

11 - CONCLUSIES - DE TOEKOMST VAN DE ZORG

Hieronder wordt getracht de ideeën van Huppes weer te geven met betrekking tot de toekomst van de zorgverlening in Nederland; het daaraan en grondslag liggende materiaal werd in de voorafgaande hoofdstukken besproken.

11.1 Enkele algemene opmerkingen

Huppes bepleit een paradigmaverandering niet alleen ten behoeve van een nieuwe kijk op en aanpak van de Nederlandse gezondheidszorg, maar meer nog wat betreft het algemene internationaal beleidsmatig denken, in feite gaat het bij hem om een nieuwe kijk op de wereld. Toegespitst op de gezondheidszorg in Nederland zou het doel moeten zijn, *het bewust cultiveren van gezondheid en welbevinden bij de burger*, waar mogelijk met behulp van “broederschappen” (solidariteitsgroepen) aan de basis. Een en ander met een optimale inzet van de informatie-technologie. Wij moeten daarbij overigens meer Europees denken: er is op termijn geen toekomst voor strikt nationaal aangestuurde zorgsystemen.

11.2 Uitgangspunten

In deze paragraaf volgt een overzicht (in willkeurige volgorde) van de uitgangspunten waaraan het zorgsysteem en het zorgbeleid regelmatig getoetst moet en worden, volgens Huppes.

1. *Gelijkheid*, in de zin van een werkelijk gelijke mogelijkheid voor de burgers wat betreft het verwerven van passende zorg van een goede kwaliteit die bovendien betaalbaar is.
2. *Wederkerigheid*, in de zin van het “voor wat hoort wat”-principe; dit vraagt in beginsel een actieve betrokkenheid van de burger bij de eigen zorg en verantwoordelijkheid voor gezondheid.
3. *Vrijheid*, in de zin van: een zo groot mogelijke vrijheid van keuze binnen redelijke mogelijkheden
4. *Broederschap*, in de zin van solidariteit met en verbondenheid tussen zorggebruikers.
5. *Vertrouwen*: zorgconsumenten en zorgverleners dienen in wederzijds vertrouwen met elkaar te kunnen omgaan.
6. *Integraal denken*: we moeten het dualisme verlaten en zoeken naar de samenhang en eenheid der dingen
7. *Pluriformiteit* binnen de categorie van zorgconsumenten en binnen de zorgorganisatie moet mogelijk zijn en gerespecteerd te worden.
8. *Flexibiliteit* qua regels en structuren; deze zijn vaak de neerslag van een specifieke (sub) cultuur en als zodanig niet heilig.
9. *Individualiteit*: de burger moet benaderd worden als een uniek wezen met specifiek eigen kenmerken, wensen en behoeften ten aanzien van zorg.
10. *Effectiviteit*: zorginspanningen moeten daadwerkelijk en aantoonbaar leiden tot resultaat, voldoende (ervaren) gezondheidswinst voor de burger
11. *Innovatie*: in het zorgsysteem en zorgbeleid moeten zodanig mechanismen zijn ingebouwd dat steeds snel en efficiënt kan worden ingehaakt op zich wijzigende omstandigheden
12. *Democratie*: marktposities en structuren moeten steeds maximaal transparant zijn; zorggebruikers en zorgverleners moeten betrokken worden bij belangrijke beleidsbeslissingen.
13. *Legitimiteit*: de overheidsinstuties en het zorgsysteem als geheel moeten berusten op de waarden van de burgers (zoals in dit overzicht geformuleerd, zonder de pretentie van volledigheid).

