



ADVISEURS
EN MANAGERS

RUIM DENKEN IN ZORG EN WELZIJN

**Van
Gezondheidszorg
naar
Zorg voor Gezondheid**

De toekomst van zorg en welzijn

Manifest

SEPTEMBER 2022

Voorwoord



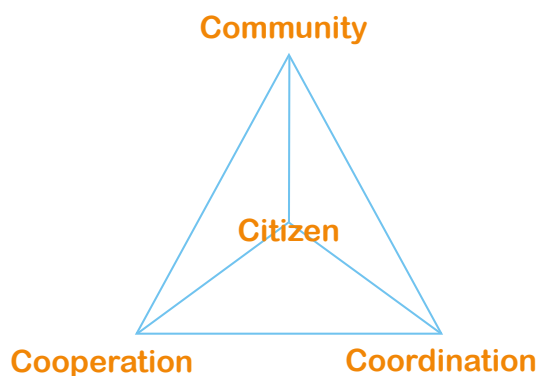


C3 adviseurs en managers startte haar werk in september 1988. In september 2021 bestonden we dus 33 jaar. Vanwege onze voorkeur voor het getal 3 hebben we besloten die 33 jaar als een jubileumjaar te zien. Vanaf september 2021 tot september 2022 hebben we daarom allerlei inhoudelijke activiteiten gedaan om ons jubileum te vieren. Inhoudelijke bijdragen aan het maatschappelijk denken past ons beter dan alleen feest vieren. Wij sluiten ons jubileumjaar af met onze jubileumbijeenkomst en dit Manifest, waarin we negen bijdragen leveren aan het maatschappelijke debat met als kern dat de beweging in Nederland zal zijn van gezondheidszorg naar een bredere zorg voor gezondheid.

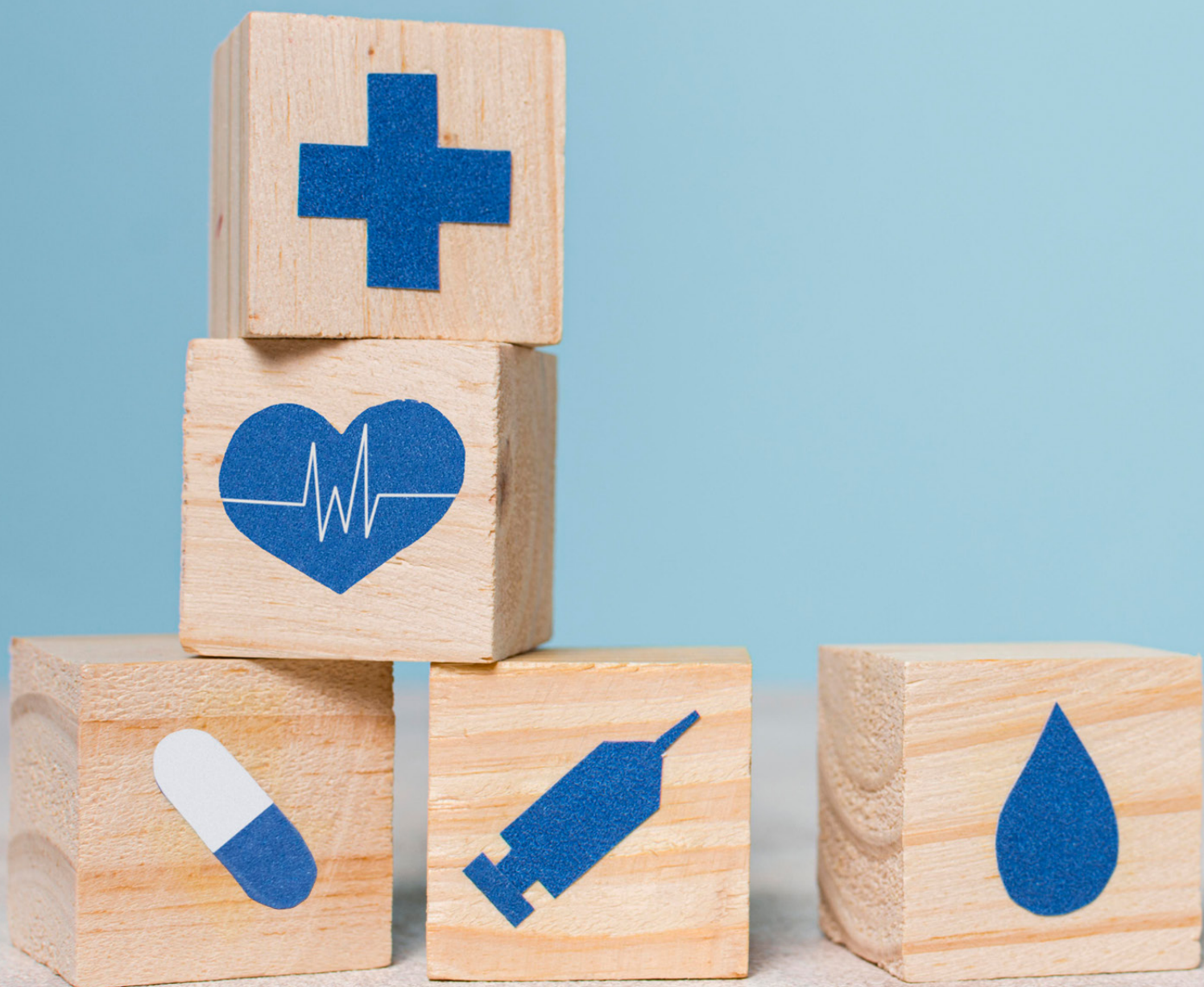
Oorspronkelijk betekende C3 de combinatie van *Cure-Care-Control* met de patiënt in het midden. Nu gebruiken we C3 als *Community- Cooperation-Coordination* met de burger als *Citizen* in het midden. Dat past bij de bedoeling van dit Manifest. De gezondheid van burgers kan alleen maar verder verbeterd worden, als we maatschappelijk breder kijken dan het systeem van gezondheidszorg en welzijn. Met dit Manifest willen we een bijdrage leveren aan de beweging naar **zorg voor gezondheid**.

Wij wensen de lezer veel leesplezier en hopen dat de lezer inspiratie en ideeën opdoet om bij te dragen aan de zorg voor gezondheid.

De adviseurs, managers en medewerkers van C3.



Inhoud





Navigeer
terug naar
de inhoud

▶ Voorwoord	2
▶ Routekaart	6
▶ 1 De gezonde burger	10
▶ 2 De gezonde omgeving	14
▶ 3 De zorg, de professional en de burger	18
▶ 4 De technologie	22
▶ 5 De arbeidsmarkt	26
▶ 6 De organisatie van de gezondheidszorg	30
▶ 7 De kosten en baten van de gezondheidszorg	34
▶ 8 De duurzaamheid van de zorg	38
▶ 9 De ethiek van gezondheid en zorg	42
▶ Paradigmaverschuivingen in zorg voor gezondheid	46
▶ Over C3	48

Routekaart

In de tweede helft van 2021 begonnen we te werken aan onze jubileumbijdragen. Als je zo lang bestaat als C3, dan is het wel interessant om terug te kijken wat er allemaal in de gezondheidszorg en het welzijn is gebeurd in de periode dat wij daar als adviseurs en interim-managers actief zijn.

Canon gezondheidszorg

We hebben ontwikkelingen in die periode en soms wat verder terug in de tijd op een rijtje gezet in wat we onbescheiden de *'Canon 33 jaar gezondheidszorg en welzijn in Nederland'* hebben genoemd. Deze canon is net als de andere documenten, die in dit hoofdstuk worden genoemd te vinden op de speciale pagina *C3 over zorg en welzijn* op onze website. Daar staat ook een overzicht van de *literatuur* die we gebruikt hebben.

Gezondheidszorg en welzijn, zijn 'beleidsrijke' sectoren, waaraan politici graag willen veranderen. De canon getuigt van de vele initiatieven die in al die jaren genomen zijn en waarvan sommige gelukt zijn en andere een stille dood zijn gestorven. Politici en burgers hebben veel geloof in de maakbaarheid van zorg en welzijn.

Verandermotto's

Van die maakbaarheid getuigen de vele *'Verandermotto's'*, die in de loop der jaren gehanteerd zijn en waarvan wij zo goed mogelijk een inventarisatie hebben gemaakt. Er is één constante. Hoewel wij in vergelijking met andere landen een goed functionerende gezondheidszorg hebben met behoorlijke kwaliteit, ligt het accent steeds op wat er niet goed gaat en dus veranderd moet worden. Daarbij is soms een hang naar het verleden te constateren, zoals de roep om het

ziekenfonds weer in te voeren, wat ons (zowel maatschappelijk als vanuit ervaring als ex-ziekenfondsverzekerde) een heel slecht idee lijkt. De basisverzekering voor iedereen is een van de beste verbeteringen in de afgelopen 33 jaar, omdat iedere burger op gelijke wijze voor hetzelfde pakket verzekerd is.

Principes

Bij discussies over wat er allemaal moet veranderen aan de gezondheidszorg, merken wij dat weinig mensen weten (of willen weten) op welke principes de inrichting van de gezondheidszorg is gebaseerd. Terwijl dat toch een duidelijke en stabiele set van principes is, die richting geeft aan het functioneren van de gezondheidszorg. Die principes moet de politiek vooral niet willen veranderen. Omdat die *'Principes van de Nederlandse Gezondheidszorg'* niet overal bekend zijn en soms met voeten getreden worden, vonden wij het zinvol om in ons jubileumjaar een duidelijk overzicht van die principes op te stellen.

Feiten

Om dezelfde reden vonden wij het nuttig om een aantal *'Feiten over de Nederlandse Gezondheidszorg'* op een rij te zetten. Ook die feiten worden nogal eens genegeerd of anders geïnterpreteerd. Zo betaalt de overheid de gezondheidszorg niet uit belastinggeld, maar brengen wij als burgers en bedrijven de kosten voor 90% op uit premies, die alleen voor de zorg gebruikt kunnen worden en niet ingezet kunnen worden om de politie of het leger te betalen. Daarom zijn de kosten van de gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal product (BNP) eigenlijk niet zo relevant. Veel belangrijker zijn de kosten voor



huishoudens en bedrijven voor gezondheidszorg. Beide betalen premie voor de Zvw en de burgers ook voor Wlz en Wmo naast het deel van hun belasting dat naar de gezondheidszorg gaat. Ook maken burgers zelf zorgkosten, zoals met de eigen bijdragen. De echt relevante cijfers zijn dus de percentages, van hun inkomen respectievelijk hun omzet, die huishoudens en bedrijven aan de kosten van de gezondheidszorg kwijt zijn.

