd. Hierna wordt een indruk gegeven van enkele thema's die in de discussie aan de orde kwamen.

Veroudering en medische technologie – Om de vraag welke doelstellingen voor het volksgezondheidsbeleid haalbaar zijn te kunnen beantwoorden, dient rekening te worden gehouden met de veranderende maatschappelijke omstandigheden en de marges van overheidsbeleid. Een belangrijk motief voor een nadere bezinning op de doelstellingen van de gezondheidszorg is een zekere zorg over de gevolgen van de veroudering van de bevolking en de groei van de medische technologie. Volgens de op de conferentie aanwezige onderzoekers zullen deze ontwikkelingen elkaar gaan versterken in het effect dat zij hebben op het beroep op de gezondheidszorg. Een ander vraagstuk dat verband houdt met de veroudering van de bevolking, ligt in het arbeidsaanbod, met name van verpleegkundigen, waar een tekort kan ontstaan.

De veroudering van de bevolking zal een verdere ontwikkeling van de medische technologie stimuleren. Dit kan positief gewaardeerd worden. Nieuwe

technologische toepassingen kunnen immers de kwaliteit van de zorg verbeteren en de kosten verlagen. Wel vereist dit een nadere bezinning op de taak van de overheid.

Technologische vernieuwing in de gezondheidszorg blijkt een ingewikkeld, moeilijk te beheersen proces te zijn. De informatisering lijkt te vragen om een sterkere rol van de overheid. Als de overheid echter wil vasthouden aan bestaande methoden om technologische vernieuwing te beheersen en beperken, dan kan de diffusie van goedkopere en betere methoden worden belemmerd. Op de langere termijn zal dit beheersingsbeleid, in tegenstelling tot de bedoeling, kostenverhogend zijn. Wanneer zij op grotere schaal worden toegepast, kunnen kostbare middelen immers goedkoper worden. Het is bovendien moeilijk de toepassing tegen te houden van een nieuw middel dat zeer kostbaar is, maar de gezondheid belangrijk verbetert. Verder is beheersing niet eenvoudig omdat veel nieuwe technologieën ook voor andere kwalen relevant blijken te zijn dan waarvoor zij aanvankelijk bedoeld waren. Een andere complicerende factor voor de planning en beheersing hangt hiermee samen: veel vernieuwing ontstaat niet alleen door onderzoek, maar ook door terugkoppeling vanuit de praktijk van de arts.

Keuzen en toegankelijkheid – Gegeven de verwachte groei van het beroep op de gezondheidszorg zullen er keuzen gemaakt moeten worden. Hierbij is het belangrijk een onderscheid aan te brengen in: (a) zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn (wat kan inhouden dat deze gefinancierd moet worden door belasting- en premieheffing); (b) zorg die overgelaten kan worden aan individuele voorkeuren en financiële mogelijkheden. Tijdens de conferentie werd de verwachting uitgesproken dat als deze keuzen uitblijven, er – gegeven de uiteindelijk beperkt beschikbare middelen – ongelijkheid zal ontstaan in

de toegang tot de algemeen noodzakelijk geachte gezondheidszorg.

Voordat keuzen gemaakt kunnen worden, is een antwoord nodig op de vraag wat onder gezondheidszorg moet worden verstaan. Is gezondheidszorg het totaal van alle hulp die artsen kunnen bieden, of kan de definitie beperkt worden tot hulp die aantoonbaar helpt? In het eerste geval wordt er niet gekozen, in het tweede geval zou een objectief criterium, de uitkomst van wetenschappelijk onderzoek, kunnen helpen bij de selectie van zorg die collectief gegarandeerd moet worden. Een probleem hierbij is echter de soms smalle basis van zekerheid waarop medische beslissingen rusten. Verder blijven naast wetenschappelijke overwegingen ook tijd- en groepsgebonden visies een rol spelen bij de keuze van effectieve zorg. Opmerkelijk is bij voorbeeld dat wanneer in China gekozen moet worden wie bij transplantatie in aanmerking komt voor het ontvangen van een nieuw orgaan, ouderen voorgaan. De overweging dat ouderen een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de maatschappij speelt hierbij een rol. Een en ander bracht sommige deelnemers aan de werkconferentie tot de stelling dat het zo lastig is de gezondheidszorg langs de weg van een objectieve toetsing van resultaten te beheersen dat een alternatieve route de voorkeur heeft. Zij meenden dat budgettering van instellingen (verzekeraars of zorgaanbieders), die zelf kunnen kiezen welke medische hulp zij bieden, een beter begaanbare weg is.