11.3 Nieuwe structuren

In het voorgaande kwam reeds aan de orde dat volgens Huppes in de gezondheidszorg een soort eenheidsworst is ontstaan van merendeels verplichte zorgvormen, welke in veel opzichten niet aansluit bij de vigerende

burgerlijke normen en waarden. De macht om te bepalen wat “goed voor u is” moet naar zijn mening naar de consument worden verlegd. De verdwijnende dynamiek in ons economisch systeem zou daartoe ook dwingen. Enkele duidelijke nadelen van het huidige zorgsysteem zijn volgens Huppés: een ondoorzichtige verstrengeling van belangen en functies, een doolhof van regels, informatie-monopolies, een gebrekkige legitimiteit (in termen van de werkelijke waarden/behoefte van burgers) etc. Om dit geheel nog enigszins bestuurbaar te houden ontstond een dominante overheidsbureaucratie, met een toenemende, weinig transparante invloed van intermediaire structuren (overlegorganen, commissies, belangenorganisaties etc)

Huppés onderscheidt voor de *toekomst* drie lagen in ons zorgstelsel: de bovenste laag is die van de zorgautoriteiten waar het politieke beleid wordt bepaald en waar toezicht wordt gehouden op de uitvoering daarvan. Op een middenniveau bevinden zich de feitelijke zorgverleners en de instituties die daaraan diensten verlenen (bedrijven, verzekeraars, kennisbanken etc). Het derde en laagste (maar in wezen belangrijkste) niveau is dat van de burger/zorgvragers, al dan niet verenigd in broederschappen.

a. De centrale laag

De centrale laag is vooral die van de overheid en de aan haar direct gelieerde instituties. Een moderne overheid regeert op afstand; zij ziet in dat de moderne samenleving te complex is geworden om deze tot in detail te kunnen regelen. Deze overheid formuleert algemene uitgangspunten, doelen, (gezondheids)normen en waarden voor het te voeren beleid, maar delegeert uitvoerende taken waar mogelijk aan marktpartijen, met behoud van toezicht. Daartoe houdt zij een informatiesysteem (met informatieplicht voor alle marktpartijen) in stand, met name wat betreft de resultaten en kosten van de zorg en de daarvoor verantwoordelijk te houden partijen en omstandigheden. In dit kader overlegt zij regelmatig met marktpartijen en stelt zij zich open voor, c.q. initieert zij tot, nieuwe ontwikkelingen.

Concrete verbeteringsmogelijkheden voor een overheid zouden hierbij zijn gelegen in het zich weer overwegend oriënteren op zorginhoudelijke zaken, een minder technocratische aanpak, afzien van (strikte) regelgeving als een goede regelhandhaving niet mogelijk is, meer oog tonen voor ontwikkelingen in de markt, meer gebruik maken van haar delegerende bevoegdheden, zich minder met details bemoeien etc.

b. De middenlaag

Wat de zorg als zodanig betreft, zoals die momenteel aan de burger wordt aangeboden, kunnen een aantal accenten worden vastgesteld, zoals de steeds geringere aandacht voor het primaire proces, steeds minder op de persoon afgestemde gezondheidsproducten met te verwachten grote gezondheidswinst, bepalende invloed van de zorgbudgetten, richtlijnen-dictaat, “high tech”-zorg voor ernstig zieke mensen, verwaarlozing van preventie, geringe ruimte voor werkelijke vernieuwing etc.

In deze middenlaag vinden we met name de volgende (zorg)partijen.

* zorgaanbieders en hun koepelorganisaties: primair: ziekenhuizen, huisartspraktijken, revalidatiecentra etc.

* bedrijven en hun koepelorganisaties (alle toeleveringsbedrijven en dienstverleners)

* verzekeraars en hun koepelorganisaties. Huppés legt op dit niveau een duidelijk verband tussen de betalings-systematiek en het (on)gezonde gedrag van de burger. De aanpak moet zijns inziens gericht zijn op de gezondheid van de populatie vanuit een bredere kijk op geneeskunde dan nu het geval is, en (dus ook) met een open oog voor de rol van niet-geneeskundige producten bij het tot stand brengen van gezondheidswinst. Het lijkt Huppés nuttig als een duidelijk onderscheid wordt aangebracht c.q. blijft bestaan tussen basispakket, aanvullende pakketten en privé betaalde zorg. Hieraan moeten dan wel regelmatige gezondheid-evaluaties van de gehele bevolking ten grondslag liggen. Premievoordelen zouden zijn toegestaan ten behoeve van burgers die hun gezondheid op een goede manier onderhouden. Met enkele duidelijke uitzonderingen voor chronisch zieken en voor aandoeningen die buiten de invloedssfeer vallen van de burger. Verondersteld wordt dat prijsvorming op de markt tot stand komt en zelf-corrigerend is (onder het wakend oog van de overheid) op basis van de resultaten van gezondheidsproducten.