Essays

Wij hebben geprobeerd om de ontwikkeling van de gezondheidszorg in een aantal *'Thema's'* samen te vatten. Die thema's dateren van begin 2021. We hebben die thema's mede gebruikt om onze relaties en onszelf uit te nodigen om over verschillende aspecten van de gezondheidszorg een essay te schrijven. Er zijn totaal *30 Essays* tot stand gekomen en op onze website gepubliceerd. In een overzichtsdocument *'De oogst van essays over de toekomst van de zorg'* hebben we de vele ideeën uit de essays samengevat en met elkaar in verband gebracht. Wij danken alle auteurs nogmaals voor hun waardevolle bijdragen.

Huisstijl



De canon, de principes en de feiten over de gezondheidszorg zijn samen met de thema's samengebracht in ons *'Werkboek 2021, 33 jaar gezondheidszorg en welzijn'* met ons speciale jubileumlogo. Nadenken over een jubileumlogo, was tevens mede aanleiding om na te denken over een nieuwe huisstijl, die we vanaf september 2022

gaan hanteren. Dit Manifest is daarvan een van de eerste uitingen in onze nieuwe huisstijl.

Afsluiting jubileumjaar

Samen met onze relaties hebben we dus in ons jubileumjaar veel moois tot stand gebracht, uiteraard naast de vele opdrachten die we in dat jaar uitgevoerd hebben. Dan komt de vraag aan de orde hoe we dat jubileumjaar af zullen sluiten. We hebben vele mogelijkheden verkend. Uiteindelijk hebben we er voor gekozen C3 33 af te sluiten met dit Manifest en een Meeting of Minds met onze relaties in september 2022.

Het Manifest

We kiezen er voor dit document 'Manifest' te noemen. Een manifest is volgens definities een *'openbare verklaring van een functionaris of een organisatie, waarin deze standpunten inneemt'*. Dat doen wij in dit Manifest. Onze visie is tevens de titel van dit Manifest: *'Van gezondheidszorg naar zorg voor gezondheid'*. Er is veel meer aandacht nodig voor de gezondheid van burgers, zodat ze niet ziek worden in plaats van gezondheidszorg als de burgers al ziek of kwetsbaar zijn.

Negen thema's

Op basis van onze laatste inzichten, de gesprekken met en bijdragen van onze relaties en de maatschappelijke ontwikkelingen hebben we de thema's van 2021 aangepast en opnieuw geordend. Dat leidt tot negen thema's, die we in de volgende hoofdstukken uitwerken.

We kiezen ervoor in de uitwerking van de thema's een lopende tekst te schrijven zonder voetnoten en literatuur. Dat leest gemakkelijker en past onzes inziens bij het karakter van een manifest. De literatuur die gebruikt is, is terug te vinden in de [bibliotheek](#) op onze website.

The Good, the Bad and the Ugly

Bij ieder thema kijken we naar:



Wat gaat er goed?



Wat kan beter?



Wat zijn de belemmeringen voor verbetering? Wat zijn hardnekkige problemen en waarom krijgen we die niet opgelost?

We hanteren daarbij de metafoor van 'The Good, The Bad and The Ugly', een spaghettiwestern uit 1966 van Sergio Leone met muziek van Ennio Morricone. The Good is dan wat we moeten behouden, The Bad wat we moeten verbeteren en The Ugly de hardnekkige problemen die ons hinderen en niet worden opgelost (zoals de administratieve lasten).

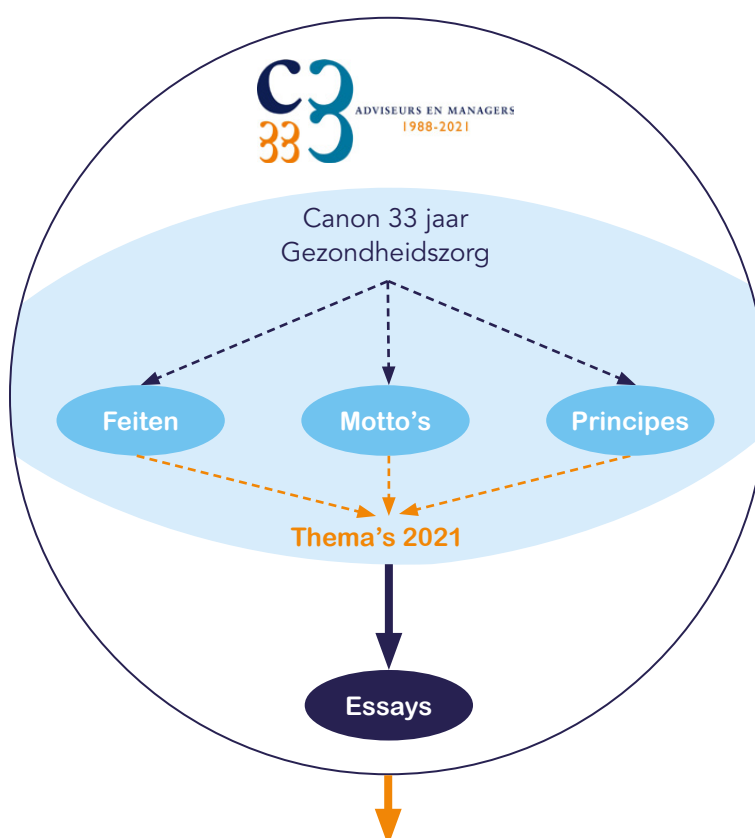
Net als in de film is dit onderscheid niet in beton gegoten. The Good doet ook slechte dingen, The Bad is soms tot het goede bereid en The Ugly doet ook mooie dingen. Zo kijken we ook naar de thema's.



Zorg voor gezondheid

Iedere analyse van een thema eindigt in een discussie, waarin we aangeven wat volgens ons moet veranderen. We noemen dat een 'paradigmaverschuiving'. Een paradigma is 'een samenhangend geheel van opvattingen, overtuigingen, theorieën en modellen, die het dominante denkkader weergeven'. Een paradigmaverschuiving is verandering in dat denkkader. Aan het eind van het Manifest zetten we de negen paradigmaverschuivingen op een rij, die volgens ons noodzakelijk zijn.

We hopen hiermee bij te dragen aan de beweging **van gezondheidszorg naar zorg voor gezondheid**. We nodigen de lezer graag uit tot reactie en bijdragen aan het maatschappelijk debat.



Manifest - Zorg voor gezondheid

Gezonde burger
Gezonde omgeving
Zorg, professional en de burger
Technologie
Arbeidsmarkt
Organisatie gezondheidszorg
Kosten en baten gezondheidszorg
Duurzaamheid
Ethiek





1 | De gezonde burger

Wat is gezondheid?

Gezondheid wordt door de WHO sinds 1948 gedefinieerd als *'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek'*. Machteld Huber van het Instituut Positieve Gezondheid stelde in 2011 als definitie voor: *'Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'*. Zij heeft dit vertaald in het begrip 'Positieve Gezondheid' met zes dimensies van gezondheid.

De definitie van de WHO is zo breed, dat niemand gezond is. En dus is de gezondheidszorg oneindig, want er is altijd wel iets dat verbeterd kan worden aan het fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden. Op deze WHO definitie is de gezondheidszorg in Nederland vanaf het begin van de 20^{ste} eeuw gebaseerd. Deze gezondheidszorg is er vooral op gericht ziekten te 'repareren' of de gevolgen van ziekten te beperken (Cure), de zieke te ondersteunen om het lijden lichter te maken of de zieke op te vangen als deze de gevolgen van ziekten of gebreken niet meer kan dragen. Vanuit dit perspectief is de gezondheidszorg nooit 'af' en zal deze altijd immens blijven groeien.

De definitie van Huber daarentegen gaat alleen over het vermogen van het individu om te gaan met al je kwalen (in het Engels 'Coping Strategies'). Hoewel Machteld Huber dat waarschijnlijk niet zo bedoeld heeft, is haar definitie nogal meritocratisch, want als je niet gezond bent ligt het aan jou omdat je het vermogen mist je aan te passen en eigen regie te voeren.

De zes dimensies van gezondheid, die Huber onderscheidt, zijn zinvol. Met *'een functionerend lichaam, in staat zijn tot dagelijks functioneren, mentaal welbevinden, meedoen, zingeving en kwaliteit van leven'* is goed onderscheiden wat gezondheid (in een rijk land) inhoudt.

In beide definities gaat het over de gezondheid van de individuele burger. Die burger maakt deel uit van een maatschappij, waarin ook andere burgers gezond of ziek zijn. Daarom is het minstens zo belangrijk om te kijken naar de gezondheid van een bevolking. Dan komen heel andere zaken in beeld, zoals algemene levensverwachting, verschil in levensverwachting in relatie tot sociale status, kindersterfte, mortaliteit (sterfte) en morbiditeit (ziekte), invloed infectieziekten, sterfte door hongersnood en ondervoeding, niet maatschappelijk kunnen participeren.

Op de vraag 'Wat is gezondheid' zijn er dus twee antwoorden:

1. De gezondheid van de individuele burger.
2. De gezondheid van de bevolking van een land of een streek.

Beide hangen met elkaar samen. In een gezonde bevolking zijn er meer gezonde burgers. Maar een klein deel supergezonde burgers leidt niet tot een gezonde bevolking.



Goede gezondheid

De bevolking van Nederland is zeer gezond, zowel vergeleken met het eigen verleden als met andere

landen. Nederland staat van alle OECD-landen op de zesde plaats wat de levensverwachting van haar burgers betreft. Voor (hoogopgeleide) mannen is de levensverwachting bij geboorte 82,8 jaar, waarvan 71,7 jaar in goed ervaren gezondheid. Voor hoogopgeleide vrouwen is de levensverwachting bij geboorte 85,7 jaar, waarvan 71,1 jaar in goed ervaren gezondheid. In 1950 was de levensverwachting in Nederland respectievelijk 70 en 72 jaar.

Meer dan 75% van de Nederlandse bevolking ervaart zijn gezondheid als goed.

Nederland is minder vergrijsd dan andere landen. Nu is 19,8% van de bevolking ouder dan 65 jaar. In 2050 zal het percentage ouderen 27,7% zijn, waarna de vergrijzing weer afneemt.

De kindersterfte (jonger dan 5 jaar) neemt wereldwijd af en is in Nederland heel laag (<4 ‰). Door verbetering van de geboortezorg is het percentage neonatale sterfte (binnen een maand na geboorte) in Nederland de laatste jaren teruggebracht tot het Europees gemiddelde. Nederland heeft minder sterfte als gevolg van gedrag-gerelateerde risicofactoren (obesitas, te weinig bewegen). Alleen voor roken liggen de cijfers boven het EU-gemiddelde. Nederland had (voor Covid-19) ten opzichte van het EU-gemiddelde minder sterfte door vermijdbare oorzaken.

De toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg was voor Covid-19 goed. Nederland had een van de laagste percentages in Europa voor 'onvervulde medische behoefte'. Ook maken Nederlanders van alle EU-burgers het minste gebruik van intramurale curatieve zorg en gebruiken ze heel weinig medicijnen. Volgens de OECD draagt de verplichte basisverzekering daaraan bij.

De publieke gezondheidszorg in Nederland is in principe goed geregeld. Nederland heeft vaccinatieprogramma's voor alle ernstige besmettelijke ziekten en voor griep en Covid. Nederland heeft bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, cervixkanker en darmkanker. De gezondheid van zuigelingen en jonge kinderen wordt gevolgd via de consultatiebureaus.

Er is een structuur voor publieke gezondheidszorg (RIVM, GGD'en, Veiligheidsregio's GHOR's) en voor het omgaan met epidemieën en pandemieën, al kwam deze tijdens Covid-19 onder druk te staan.



De ongelijkheid en de kwetsbaarheid van zorg voor gezondheid

Het verschil in levensverwachting tussen hoogopgeleide en laagopgeleide mensen neemt gestaag toe en is inmiddels 4 jaar bij mannen en 5 jaar bij vrouwen. Het aantal jaren in goede gezondheid is voor laagopgeleiden ook geringer. Laagopgeleide mensen leven dus korter en hebben daarbinnen nog minder gezonde levensjaren. Deze verschillen nemen al jaren toe. Als gekeken wordt naar verschillen in inkomen dan bestaat een vergelijkbaar beeld.

Voor je eigen gezondheid zorgen is lastiger als je dingen niet begrijpt. Bijna 13% van de Nederlandse bevolking (1,5 miljoen mensen) is functioneel analfabeet. Ongeveer 2,5 miljoen burgers beheersen de Nederlandse taal onvoldoende. Beide groepen zullen deels met elkaar overlappen, maar het betekent wel dat 14% van de bevolking niet bereikt wordt door informatie over gezondheid. Daar komt bij dat volgens de WRR meer dan de helft van de mensen ergens in hun leven het 'doenvermogen' mist om zelfredzaam te zijn. Een beleid gericht op de zelfredzaamheid van de burger in de zorg voor zijn eigen gezondheid kan dus maar in beperkte mate succesvol zijn.

Doordat ziekenhuizen vol lagen met Covidpatiënten is veel reguliere curatieve zorg uitgesteld. Dat zal ertoe leiden dat sommige burgers permanente gezondheidsschade en verlies van levensjaren zullen hebben, dan wel zullen sterven, omdat ze niet tijdig behandeld zijn. De Covid-crisis liet zien dat de -in vergelijking met andere EU landen- beperkte ziekenhuiscapaciteit in normale omstandigheden voldoende is, maar niet crisisbestendig is. Anderzijds liet het zien dat een deel van de zorgvraag wegvalt als er geen behandeling beschikbaar is. Herstellen de mensen dan of accepteren ze hun kwaal?

Covid heeft ook laten zien dat het systeem van publieke gezondheidszorg lacunes vertoont en te veel diversiteit en te weinig kwantiteit heeft om een pandemie het hoofd te bieden.



Blinde vlekken

In het overheidsbeleid prevaleert sturing van de (individuele) gezondheidszorg boven het

verbeteren van de gezondheid van de bevolking. Van alle geld op de begroting van VWS gaat maar 7% naar preventie. De meeste bewindslieden op VWS beschouwen zich meer als minister van gezondheidszorg dan als bewindspersoon van Volksgezondheid. Er wordt al jaren gezocht naar systemen van 'populatiebepoortering' als vervanging van betaling van prestaties in de individuele gezondheidszorg. Die populatiebepoortering komt niet van de grond omdat deze complex is en bestaande belangen van zorgverleners aantast.

Die aantasting van bestaande belangen speelt ook bij preventie. De overheid maakt geen wetten tegen slecht voedsel of te veel suiker in voedsel, maar gaat in overleg met alle betrokken partijen in de hoop ondernemingen tot betere voedselkwaliteit te bewegen.

Sinds 2018 is er een 'Preventieakkoord' met een groot aantal partijen, waaronder vertegenwoordigers uit de voedselindustrie, met als doelen om in 2040 een rookvrije generatie, minder overgewicht en minder overmatig alcoholgebruik te hebben en burgers meer te laten bewegen. Na 4 jaar is de staatssecretaris niet optimistisch over de bereikte resultaten. Het is wel een 'akkoord', maar er zijn geen sancties voor niet naleven. Het akkoord is dus vrijblijvend.

De overheid stuurt vooral op de gezondheidszorg in enge zin, maar is zeer terughoudend waar het gaat om sturing op de volksgezondheid. In plaats van wetgeving komen er akkoorden. In plaats van een duidelijke instructie voor handelen bij de volgende Covid-uitbraak komen er vage intenties, zodat de burger en de ondernemer het zelf uit moet zoeken.



Discussie

Hoewel het ministerie 'Volksgezondheid' heet, is er te weinig beleidsmatige aandacht voor de gezondheid van de bevolking als geheel en te veel voor de individuele gezondheidszorg en de kosten daarvan. Preventie en publieke gezondheidszorg zijn al jaren stiefkinderen in het overheidsbeleid.

Om de gezondheid van de bevolking te verbeteren, is het noodzakelijk dat de overheid in de toekomst meer doet aan preventie, een sturende rol vervult in de publieke gezondheidszorg en zorgt voor wetgeving tegen ongezonde producten en diensten. Vertrouwen op de bereidheid van ondernemers en op het zelflerend vermogen van de burger leiden niet tot betere gezondheid van de bevolking en van de afzonderlijke burgers. Vrijblijvende akkoorden met 'het veld' werken onvoldoende. Wetgeving en naleving daarvan is nodig. Zowel de Nederlandse overheid als de EU zullen sturend op moeten treden om de gezondheid van de burger goed te houden en niet alleen te repareren met gezondheidszorg.

Dit leidt tot de volgende paradigmaverschuiving:

Niet de gezondheid van de individuele burger moet centraal staan in het beleid, maar de gezondheid van de bevolking. Het terugdringen van de verschillen in gezondheid en levensverwachting tussen hogere en lagere sociale groepen hoort daarin prioriteit te hebben.

Het beleid moet niet langer vooral gericht zijn op de individuele gezondheidszorg, maar op preventie, publieke gezondheidszorg en acties om de bevolking te behoeden voor zaken, die slecht zijn voor de gezondheid.



2 | De gezonde omgeving

De invloed van de omgeving op de gezondheid van burgers

Onderzoek wijst uit dat de grootste verbeteringen van de volksgezondheid goede nutsvoorzieningen zijn. Zowel uit de geschiedenis als uit de ontwikkeling van arme landen blijkt dat ruime beschikbaarheid van goed drinkwater, goede riolering, waterzuivering en goede sanitaire voorzieningen leiden tot een forse afname van infectieziekten en een betere gezondheid van de bevolking. Als een burger ook kan beschikken over schone energie (hier bedoeld als een energiebron, die je huis niet vuil maakt) draagt dat ook bij aan betere gezondheid, evenals goede en veilige huisvesting.

Voldoende en gevarieerd voedsel zorgen er eveneens voor dat mensen gezonder blijven. Datzelfde geldt voor een relatief veilige omgeving, zowel in brede zin (maatschappelijk) als in engere zin (buurt, thuis, school, werk).

Scholing, vooral van vrouwen, leidt tot een geringer aantal kinderen per vrouw, waardoor de economische omstandigheden van een gezin verbeteren. Bovendien stelt scholing vrouwen beter in staat om zelf economische activiteiten te ontplooiën zoals uit veel internationaal onderzoek blijkt. Het zelf uitvoeren van economische activiteiten is te meer van belang omdat ook bestaanszekerheid bijdraagt aan de gezondheid van een burger.

Als die bestaanszekerheid verkregen wordt met slecht werk onder slechte werkomstandigheden leidt dat tot aantasting van de gezondheid van de werkers. Werken in een vuile omgeving, waardoor

bijvoorbeeld de longen of het zenuwstelsel worden aangetast, of waar de werker grote kans loopt om op het werk te verongelukken of invalide te raken, zijn slecht voor een mens en diens gezondheid. Evenzo loopt de gezondheid schade op als de verdiensten zo slecht zijn dat een werker er meerdere banen op na moet houden. Arbeid is op meerdere manieren slecht voor kinderen. Hun fysieke toestand is er niet klaar voor en het remt hen in hun fysieke en geestelijke ontwikkeling. Als ze ondanks de kinderarbeid de volwassen leeftijd halen, houden ze van kinderarbeid soms levenslange gezondheidsschade over.

De gezondheid van burgers is ook sterk afhankelijk van de omgeving in letterlijke zin: de bodem, de lucht, het water, het weer. Is de bodem niet vervuild, is deze stevig genoeg om op te leven, is deze vruchtbaar genoeg? Hoe schoon of vervuild is de lucht en wat betekent dat voor onze longen en onze leefomgeving? Is het oppervlaktewater schoon genoeg, is er voldoende goed water en worden we beschermd tegen te veel water? Welke invloed heeft de intensieve veehouderij? Steeds vaker treden zoönosen op, het overspringen van ziekten van dier naar mens.

Een gezonde leefomgeving is dus een noodzakelijke voorwaarde voor goede gezondheid van burgers.



Nederland is op orde

In Nederland zijn de nutsvoorzieningen goed en uitgebreid. Waterleiding en

riolering zijn vanaf het eind van de negentiende eeuw aangelegd en inmiddels bijna overal in Nederland beschikbaar. Dat geldt ook (nog?) voor elektriciteit (overal) en gas (in een groot deel van Nederland) en zelfs voor databekabeling. Ieder gebouw heeft zijn eigen sanitaire voorzieningen, al loopt Nederland achterop met openbare toiletten. Ook beschikt Nederland over een uitstekende verkeersinfrastructuur.

Nederland heeft een overvloed aan voedsel, dat door de eisen in de Warenwet van goede kwaliteit is, zodat je er niet (direct) ziek van wordt. Nieuwe opvattingen over wat goed voedsel is (minder suiker en vet, minder dierlijke eiwitten) leiden tot andere wensen voor de voedselkwaliteit, die nog niet in wetten verankerd zijn.

Nederland is een relatief veilig land. Er is geen oorlog en de leefomgeving is in het grootste deel van Nederland vrij van geweld. Ook op school en werk is het relatief veilig ten opzichte van de algemene situatie in andere landen.