De stelling dat keuzen in de zorg gedelegeerd moeten worden naar instellingen, of groepen belanghebbenden, gaf overigens aanleiding tot veel discussie. Het is moeilijk voor verzekeraars de taak essentiële voorzieningen te garanderen voor een ieder, te combineren met hun opdracht zich als marktpartij te gedragen. In het eerste geval mogen zij geen verzekeren selecteren of premie differentiëren, terwijl dit in het tweede geval noodzakelijk kan zijn. Afgezien daarvan staan verzekeraars voor een probleem als gevolg van de ontwikkeling van een prognostische geneeskunde, waardoor risico's bekend worden. De verzekering van risico's lijkt ook daardoor een minder geschikt systeem voor de financiering van noodzakelijk geachte gezondheidszorg te worden.

Een eigen, Nederlandse, invulling van de taak van verzekeraars met een maatschappelijke opdracht kan verder onder druk komen te staan door het ontstaan van een Europese markt. Een convergentie,

waarbij Nederlandse verzekeraars meer commercieel worden, leidt ertoe dat zij onder Europese regels gaan vallen en dat de Nederlandse gezondheidsmarkt geopend wordt voor buitenlandse verzekeraars. Overigens is de vraagstelling of een nationaal beleid ondanks Europa nog mogelijk is, te beperkt. Er moet ook aandacht zijn voor de positieve effecten, zoals de taak die Europa kan vervullen om tekorten aan verpleegkundigen te voorkomen en de rechten van individuele burgers te beschermen.

Tijdens de conferentie werden onderzoeksuitkomsten gepresenteerd die aanleiding gaven tot twijfel over de wenselijkheid de consumenten, in het bijzonder patiëntenorganisaties, een beslissende rol te laten spelen bij de keuzen in de zorg. Alle belangengroepen willen meer besteden, het publiek in het algemeen legt in enquêtes een te sterk accent bij *high tech*-voorzieningen. Als deze voorkeuren gevolgd zouden worden, dan zou dit ten koste gaan van eenvoudige maar minstens zo belangrijke zorg, zoals de hulp voor gehandicapten bij algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Criteria voor de organisatie van de gezondheidszorg – Naast toegankelijkheid van essentiële zorg zijn kwaliteit en doelmatigheid belangrijke criteria voor de gezondheidszorg. Hoe de gezondheidszorg ook georganiseerd wordt, de professionele medische beroepsgroepen blijven een centrale rol vervullen in een gezondheidszorg die aan deze criteria moet voldoen. Artsen maken deel uit van een middenveld tussen overheid en burger, waar het overheidsbeleid de laatste jaren, volgens sommige deelnemers, te weinig rekening mee heeft gehouden.

Volgens sommige buitenlandse deskundigen is het Nederlandse beleidssysteem lang niet gek. Door te streven naar consensus worden abrupte veranderingen voorkomen, terwijl op de langere termijn bezien toch voldoende dynamiek mogelijk is. Dit Nederlandse systeem, met neocorporatistische trekken, is evenwel wat geërodeerd. In haar streven naar meer doelmatigheid en kwaliteit in de zorg heeft de overheid veel verwacht van de invoering van zoveel mogelijk marktprikkels in de gezondheidszorg. Ten onrechte zou het middenveld hierbij, als een geheel van belangengroepen, gepasseerd zijn. Onbedoeld zou dit hebben geleid tot een alternatieve beleidsvorming in een onduidelijk circuit van informele bijeenkomsten, en een soms ten onrechte ontbreken van een professioneel-medische inbreng.

Artsen zouden wel wat van hun individuele autonomie moeten opgeven ten behoeve van een collectieve autonomie. Als beroepsgroep zouden zij dan een maatschappelijke verantwoordelijkheid kunnen dragen voor kwaliteit en doelmatigheid. Protocolle-ning en informatisering van het proces van hulpverlening kunnen hierbij behulpzaam zijn. Dit sluit aan bij een gunstige traditie in Nederland – die blijkt uit internationale vergelijking – dat artsen het tot hun taak rekenen voor kostenbeheersing te zorgen. Dit laatste was mede aanleiding voor een voorstel in de gezondheidssector niet te zoeken naar één model van sturing (markt of overheid), maar te streven naar

een differentiatie, een pluricentrisch beleidsmodel dat past bij de pluriformiteit van de verschillende delen van deze sector.

G.J. Kronjee

De WRR is gevestigd te 's-Gravenhage, Plein 1813, nr. 2. Inlichtingen over deze rubriek zijn verkrijgbaar bij het bureau van de WRR, telefoon 070-3564451.