* patientenorganisaties en hun koepels

* kennisbanken: zonder een op (meer) legitimiteit gerichte stelselverandering is het naar de mening van Huppes economisch onaanvaardbaar om kennisbanken te ontwikkelen. Het inrichten van kennisbanken is alleen zinvol als deze een duidelijke functie vervullen binnen het eerder geschetste vernieuwingskader. Kennisbanken moeten daartoe een echt doorgeefluik voor kennis worden, open voor alle betrokkenen, in een wederkerige relatie. Een goede benutting van de informatie moet tot voordeel voor de gebruiker leiden. De belangen van de burger staan daarbij centraal; de overheid ziet toe op de kwaliteit van de informatiestromen, zowel qua inhoud als qua gebruik.

* opleidings- en onderzoeksinstellingen

* particuliere stichtingen, fondsen, registrerende instanties (waarbij onderscheid ware te maken tussen registratie als zodanig, onderzoek naar effecten en bijwerkingen, en voorlichting), tuchtcolleges etc. In dit verband ware te vermijden dat intermediairen ontstaan met een exclusieve toegang tot de informatiestroom omdat daarmee het vrije marktverkeer wordt verstoord.

c. De basislaag

Dit is de laag van de gebruiker, individueel dan wel in groepsverband ("broederschappen", solidariteitsgroepen van gelijkgezinden). Burgers die algemene informatie (van de Kennisbanken) tot zich hebben genomen, moeten daarna toegang krijgen tot geïndividualiseerde behandelmogelijkheden. Daartoe is nodig dat de zorgvrager inzicht kan krijgen (informatie-aanbod) in de resultaten/kosten van vergelijkbare behandelingen bij andere burgers/patiënten. Burgers die van dit soort informatie gebruik maken, moeten echter ook zelf informatie aanleveren aan de Kennisbank (wederkerigheidsprincipe). Huppes hecht een bijzonder betekenis aan het optreden van groepen van consumenten (broederschappen) op de zorgmarkt. Zij kenmerken zich door gemeenschappelijke behoeften en/of doelstellingen en opereren als eenheid op de zorgmarkt; aldus vormen zij een gelijkwaardige partner ten opzichte van aanbieders, verzekeraars etc.

Ten aanzien van de positie van de zorgconsument pleit Huppes ervoor dat het zorgaanbod beter zal aansluiten op de individuele behoeften en het individuele perspectief van de burger, dat deze burger zelf meer verantwoordelijkheid neemt voor het eigen gedrag en de eigen gezondheidshandhaving, dat de burger gelegenheid wordt geboden meer actief te participeren in bestuur en beleid in de zorg, dat de overheid zorg draagt voor een valide, resultaat-gerichte en toegankelijke informatievoorziening aan de burger (kennisbanken), en dat het zorgaanbod de autonome beslissingsbevoegdheid van de burger erkent

11.4 Innovatie

In het nieuwe zorgstelsel dienen innovatieve zorgstrategieën structureel te worden ingebouwd, zo stelt Huppes. Uitgangspunt is daarbij dat bij gebleken gebreken in het realiseren van gezondheidswinst (nu dan wel in de toekomst te verwachten) mechanismen in gang worden gezet om die gebreken op te heffen. Bedoelde gebreken kunnen door iedere partij binnen (en eventueel buiten) het zorgveld worden gesignaleerd op basis van resultaat-gerichte informatie via de Kennisbanken. Het is aan deze partijen om daarop actie te ondernemen. Voorwaarden voor deze kennisbanken zijn dan wel dat de marktpartijen verplicht zijn informatie beschikbaar te stellen aan kennisbanken, dat de verzamelde informatie van goede kwaliteit is, dat goede zoeksystemen bestaan, dat het veld actief wordt gemonitord ten behoeve van het opnemen van nieuwe informatie etc. De betalingssystematiek moet deze de informatie-economie gaan ondersteunen.