Nederland beschikt over uitgebreide Arbowetgeving, die een veilige werkomgeving zou moeten garanderen. Kinderarbeid is in Nederland sinds 1901 verboden. Kinderen hebben een leerplicht tot het einde van het schooljaar waarin ze zestien worden. De leerplicht is voor jongens en meisjes gelijk. Iedereen in Nederland is dus in principe voldoende geschoold. Gemiddeld zijn er 1,8 kind per gezin in Nederland, zodat de gezinsgrootte in principe geen belemmering is voor bestaanszekerheid van het gezin.

De fysieke omgeving is in Nederland goed vergeleken met arme landen en zware industrielanden. De kwaliteit van het oppervlaktewater is de laatste decennia sterk

verbeterd, al voldoet deze nog niet aan de EU-normen. De afvoer van overtollig water was in Nederland goed geregeld, nu doen zich vraagstukken voor rond de hoogte van het grondwaterpeil, het vasthouden van water voor schaarste en omgaan met snelle wisselingen in het waterpeil. Er is een deltaplan om deze nieuwe vormen van waterbeheer te ontwikkelen. De luchtkwaliteit in algemene zin is verbeterd, maar er doen zich nieuwe problemen voor en plaatselijk is er ernstige luchtvervuiling. Een dergelijke fluctuatie doet zich ook voor bij de bodemkwaliteit.



Fysieke omgeving is slecht voor de gezondheid

De fysieke omgeving levert steeds vaker gezondheidsproblemen op.

In het hele land is de uitstoot van fijnstof een probleem, met longproblemen tot gevolg. Nabij zware industrie (Tata Steel, Chemelot, 3M, Botlek, Schiphol) levert de luchtkwaliteit ernstige problemen op voor de nabije bevolking met meer kanker, meer luchtwegproblemen, aantastingen van het immuunsysteem e.d. Daarnaast leiden de geluidshinder en andere vervuiling tot psychische problemen. Uitstoot van stikstof, CO₂ en andere schadelijke stoffen leiden op langere termijn en/of in de nabijheid van de bronnen tot gezondheidsproblemen. Voor bodemvervuiling en verontreiniging van oppervlaktewater gelden soortgelijke problemen, die ook kunnen leiden tot economische problemen en aantasting van de kwaliteit van voedsel. Zo mogen er geen vis en schaaldieren meer uit de Westerschelde gehaald worden, vanwege de grote hoeveelheid Pfas cumulatie in die dieren.

Nederland kent strenge Arboregels, die door sommige ondernemers genegeerd worden, waardoor medewerkers gezondheidsschade oplopen zoals een Chrome-6 vergiftiging. De arbeidsomstandigheden en de woonomstandigheden van seizoenarbeiders voldoen vaak niet aan de Nederlandse normen.

De basiskwaliteit van voedsel mag gewaarborgd zijn, Nederlanders eten veel voedsel dat slecht voor hen is door te veel suiker, vet of additieven. Slecht voedsel is goedkoop en goed voedsel is (te) duur voor een deel van de bevolking, terwijl een deel van de producenten te weinig geld ontvangen voor hun goederen om ervan te leven.

Als een goed huis een voorwaarde is voor goede gezondheid, dan ligt hier een groot probleem in Nederland. Er zijn veel te weinig huizen, de huizen zijn te duur en ze zijn niet toegesneden op de behoefte van de bevolking. Veel mensen hebben geen huis en als ze wel een huurhuis hebben, is dat niet altijd van goede kwaliteit. Mensen wonen dus niet zoals we maatschappelijk gewenst vinden, wat tot extra problemen in gezinnen kan leiden.

Hoewel de algemene veiligheid in Nederland goed is, geldt dat niet voor sommige wijken, waar ook de handhaving lastig is en het recht van de sterkste heerst. Niet alle gezinnen zijn veilig voor de kinderen die er opgroeien, maar de maatschappij is al jaren niet in staat daar een oplossing voor te vinden.



Overheid is laks

De overheid is voor grote bedrijven te soepel in het toepassen van milieuwetgeving.

Zo zijn Tata Steel en Schiphol vrijgesteld van omgevingsvergunningen en wordt het uitrijden van meer mest dan volgens de EU mag, door de overheid toegestaan.

Er is laksheid in de handhaving en er wordt soms te veel vertrouwd op de 'eigen' controle van het bedrijf. Dit speelt zowel bij milieuvergunningen als bij controle op de Arbowet en de Warenwet. Deels is dit te wijten aan de kwantitatieve en kwalitatieve onderbezetting van diensten voor overheidstoezicht en hun gebrek aan onafhankelijkheid t.o.v. het ministerie.

In het algemeen is de overheid terughoudend om streng in te grijpen in het bedrijfsleven, waar hun handelen leidt tot gezondheidsproblemen. Anderzijds heeft de overheid de woningmarkt zo strak gereguleerd dat het woningtekort niet wordt opgelost.



Discussie

De volksgezondheid van een gemeenschap is in de eerste plaats afhankelijk van allerlei algemene maatschappelijke omstandigheden, die buiten het terrein van 'Volksgezondheid' in engere zin vallen. Als een gezonde omgeving ontbreekt, dan is goede gezondheidszorg 'dweilen met de kraan' open. Een slechte gezondheid door een slechte omgeving is niet of maar voor een klein deel te 'repareren' met goede gezondheidszorg. De zorg voor gezondheid van de burgers wordt grotendeels bepaald door andere ministeries dan VWS.

Dit leidt tot de volgende paradigmaverschuiving:

Het overheidshandelen voor de kwaliteit van de leefomgeving, het wonen, het onderwijs, de veiligheid, de voedselkwaliteit, de arbeidsomstandigheden en het inperken van vervuilende industrie leveren meer gezondheidswinst op dan verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg in enge zin. Volksgezondheid vraagt dus een aanpak door de hele regering.



3 | De zorg, de professional en de burger

De spelers in de gezondheidszorg

Als iemand ziek is of een beperking heeft, dan zijn er nogal wat spelers rondom hem of haar. Dat zijn in de eerste plaats het gezin of de partner (als die er zijn), de familie en de sociale omgeving (vrienden, buurt, werk, school). Als iemand verzorging en/of behandeling nodig heeft, dan komen de professionele zorgverleners in beeld en degenen, die voor zorg en behandeling moet betalen (zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente, familie). Hun kijk op het probleem en de oplossing daarvan is niet altijd hetzelfde als die van de burger/leek.

Professionele zorgverleners doen hun werk niet alleen. Er zijn vrijwilligers bij de zorg betrokken en in sommige sectoren ervaringsdeskundigen. Als er ook andere problemen dan de 'kwaal' van de burger spelen, dan komen er allerlei andere instanties in beeld, zoals voor huisvesting of schuldsanering. Omdat de gezondheidszorg over verschillende domeinen is verdeeld, zal de zorgvrager met een complexe problematiek al snel met verschillende zorgdomeinen (en hun verschillende regels en financiering) te maken hebben. De betrokkene zelf heeft ook verschillende rollen. Hij/zij is niet alleen maar 'patiënt' maar ook familielid, deel van verschillende sociale omgevingen, verzekerde, belastingbetaler, consument etc.

Rondom iemand die ziek is of een beperking heeft, zijn er dus allerlei verschillende systemen en spelers, die niet altijd goed op elkaar afgestemd zijn. Naarmate de gezondheidszorg in de 20ste eeuw professionaliseerde en sterk gereguleerd wordt, gaan professionals en financiers steeds meer

bepalen wat er met de 'patiënt' moet gebeuren en hoe dat betaald moet worden. Zij 'nemen de cliënt op' in hun gestructureerde systeem. Vervolgens komt er een tegenbeweging op gang om de zorgvrager meer zelf te laten bepalen en te laten regelen, enerzijds vanuit emancipatie, anderzijds om het professionele systeem te ontlasten.

De huidige wetgeving voor de financiering van zorg en welzijn en de uitvoering daarvan nopen tot het indelen van de zorgbehoefte van een burger in hokjes. Is er een te behandelen kwaal, dan valt de zorgvraag in de zorgverzekeringswet (Zvw), gaat de kwaal niet meer over en heeft iemand permanent verzorging nodig, dan wordt het de wet langdurige zorg (Wlz) en gaat het om hulp bij het inrichten van je leven, dan geldt de Wmo.

Er is dus een complex speelveld met veel spelers rond iemand met een zorgbehoefte. De verhoudingen tussen die spelers veranderen voortdurend. Na een steeds verdere uitbreiding van de professionele zorg, zijn de grenzen daarin nu bereikt. Er wordt gezocht naar een zekere 'de-professionalisering' van de gezondheidszorg, omdat deze door gebrek aan personeel en geld niet verder kan groeien. Er is behoefte aan een nieuw evenwicht tussen de professionele (aangeduid als 'formele') zorg en zorg en ondersteuning door andere burgers/leken (aangeduid als 'informele zorg'). Dat zoeken naar een nieuw evenwicht gaat gepaard met de nodige spanningen, domeingevechten en ideologische disputen.



Groei professionele gezondheidszorg

Tot het midden van de 19^{de} eeuw bestond gezondheidszorg in de

huidige vorm niet. Zieken werden thuis verzorgd door hun naasten of, als ze arm, oud of alleen waren, door religieuzen in zogenaamde 'gasthuizen'. Mensen met permanente (vooral psychische) problemen werden ondergebracht in instituten, waar ze hun hele leven buiten de maatschappij verbleven. De invloed van de geneeskunst was beperkt, omdat voor vele ziekten geen behandeling voorhanden was. De dokters vielen vanouds uiteen in 'geneesheren', die vooral met medicijnen bezig waren, en chirurgijnen, die vooral aangetaste delen van het lichaam wegsneden. In de 19^{de} eeuw werd 'geneeskunst' meer 'geneeskunde', met name door de toename van de kennis van infectieziekten. De zieken verbleven nog steeds thuis of in het gasthuis en de dokter kwam 'op visite', (de basis van het huidige visitelopen in het ziekenhuis). Pas in de 20^{ste} eeuw ontstond er zodanige technologie (vooral röntgenfotografie) dat behandelen en verzorgen in het ziekenhuis geconcentreerd moesten worden. In diezelfde periode ontwikkelde de verpleegkunde zich van charitas naar een vak. Ook andere zorgprofessionies ontwikkelden zich.

In de 20^{ste} eeuw is de gezondheidszorg sterk geprofessionaliseerd en zijn er vele gezondheidszorg-beroepen ontstaan met hun eigen opleiding en regels. Sinds 1993 is de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) van kracht, die de professies wettelijk vastlegt. Vanaf die tijd zijn de zorgprofessionies steeds sterker geprotocolleerd. De wetenschap ontwikkelde zich verder, waardoor steeds meer behandelingen mogelijk waren voor ziekten en gebreken, waaraan de mens vroeger stierf.

De gezondheidszorg werd daardoor beter, breder en omvangrijker. Nederland beschikt over uitstekende en uitgebreide gezondheidszorg met een ruim verzekerd pakket. (Bijna) iedere burger heeft toegang tot professionele gezondheidszorg.

De gezondheidszorg is steeds meer een professionele bedrijfstak geworden, waarbij steeds meer zaken, die burgers vroeger zelf oplosten of accepteerden, nu onderdeel van de professionele zorg zijn geworden.



Rol van de burger in beweging

Een gevolg van de uitbreiding van de professionele gezondheidszorg is wel dat de verhoudingen rond

een zieke of iemand met een beperking zijn veranderd. Niet de patiënt zelf of zijn familie draagt de volledige verantwoordelijkheid voor zijn/haar gezondheidszorg, maar de professionals sturen en bepalen dat in belangrijke mate.

Omdat een dergelijke gezondheidszorg op termijn niet te handhaven is, ontstaat vanaf de 80'er jaren een tegenbeweging om een deel van de zorg weer terug te leggen bij de burger. De motieven daarvoor zijn verschillend: empowerment van de patiënt, 'shared decision making' aan de ene kant en besparen op de gezondheidszorg aan de andere kant.

In 1973 wordt het begrip 'mantelzorg' bedacht door Johan Hattinga Verschure en 10 jaar later door Elco Brinkman van het CDA tot beleid gemaakt. De eerste dacht aan empowerment, de tweede aan besparingen. Mantelzorgers worden geacht alles op te lossen, wat er in de professionele zorg niet meer van komt. Vrijwilligers moeten de gaten in de bezetting in de langdurige zorg oplossen. Vanuit de gedachte dat iemand, die iets heeft gemankeerd, een ander met dezelfde kwaal kan helpen, worden 'ervaringsdeskundigen' ingezet. Zij hebben een heel ander perspectief dan de professional, die met dezelfde aandoening bezig is. Omdat de gezondheidszorg zo sterk professioneel is gaan denken, ontstaat de neiging bij organisaties om aan de 'leken' (mantelzorgers, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen) vergelijkbare professionele eisen te stellen en hen professionele protocollen op te leggen.

De opstelling van de burger is veranderd. De burger doet niet meer vanzelf wat de dokter zegt, maar maakt eigen keuzen. Door onder andere Internet kan de zorgcliënt beter geïnformeerd zijn, maar hij/zij kan ook denken dat hij/zij de allergenste ziekte heeft, die op Google te vinden is. Dat kan leiden tot eisend gedrag voor maximale diagnostiek, ook al vindt de professional dat niet nodig.

De burger stelt zich soms op als consument, die alles kan eisen, want de verzekering dekt de schade. Dan wordt gevraagd om onnodige behandelingen en/of wordt niet geaccepteerd dat kwalen vanzelf overgaan of dat enig lijden onderdeel is van het menselijk bestaan. Voor de professional is het soms moeilijk daar tegenwicht tegen te geven, zeker in een tijd waarin feiten betwist worden en meningen zaligmakend zijn.



Belangen belemmeren verandering

Professionalisering van een
bedrijfstak leidt ertoe dat er meer

specialisten en minder generalisten komen. Het leidt er ook toe dat de grenzen tussen de specialisaties steeds scherper afgebakend worden en als het ware 'stollen'. Ieder specialisme heeft zijn eigen belangen en probeert die te behouden. Daarom blijkt het lastig om tot een herindeling van het vak van verpleging en verzorging te komen en om nieuwe beroepen (mondhygiënist, OK- assistent, zaalarts) in de wet BIG op te nemen.

De grenzen, die ooit getrokken zijn en de belangen die daarmee gemoeid zijn, belemmeren herinrichting van het professionele veld. De enige generalist in de professionele zorg, de huisarts, dreigt alles te moeten oplossen wat de specialisten niet meer kunnen of willen, dan wel waarvan gedacht wordt dat de huisarts het goedkoper kan. Schotten tussen professionals en tussen organisaties vormen een belemmering voor herordening van de zorg voor gezondheid.

Dat geldt ook voor de grenzen tussen het werk van de professional en de zorg van de burger. Het is logisch dat de burger en zijn omgeving zo veel mogelijk zelf werken aan diens gezondheid en dat zaken niet bij de professionele zorg komen, die daar niet horen. Rapporten over 'houdbaarheid van de gezondheidszorg' eindigen bijna altijd met een oproep om de burger meer zelf te laten doen, zodat de zorg minder kost en minder mensen vraagt. Helaas is het slechten van de grenzen tussen instituties en het aanpassen van de wetgeving daarvan meestal niet het gevolg. Bezuinigen en ideologie gaan hand in hand, maar leiden nog tot weinig praktische oplossingen.



Discussie

Gezondheidszorg is in de 20^{ste} eeuw en vooral vanaf de 70^{er} jaren professionele zorg geworden, een 'industrie' en een systeem, waarin vakbekwaamheid, bewaking van kwaliteit en kosten van 'het product' en sturing en controle voorop staan. Zodra een burger (tijdelijk of permanent) onderdeel van dit systeem is geworden, heeft zij/hij zich aan de spelregels van dat systeem te houden. De burger wordt in het systeem 'opgenomen', een term die nog steeds voor ieder verblijf in een zorginstelling wordt gebruikt. De professionele of 'formele' zorg wordt boven-geschikt aan de zorg van leken voor hun naasten of medeburgers, aangeduid als 'informele' zorg.

Waar vroeger de professional toegevoegd werd om mantelzorg te ontlasten en om 'professionele handelingen' toe te voegen, wordt er nu omgekeerd gehandeld. Nu wordt familie toegevoegd om de professional te ontlasten, waarbij het deels ook om dezelfde ('professionele') handelingen gaat.

Er is behoefte aan een nieuwe balans tussen professionele ('formele') zorg en ('informele') burgerzorg. Vanuit het systeem van de gezondheidszorg wordt deze behoefte gedreven door tekorten. Als de burger meer zelf doet heeft de gezondheidszorg minder mensen en minder geld nodig. Vanuit de burgers is die behoefte 'emancipatoir'. Waarom kunnen we dingen niet zelf doen en zelf bepalen en waarom bepaalt de professional wat wel en niet mag?

We leiden daar de volgende paradigmawijziging uit af:

Zorg voor gezondheid in plaats van gezondheidszorg vraagt een nieuwe verhouding tussen de burger en de professional in het zorgen voor mensen met een ziekte of beperking.

Er is een omkering van de macht nodig. De professional moet weer te gast zijn in het leven van de zorgvrager en niet de zorgvrager opnemen in het formele gezondheidszorgsysteem.

De rol van de professionele gezondheidszorg zal daardoor kleiner worden en die van maatschappelijke zorg groter.



4 | De technologie

Het belang van technologie voor gezondheid en gezondheidszorg

Technologie is een breed begrip. Alles wat het menselijk handelen gemakkelijker maakt, is 'technologie' (dus zelfs het mes en de vork waar we mee eten). In de huidige tijd is technologie in hoofdzaak in te delen in fysieke apparaten, digitale hulpmiddelen en de combinatie van beide, zoals een smartwatch. Technologieën staan aan de mens ter beschikking voor vele doelen o.a. om zijn gezondheid te bewaken en te verbeteren. Technologie helpt ook de gezondheidszorg om betere zorg te gaan leveren.

Technologieën bepalen vaak de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de inrichting ervan. In het vorige thema is al genoemd dat de huidige structuur van ziekenhuizen voortkomt uit de technologische ontwikkeling dat dokters voor hun diagnostiek en hun behandeling afhankelijk werden van het ziekenhuis en er dus (in de 20'er jaren van de vorige eeuw) een vaste relatie mee moesten aangaan. Vanwege die vaste relatie wilden de artsen zeggenschap over de besturing van het ziekenhuis. Het ziekenhuis is tegenwoordig een 'high tech' organisatie, barstensvol met zowel fysieke als digitale technologie, waar de professionals geheel in zijn geïntegreerd.

Ook de huisarts en andere eerstelijns zorgverleners bedienen zich steeds meer van technologie. In de langdurige zorg is het een voortdurende zoektocht waar technologie tot verbetering van de zorg leidt en waar het de zorg 'ontmenselijkt'. Een voorbeeld van het eerste is de 'heup-airbag' voor bewoners van verpleeghuizen, waardoor ze bij een val hun heup niet breken en daardoor mobieler zijn.

Digitale technologie en dataverzameling zijn in de gezondheidszorg eveneens breed aanwezig. Er zijn o.a. monitoringsystemen en klinische registraties. In de ziekenhuisdiagnostiek zijn er de nodige beeldvormende diagnostische technieken (röntgendiagnostiek, CT scan, MRI), gebaseerd op het verzamelen en verwerken van grote hoeveelheden data met als doel dat de specialist geholpen wordt om tot een klinisch oordeel te komen of het goed of slecht is met de patiënt. Daarvoor zijn 'algoritmen' nodig, die worden gevoed door informatie van mensen. Als die mensen de verkeerde informatie invoeren of vooroordelen meegeven, leiden de algoritmen tot verkeerde uitkomsten. AI (Artificial Intelligence) is een verder doorgevoerde vorm van digitalisering, waarin de algoritmen op basis van beschikbare data zelf tot verbetering komen.

In het leven van de burger is technologie eveneens niet meer weg te denken. Dat begon met huishoudelijke apparaten, de telefoon, de televisie en de auto. Nu heeft een groot deel van de bevolking een computer en een smartphone. Voor degenen, die deze apparaten niet hebben, wordt het steeds moeilijker, omdat de maatschappij is afgestemd op het gebruik van digitale middelen. Aan de andere kant van het spectrum zijn er burgers, die niet zonder digitale middelen kunnen.



Technologie maakt veel mogelijk

In ons dagelijks leven is technologie vanaf het begin van de 20ste eeuw, maar zeker na de eeuwwisseling

een steeds belangrijker plaats gaan innemen. We kunnen nu dingen doen, die vroeger onmogelijk waren of moeilijker waren.

Onze gezondheid zou kunnen verbeteren doordat we technologie gebruiken voor een gezondere levensstijl, maar ook verslechteren als technologie bewegen en sociaal contact vermindert. Om de eigen gezondheid of die van een ander te monitoren, zijn er legio mogelijkheden. Ook biedt technologie mogelijkheden om het leven van zorgvrager en ondersteuner te verlichten, zoals een alarmknop, een gps-armband of een traplift. Er zijn al voorbeelden van 'smart houses', waar zo veel mogelijk aan de techniek wordt overgelaten om de bewoner te ontlasten.