Bij het doorvoeren van veranderingen valt het te verkiezen, zo stelt Huppes, om in eerste aanleg alleen richting gevende doeldefinities te formuleren, welke, in wisselwerking met behaalde resultaten van het veranderingsproces en in samenspraak met betrokken partijen, gaandeweg worden geoperationaliseerd en gepreciseerd. Steeds is hierbij het gebleken of te verwachten nut (op de kortere of langere termijn) doorslaggevend. Denkbaar is dat de eerder bedoelde broederschappen vaak het voortouw tot vernieuwing zullen nemen. De controle

over vernieuwingsprocessen moet meer bij het Veld en de daarin plaatsvindende marktprocessen worden gelegd, dan bij een controlerende overheid.

11.5 Sturing op kwaliteit

Weliswaar werd in het voorgaande het resultaat van zorgproducten en -processen centraal gesteld, maar nog belangrijker is de *kwaliteit* daarvan. Huppes bepleit in dit verband een Kwaliteit Resultaat Systeem (KRS). Met de term “kwaliteit” wordt tevens effectiviteit en veiligheid bedoeld. Dit geheel van opbrengsten moet worden afgezet tegen de “offers” (kosten in brede zin) die daarvoor zijn gebracht. Hieraan ligt een openbaar vergelijkend resultaat-onderzoek van zorgproducten ten grondslag. De markt zou moeten worden verplicht betaling op het KRS te baseren, op basis van door Kennisbanken aangeleverde informatie. Koppelingen naar buitenlandse kennisbanken lijkt hier gewenst.

Ten behoeve van de sturing van deze vernieuwingsprocessen acht Huppes een mengeling van markt- en machtsprincipes noodzakelijk. De Zorgmarkt is de plek waar autonoom handelende burgers de benodigde en/of gewenste zorg inkopen. Om deze processen goed te doen verlopen is echter een vorm van bewaking nodig, waarvoor de verantwoordelijkheid in laatste instantie bij de overheid moet worden gelegd. Daar vindt een continue toetsing plaats van de behaalde zorgresultaten aan de kosten van zorg, aan het basale waardenpatroon van de bevolking (zie paragraaf 11.2) en aan de evenwichtshandhaving in het veld.

In beginsel moet echter de zorgmarkt geacht worden zelf het vermogen bezit om complexe coördinatietaken efficiënt uit te voeren. Daarbij moet worden uitgesloten, zo merkt Huppes op, dat armlastigen van de markt het slachtoffer worden, dat sprake is van een asymmetrische informatiesituatie, en dat sommige consumenten in een desperate positie verkeren. Zijn deze voorwaarden vervuld, dan dient de “gereguleerde” markt een aantal eigen functies te ontwikkelen: het (doen) registreren van bijwerkingen van haar producten, het stimuleren tot gezondheidswinst voor de zorgconsument, het toelaten van “broederschappen” etc. De overheid zou moeten stimuleren tot oprechte samenwerking van organisaties in globulaire clusters in plaats van een eilandjescultuur in stand te houden. De overheid moet zodanige voorwaarden scheppen dat de consument zelf volwassen kan gaan handelen in de zorgmarkt; tevens moet zij bewaken dat voldoende wordt geïnvesteerd in zorgvernieuwing.

Zorgconsumenten moeten -via de kennisbanken- in dit verband kunnen beschikken over relevante en valide informatie ten aanzien van aanwezige zorgproducten (incl diensten) in relatie tot specifieke gezondheidsaspecten c.q. indicaties, betrouwbare leveranciers daarvan, de kwaliteit en kosten van zorg producten, de condities voor feitelijke verwerving van deze producten, en de resultaten die met deze producten zijn te bereiken (inclusief patiënt-ervaringen; effecten op leven en levensduur). Deze informatie moet de burger in staat stellen tot een verantwoorde en autonome keuze te komen inzake het voor hem wenselijk te achten zorgpakket (geïndividualiseerde behandelmogelijkheden) en (overig) gedrag. Zelfstandige burgers in de informatie-samenleving laten zich niet meer betuttelen en willen hun eigen keuzes kunnen maken, zo stelt Huppes..