In de gezondheidszorg is technologie een absolute noodzaak om dingen voor elkaar te krijgen. Een deel van die ontwikkelingen is al in de inleiding genoemd. De DNA-techniek heeft geleid tot vele mogelijkheden voor onderzoek en behandeling, ook buiten de zorg (forensisch onderzoek). De kwaliteit van 'chirurgische' ingrepen is verbeterd door betere OK-apparatuur, maar ook door niet-invasieve en laparoscopische technieken, waardoor de patiënt minder schade oploopt. IC's staan vol met technologie. De eerste genterapieën zijn al in gebruik, die (levenslang) defecten in genen kunnen repareren.

In de langdurige zorg wordt technologie gebruikt om het leven van de bewoner aangenamer te maken (zoals daglichtlampen in het verpleeghuis, eethulpmiddelen) en het werk van de verpleging en verzorging lichter te maken (tillift, Baxtering van medicijnen, sensortechnologie). Technologie stelt mensen in staat thuis te revalideren met monitoring door de zorgverlener.



Technologie is niet altijd goed

Technologie kan ook verkeerd gebruikt worden of verkeerde effecten hebben. Zo leiden

algoritmen nogal eens tot slechte uitkomsten omdat ze met eenzijdige of zelfs racistische of seksistische informatie zijn gevoed door mensen. Ook is de werking van de algoritmen vaak onduidelijk, terwijl toch onweerlegbare conclusies uit de uitkomst worden getrokken ('computer says no'). Grote databestanden kunnen aan de ene kant gebruikt worden voor onderzoek om de zorg te verbeteren, maar ook misbruikt worden voor zaken, waar ze niet voor bedoeld zijn. De High Tech Big Five (MAGNA; Meta, Amazon, Google, Microsoft en Apple) verzamelen heel veel data over hun klanten, waarvan niet duidelijk is wat daarmee gebeurt.

Er is heel lang gevreesd dat robots al het werk van de mens overbodig zou maken. Het blijkt tot nu toe onmogelijk om complexe handelingen, die voor de mens eenvoudig zijn, door een robot te laten doen. Zo kunnen robots (nog) geen huis schoonmaken of een liggende patiënt goed verzorgen. Robots kunnen ook nog niet goed gebruikt worden voor sociaal contact, al lijkt een sprekende robot op het eerste oog aardig.

Vanuit het misverstand 'meten is weten', worden er (te) veel gegevens verzameld. Dat leidt ertoe dat afwijkingen van de 'standaard' sneller zichtbaar worden en dat degene die monitort zich eerder zorgen gaat maken over die afwijking, terwijl die niet verontrustend hoeft te zijn. Dat verschijnsel doet zich o.a. voor bij gezondheidsfreaks (the quantified self), die iedere 10 minuten hun smartwatch raadplegen. Ook bij te veel meten in een zorgorganisatie dreigt alle aandacht naar de afwijking te gaan, ook al is die in het geheel niet schadelijk.

Tot slot kan technologie tot onduidelijkheden leiden in de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden. De medische wereld zal eraan moeten wennen dat medische beslissingen worden ondersteund door algoritmen, die in de loop van de tijd vrijwel zeker beter zullen zijn dan het denken van de mens. Maar wat als het algoritme de verkeerde conclusie trekt? Of wat als de arts een ander besluit neemt dan het algoritme had voorgesteld en het gaat mis?



Technologie is niet de heilige graal

In bijna iedere branche wordt voor de komende tijd veel heil verwacht van technologie. Technologie moet de stikstofproblematiek op kunnen lossen zonder reductie van de veestapel. Technologie moet het personeelstekort in de zorg oplossen. Technologie moet oudere mensen in staat kunnen stellen langer zelfstandig te wonen. In de praktijk valt dat altijd tegen, omdat technologie veel minder en veel later problemen oplost dan je zou hopen, maar ook omdat veel nieuwe technologie weer nieuwe problemen creëert.

Technologie wordt overschat in zijn werking en zijn gebruiksgemak. Veel apparaten worden niet gebruikt, omdat ze in het gebruik complexer zijn dan de handmatige optie. Ook het onderhoud van apparaten is complex. Om technische apparaten

en digitale systemen te laten werken, zijn steeds meer mensen nodig die deze apparaten begrijpen, onderhouden en storingen kunnen opsporen en verhelpen. Dat vraagt een combinatie van praktische en theoretische kennis, die nu niet geleerd wordt.

De implementatie van technologie duurt altijd langer, kost meer en levert minder op dan verwacht. De impact op de organisatie en de mensen die in contact komen met nieuwe technologie wordt heel vaak geminimaliseerd. En toch gaat het heel vaak mis omdat we het menselijk aspect van technologische verandering uit het oog verliezen.

Technologie moet de mens helpen en mag nooit menselijk contact vervangen. We leunen en vertrouwen te veel op technologie en te weinig op de mens. Dat blijkt uit de toeslagenaffaire, de vele ergernissen over chatbots en de onmogelijkheid om een mens te spreken, die het probleem voor je oplost. Een hand op je arm of vriendelijke woorden van een mens kunnen echt niet vervangen worden door een gezelschapsrobot, een chatbot of beeldcontact.



Discussie

Technologie is belangrijk voor de gezondheidszorg en voor de zorg voor eigen gezondheid, maar lost niet alles op.

Wij leunen als mensen inmiddels te veel op technologie. We zijn er van afhankelijk in ons dagelijks leven. Ingrijpende bestuurlijke beslissingen (reductie veestapel, inkrimpen van de gezondheidszorg, vervuiling door zware industrie, verbieden van slechte producten) worden vermeden in de hoop dat technologie het oplost. Zo krijgt technologie een verkeerde plaats in de maatschappij. De mens moet leidend zijn in het maken van keuzen en de technologie moet dat ondersteunen. Niet omgekeerd.

Technologie mag ook niet in de plaats komen van de mens en de sociale omgang met elkaar. In fabrieken vervangt technologie zware, repetitieve handelingen van medewerkers. In de (langdurige) zorg dreigt een ongewenste ontwikkeling in de omgekeerde richting. Omdat het zware werk van de verzorgende niet door robots gedaan kan worden en het erop lijkt dat robots wel voor gezelligheid kunnen zorgen, dreigt de situatie dat de verzorgende het bed opmaakt, terwijl een robot 'praat' met de bewoner. Het zou omgekeerd moeten zijn: de verzorgende heeft sociaal contact met de bewoner, terwijl de robot het bed opmaakt.

Dit leidt volgens ons niet zo zeer tot een paradigmawisseling, maar naar het aanscherpen van een paradigma dat sinds het boek 'I, Robot' van Asimov bestaat:

Technologie in al zijn vormen ontslaat de burger en de overheid niet van het nemen van ingrijpende beslissingen. Niet alle hoop kan en mag op technologie gericht zijn. Sociale samenhang en sociaal contact zijn de verantwoordelijkheid en het handelingsvermogen van mensen. Dat is een unieke gave van de mens, die niet door technologie vervangen kan en mag worden.



5 | De arbeidsmarkt

Werken in en voor de zorg

Volgens het CBS werken in zorg en welzijn 1,4 miljoen mensen (2020). Dat is bijna 16% van de werkzame bevolking. De sector zorg en welzijn is daarmee, na de zakelijke dienstverlening, de grootste sector voor werkgelegenheid in Nederland. In de cijfers zijn zowel mensen in loondienst als zelfstandige professionals en zzp'ers opgenomen (PNIL, personeel niet in loondienst). Niet meegeteld zijn mensen die voor hun werk in de zorg niet betaald krijgen, zoals mantelzorgers (2019: 5 miljoen, deels overlappend met zorgpersoneel) en vrijwilligers (2019: 1,4 miljoen, dus net zo veel als de betaalde werkers). Er zijn dus (rekening houdend met overlap) circa 7 miljoen mensen in Nederland bezig met zorg voor en het welzijn van anderen. In deze cijfers zijn alle mensen die werken als 'toeleveranciers' van de zorg (leveranciers apparatuur en hulpmiddelen, onderhoudsbedrijven, cateraars en leveranciers, adviseurs, accountants etc.) niet meegenomen. De werkers in het 'zorgsysteem' (VWS, Nza, ZIN, IGJ, Zorgverzekeraars, Zorgkantoren, WMO afdelingen gemeenten, onderzoeksinstituten) zijn eveneens niet meegeteld.

Uitgaande van de CBS-definitie van werkers in de zorg is er op dit moment een personeelstekort van circa 50.000 mensen (3,6%). Het CBS verwacht dat dit in 2031 opgelopen zal zijn tot 140.000 mensen, door de toenemende zorgvraag en de vergrijzing. Dit ondanks het feit dat de instroom (2021: 149.000) van zorgpersoneel sinds 2016 hoger is dan de uitstroom (2021: 128.000).

Werken in de zorg heeft vele voordelen, maar ook nadelen. Sommige van die nadelen zijn door beleid oplosbaar. Andere zijn inherent aan de bedrijfstak. Mensen met een ziekte of handicap hebben deels 24 uur zorg nodig. Zorg is dus een 24/7 bedrijfstak. Dat betekent dat avond-, nacht- en weekenddiensten onlosmakelijk verbonden zijn met werken in de zorg.

De zorgbehoefte, zeker in de langdurige zorg is niet gelijkmatig over de dag verdeeld. In de ochtend moeten mensen geholpen worden met opstaan, douchen en ontbijten en in de avond met de omgekeerde beweging. Daartussen is het rustiger en zijn minder 'hulptroepen' nodig. Op de dag kan dat leiden tot gebroken diensten voor het verzorgend personeel. Ook dit ongemak is inherent aan de bedrijfstak.

Werken in de zorg betekent werken met en voor mensen, die iets mankeren en soms kwetsbaar en onzeker zijn. Voor veel zorgverleners is dat een reden om juist dit werk te doen. De keerzijde is dat je geconfronteerd wordt met het leed en lijden van de medemens en soms diens sterven. Dat kan psychisch belastend zijn. Ook is het werk in de zorg soms fysiek zwaar. Dat is eveneens inherent aan werken in de zorg.



Goed werken in de zorg

Er zijn veel mensen die in zorg en welzijn willen werken en blijven werken. Uit onderzoeken blijkt

dat de intrinsieke motivatie om in de zorg te gaan werken vaak de behoefte is om voor andere mensen betekenis te hebben. Veel werkers in de zorg vinden de mogelijkheden tot eigen ontwikkeling, speelruimte om zelfstandig te kunnen handelen en verantwoordelijkheid te mogen nemen, van belang. Mensen in verpleging en verzorging hechten vaak aan het werken in teamverband en aan een goede bestendige relatie met de bewoners en patiënten. Behandelaren in ziekenhuizen zijn tevens gericht op prestaties en resultaten van de behandeling.

Hoewel het vaak anders beleefd wordt, zijn de salarissen in een groot deel van de zorg goed. Artsen en verpleegkundigen verdienen in Nederland in de reguliere zorg aanzienlijk meer dan hun vakgenoten in Duitsland, Frankrijk, België en het VK. Dat is anders voor de mensen in de laagste salarisschalen, zoals verzorgende, helpende, voedingsassistent, schoonmaker of huishoudelijke hulp. Over het algemeen is het salaris voor zorgverleners niet de belangrijkste motivator.

In vergelijking met andere landen is het werken in zorg en welzijn in Nederland goed geregeld. De arbeidsverhoudingen in het algemeen en in de zorg zijn goed op orde t.o.v. andere landen. Er zijn duidelijke Cao's, er is een beroepenstructuur die vastligt in de BIG. De opleidings- en scholingseisen voor zorgverleners zijn duidelijk. Er zijn uitgebreide en strenge Arbo-eisen en privacy-eisen (voor het personeel in dit geval).

Werkers in de zorg worden over het algemeen gewaardeerd, zowel maatschappelijk als door degenen aan wie ze zorg verlenen. De zorgverleners oogsten meer waardering dan de organisaties, waar ze werken en dan het gezondheidszorgsysteem eromheen. Deels is die waardering obligaats en wordt die helaas niet in beleid omgezet (spandoek: 'niet klappen maar flappen').



Tegenvallers

Er is bij zorgverleners over veel zaken onvrede. De werkdruk is hoog en de vele administratieve taken leiden af

van de zorgverlening. Bijna 40% van de instromers vanuit een zorgopleiding verlaten binnen twee jaar de zorg, omdat het hen tegenvalt. Redenen om de zorg te verlaten zijn de werkdruk, het gebrek aan ruimte om je vak uit te oefenen, bureaucratie, starheid van de organisatie en het management, een slecht team, onvoldoende collegiale support. Voor oudere werknemers is soms de fysieke werklast te zwaar evenals het draaien van onregelmatige diensten.

In de zorg is het ziekteverzuim circa 8,9 % (2022, hoger dan andere jaren door uitputting na de Covid periode). Dat is hoger dan in andere sectoren (gemiddeld 6,3%). Dit hoge ziekteverzuim is deels te verklaren door de zwaardere fysieke en psychische inspanningen die in de zorg geleverd moeten worden. Vanuit loyaliteitsgevoel gaan mensen vaak lang door, ook als het eigenlijk niet kan, waardoor ze daarna lange tijd ziek zijn.

Ervaren zorgverleners, vooral in de verpleging, kiezen er steeds vaker voor om het loondienstverband te verlaten en als zzp'er door te gaan. Hun motivatie ligt vooral in de ruimte die ze krijgen/nemen om hun eigen werk en tijd in te delen. Ook willen ze verlost zijn van de ballast en bureaucratie van een zorgorganisatie. Daarnaast verdienen ze meer als zzp'er en kunnen ze hun werk uitkiezen. Voor de zorgorganisatie leidt dit tot hogere PNIL kosten en gebrek aan continuïteit. Voor de medewerkers, die wel in loondienst blijven, betekent het dat zij de klussen moeten doen en de diensten moeten draaien, waarvoor een zzp'er zich niet laat inhuren, en dat ze in een steeds wisselend team moeten werken, waarin continuïteit ontbreekt.

In de zorg wordt veel parttime gewerkt. Veel beleidsmakers roepen nu dat het personeelstekort in de zorg opgelost zou zijn als de parttimers fulltime gaan werken. Daarbij wordt genegeerd dat het de werkgevers zijn, die aansturen op parttime functies omdat daarmee bijvoorbeeld gebroken diensten gemakkelijker gevuld kunnen worden. Ook zijn er maatschappelijke belemmeringen (mantelzorg, toeslagen, kinderopvang) die het parttimers moeilijk maakt om meer te gaan werken. Niet iedereen wil/kan ook meer werken door de fysieke en geestelijke belasting van het werk en/of door de combinatie met eigen mantelzorg.



Verstarde verhoudingen

Er zijn volop rapporten geschreven over de tekorten en problematiek op de arbeidsmarkt voor zorg en

welzijn, maar er verandert weinig. De commissie 'Werken in de Zorg' heeft vorig jaar zijn opdracht teruggegeven omdat zij het onmogelijk acht om iets te veranderen vanwege de verstarde verhoudingen en het vasthouden aan eigen belang van de zorgwerkgevers.

De starre beroepenstructuur in de BIG moet wijzigen om de grenzen tussen beroepen te versoepelen, maar dit stuit steeds op massieve weerstand van de lobby's van de gevestigde beroepen. Er worden hoge opleidingseisen gesteld, ook voor weinig gecompliceerd werk. Veel 'mag niet', maar van wie eigenlijk?

De 'Arbeidsmarkt' voor de zorg (en andere sectoren) werkt niet volgens de principes van een markt. Er is een tekort aan aanbod van menskracht en een veel grotere vraag naar arbeid. Dan zou het aanbod dus in prijs moeten stijgen en zouden de aanbieders (de zorgverleners) het speelveld moeten bepalen. De kopers (de 'werkgevers') moeten zich aanpassen. Dat gebeurt niet. De lonen stijgen niet en de koper (de werkgever) stelt zich nog steeds op als degene die de eisen stelt aan de verkoper (degene die menskracht ter beschikking stelt).

De kopers ('werkgevers') doen te weinig om voor de verkoper (de aanbieder van menskracht) aantrekkelijk te zijn. Als de redenen voor vertrek liggen in een slechte organisatie van het werk, dan mag je toch verwachten dat de werkgever dat onmiddellijk verandert om aantrekkelijk te zijn? Deze beweging blijft tot nu toe uit.



Discussie

Het begrip 'arbeidsmarkt' is eigenlijk uit de tijd. Zorgverleners bieden op de 'markt' hun talenten, betrokkenheid, inzet en werkkraft aan. Dat is meer dan arbeid of (de laatdunkende term) 'handjes aan het bed'. Zij zijn dus geen 'werknemers' meer, maar 'menschkrachtaanbieders'. Vanwege de tekorten op deze markt, zouden zij als 'verkopers' de condities moeten kunnen bepalen. Dat is niet zo want de 'kopers' van menskracht, die zich ten onrechte nog steeds 'werkgevers' noemen, houden samen met de overheid zowel maatschappelijk als op organisatieniveau de condities in stand, die het verkopen van diens menskracht voor een zorgverlener niet aantrekkelijk maken. Alleen zzp'ers kunnen zich deels als eisen stellende verkoper opstellen, maar dat is weer schadelijk voor de andere 'verkopers' (medewerkers), die hechten aan een permanente relatie tussen koper (de zorgorganisatie) en verkoper (de zorgverlener).

De vastgeroeste beroepenstructuur en de versterkte kwaliteitseisen maken veranderingen en innovaties in de 'menschkracht markt' lastig, waardoor eveneens mensen hun talenten en werkkraft niet op de door hen gewenste en voor goede zorg noodzakelijke manier kunnen aanbieden.

Wij leiden daaruit de volgende paradigmaverschuiving voor de 'arbeidsmarkt' in de zorg af:

De arbeidsmarkt in de zorg gaat alleen werken als de bestaande machtsverhoudingen worden doorbroken en de rollen worden omgedraaid.

De werkgever is de vragende partij die moet solliciteren bij de zorgverlener in plaats van omgekeerd. Dat noodzaakt die werkgever om belemmeringen in het werk weg te nemen in plaats van eisen te stellen aan de werknemer. Ook de overheid zal de regelgeving aan moeten passen aan deze nieuwe werkelijkheid.

Dit zal leiden tot een heel andere inrichting van zorgorganisaties, als die al blijven bestaan.



6 | De organisatie van de gezondheidszorg

Is de Nederlandse gezondheidszorg uniek?

Nederland is een van de weinige landen waar niet twee gescheiden zorgsystemen naast elkaar bestaan: staatszorg voor de armen en private zorg voor de rijken. Nederland heeft een gezondheidszorgsysteem dat voor iedereen toegankelijk is en waar iedereen voor basiszorg verzekerd is. Die gezondheidszorg wordt (m.u.v. UMC's) geleverd door private organisaties met zorgverleners, die geen ambtenaar zijn. De gezondheidszorg wordt voor 90% uit premies van burgers en van werkgevers betaald, die door de overheid worden herverdeeld. Vanwege EU-afspraken worden die herverdeelde premies meegerekend in het overheidsbudget en opgeteld bij de begroting van VWS. Dit leidt tot het beeld dat de gezondheidszorg in Nederland publiek is gefinancierd en privaat wordt verleend.

De private uitvoering van de gezondheidszorg is gestoeld op de historie. Gezondheidszorg werd in Nederland vanouds door kerkelijke en burgerlijke organisaties geleverd en niet door de overheid. Pas in de negentiende en begin twintigste eeuw richtte de overheid zorgorganisaties op, daar waar het particulier initiatief geen oplossing bood. Die overheidsorganisaties zijn inmiddels allen opgegaan in private zorgorganisaties. In en na de Tweede Wereldoorlog (ziekenfondswet 1942) ging de overheid zich steeds meer bemoeien met de gezondheidszorg, eerst vooral vanwege de kosten, later ook vanwege de kwaliteit.

In de huidige tijd zijn private zorgorganisaties en ondernemende professionals nog steeds verantwoordelijk voor de levering van bijna alle gezondheidszorg. De overheid is verantwoordelijk voor de volksgezondheid en *systeemverantwoordelijk* voor de gezondheidszorg. Dat zou moeten betekenen dat de overheid zich vooral richt op het bewaken van de realisatie van de publieke doelen van de gezondheidszorg: *betaalbaarheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit*. Het bewaken van de betaalbaarheid en de kwaliteit is wettelijk in handen gelegd van de private zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet, Zvw), de publiekrechtelijke zorgkantoren, die onderdeel zijn van die zorgverzekeraars (Wet langdurige zorg, Wlz), en de gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo). Bij de Rijksoverheid ligt de verantwoordelijkheid voor bewaken van de macro betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit.

Sinds 2006 heeft Nederland de unieke *basisverzekering*, gebaseerd op solidariteit. Iedere burger is volgens de Zvw verzekerd voor het ruime basispakket gezondheidszorg en betaalt daarvoor rechtstreeks en via zijn werkgever premie. De andere gezondheidszorg en het welzijn zijn geregeld in respectievelijk de Wlz en de Wmo. Voor beide sociale verzekeringen betaalt de burger via zijn belasting premie.

Nederland heeft met deze wetten een van de meest solidaire gezondheidszorgsystemen ter wereld.



Goede gezondheidszorg

Uit internationale onderzoeken komt telkens naar voren dat de gezondheidszorg in Nederland

goed en innovatief is en wereldwijd tot de beste stelsels behoort. De kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland zijn goed, de levensverwachting is hoog en er zijn relatief weinig vermijdbare sterfgevallen. Nederland geeft veel geld uit aan gezondheidszorg (vooral de langdurige zorg), maar hoort niet bij de Europese top.

De basisverzekering, zoals die geregeld is in de Zvw, is een belangrijke verworvenheid in Nederland. Iedere burger is verzekerd voor een breed pakket van gezondheidszorg. Die verzekering wordt betaalbaar gehouden door de zorginkoop van de zorgverzekeraars en door een zorgtoeslag van de overheid voor burgers met een gering inkomen die de premie niet kunnen betalen. De zorgverzekering is gebaseerd op solidariteit tussen rijken en armen en tussen jongeren en ouderen. Tot aan de Covid-problemen was de curatieve zorg voor iedereen goed toegankelijk.

De regulering van de gezondheidszorg met vier wetten (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet) is in principe duidelijk en overzichtelijk. Daarmee is het brede scala van behoefte aan zorg, welzijn en ondersteuning volledig gedekt. Het systeem van *gereguleerde marktwerking* mag dan de nodige problemen met zich meebrengen, het heeft er wel toe geleid dat zorgaanbieders meer oog kregen voor hun cliënt en hun prestaties voor die cliënt.

Dat Nederland één systeem heeft voor gezondheidszorg voor iedereen en geen aparte private luxe zorgindustrie voor de rijken, past bij de solidariteit en is een verworvenheid die gekoesterd moet worden. Het hybride systeem van publieke financiering en private uitvoering van gezondheidszorg is stevig verankerd in onze samenleving en innovatiever gebleken dan een stelsel van staatsgezondheidszorg.

Evenzo is de sterke eerstelijnszorg, met de rol van de huisarts als poortwachter, een systeem dat goed werkt en een verworvenheid is ten opzichte van andere landen.

Zowel de basisverzekering als de inrichting van het zorgsysteem worden door andere landen als voorbeeld gezien. Ze komen in Nederland graag kijken hoe 'wij' het doen.



Het kan beter

Het systeem van onze gezondheidszorg is dus in principe goed. Ook de meeste critici pleiten ervoor om niet het systeem te veranderen, maar daarbinnen te verbeteren. Binnen het systeem zijn er immers flink wat zaken die niet goed gaan.

De Zvw heeft deels niet zo uitpakkt als beoogd. Van de beoogde marktwerking is niet zo veel terecht gekomen. Wel heeft het geleid tot het ontstaan van 'zorgcowboys' die gaten in de 'markt' zien om van het systeem te profiteren. Voor een deel komt dat ook omdat de invoering van de Zvw niet is afgemaakt. Door de combinatie van het niet schrappen van artikel 13 (onterecht aangeduid als 'recht op vrije artskeuze'), de goedkope polissen voor gezonde mensen en de groei van het aantal ongecontracteerde zorgaanbieders, kunnen de zorgverzekeraars niet goed sturen op kosten en op kwaliteit. De capaciteit en de kwaliteit van het overheidstoezicht is onvoldoende om die sturing op kwaliteit over te nemen.

De 'zorgverzekeringsmarkt' werkt niet goed. De fusiebeweging van zorgverzekeraars heeft geleid tot een oligopolie van 5 grote partijen. Van alle verzekerden wisselt per jaar minder dan 10% van zorgverzekeraar. Dat zijn vooral gezonde jonge mensen, die verwachten niet ziek te worden. Die 'koopjesjagers' als verzekerde zijn als patiënt wel veeleisend. Als ze wat mankeren, willen ze wel bij iedere zorgaanbieder terecht kunnen, ook al is die

door hun zorgverzekeraar niet gecontracteerd. Dit effect wordt nog versterkt doordat steeds meer zorgaanbieders zich niet laten contracteren door de verzekeraars, maar wel een groot deel van hun werk door diezelfde verzekeraars vergoed willen zien. Dit gedrag van een deel van de verzekerden en zorgaanbieders jaagt de zorgkosten op en tast de solidariteit aan.

Die solidariteit staat ook onder druk doordat arme mensen de zorgpremie niet kunnen betalen en een toeslag uit belastingmiddelen krijgen, terwijl mensen met een hoger inkomen een fors stijgende inkomensafhankelijke zorgpremie moeten betalen.

Het principe van (zinnige en) zuinige zorg heeft ertoe geleid dat de curatieve capaciteit in de loop der tijd is ingekrompen. In 'goede tijden' was dat geen probleem, maar tijdens de Covidcrisis bleek dat die capaciteit onvoldoende is om een piek op te vangen en dat er evenmin opschalingsmogelijkheden zijn, dan wel gebruikt worden. Het gevolg is dat er nu voor jaren een extra curatieve zorgvraag is van behandelingen, die zijn uitgesteld en alsnog moeten plaatsvinden. Ook blijkt een deel van deze zorgvraag verdampt, ofwel doordat de kwaal is hersteld ofwel doordat de patiënt is overleden.



Rigide regels

Het gezondheidszorgstelsel is ingedeeld in allemaal kleine vakjes, met rigide schotten ertussen. De regulering is gebaseerd op de fictie dat de burger één eenduidige en enkelvoudige zorgvraag heeft, die tussen de schotten kan worden opgelost. Maar de meeste burgers hebben een complexe zorgvraag, waarvoor binnen deze ordening, geen integrale oplossingen voorhanden zijn. Al jaren wordt gestuurd op ketenzorg en op samenwerking, maar de resultaten zijn beperkt omdat de regels rigide zijn. De overheid is laks in het mogelijk maken van oplossingen in de tussengebieden en verzekeraars, professionals en zorgorganisaties zijn bevreesd om grenzen te overschrijden. De schotten worden ook 'in het veld' in stand gehouden door de gevestigde belangen van alle partijen. Gebrek aan vertrouwen vanuit de overheid en de voortdurende roep om bestuurders en/of professionals aansprakelijk te stellen, dragen niet bij aan de bereidheid 'burgerlijk ongehoorzaam' te zijn en de schotten te overschrijden.

De overheid volgt ook haar eigen principes niet na. In plaats van marktwerking en een terugtrekkende overheid na te streven heeft de overheid weer budgetregels opgesteld en is steeds verder in detail gaan over-reguleren.



Discussie

De gezondheidszorg is sterk verkaveld in strak afgebakende percelen. Vanuit landbouw en natuurbeheer is bekend dat een dergelijke verkaveling leidt tot gebrek aan diversiteit en verarming van de grond. Om groei en ontwikkeling mogelijk te maken en overschrijding van de kavelgrenzen mogelijk te maken, wordt ingezet op minder strakke afbakening van de percelen en worden de rechte sloten vervangen door meanderende beken. De gezondheidszorg heeft een vergelijkbare vorm van 'natuurbeheer' nodig.

De volgende paradigmaverschuiving is nodig:

De strakke verkaveling en kanalisering van de gezondheidszorg belemmert passende zorg en innovatie. Samenwerking en zorg verlenen in de gebieden tussen wetten worden daardoor bemoeilijkt. De grenzen tussen de percelen (wetten, sectoren, professionals, zorgaanbod) moeten niet meer kaarsrecht en strak beschoeid zijn, maar kunnen meanderen afhankelijk van de vraag van de cliënt en van de maatschappelijke ontwikkelingen. Laat de zorg meanderen in plaats van deze nog verder te kanaliseren.



7 | De kosten en baten van de gezondheidszorg

Kosten en baten van de gezondheidszorg

Als het over de economische kant van de gezondheidszorg en (in mindere mate) over ondersteuning van welzijn gaat, dan wordt vooral gefocust op de kosten. Die worden uitgedrukt in een percentage van het bruto binnenlands product (bbp). Meestal direct gevolgd door de constatering dat die kosten op termijn niet houdbaar zijn. Het is lastiger om te vinden wat de baten zijn van de gezondheidszorg. Die moeten er zijn en ze moeten gelijk of hoger zijn dan de circa 100 miljard die in Nederland aan gezondheidszorg wordt uitgegeven, want anders zouden er immers andere maatschappelijke keuzen gemaakt worden.

Over wat de kosten van de gezondheidszorg zijn en hoe je die bepaalt, lopen de gedachten uiteen. Door verschillende definities varieert het macrobedrag aan gezondheidszorg van 87 tot 105 miljard per jaar. De kosten van de zorg als percentage van het bruto binnenlands product uitdrukken (10%-14%) is ook lastig want als -zoals in 2020- het bbp incidenteel daalt en de zorgkosten gelijk blijven, is dat percentage ineens hoger. Een andere manier van aanduiden is de kosten van de zorg als onderdeel van de Rijksbegroting (circa 22%) te zien, maar dat is onterecht, want 90% van de zorguitgaven wordt betaald uit premies van burgers en die zijn niet substitueerbaar met uitgaven uit belastingen. Misschien de beste manier om de zorgkosten te definiëren is het geld dat een burger er jaarlijks aan kwijt is. Dat bedrag schommelt gemiddeld tussen de € 6.000,- en € 6.500,- per jaar. Dat is 17% van een modaal inkomen. Het absolute bedrag is hoger dan in andere Europese landen, maar de burger krijgt er veel voor, omdat de Nederlandse zorg uitgebreid is en voor iedereen beschikbaar en toegankelijk.

Daarmee komen we op de andere kant van de waarde van de gezondheidszorg, de baten. In het brede welvaartsbegrip, dat het CBS sinds een paar jaar hanteert, worden baten van zorg, onderwijs, cultuur en sport wel -kwantitatief- meegenomen. In het oorspronkelijke economische welvaartsbegrip, waar het bbp op gestoeld is, tellen deze baten niet mee. Economen vinden het lastig om de economische waarde van gezondheidszorg te bepalen. Sociologen, antropologen en politicologen vinden de waarde van gezondheidszorg evident. Hoe beter de gezondheidszorg, hoe gezonder de burger, hoe beter een land functioneert. Datzelfde geldt overigens voor onderwijs. Een gezonde en opgeleide burger kan werken en bijdragen aan de economie (als er werk is).

Hiermee raken de baten op macroniveau en de baten voor de individuele burger elkaar. De burger heeft er direct belang bij om gezond te zijn, dan wel te kunnen leven met zijn kwalen en te kunnen functioneren in de maatschappij en de eigen sociale omgeving. Die baten zijn zowel kwalitatief als kwantitatief, want als je goed kunt functioneren levert dat minder kosten en/of meer inkomen op. Zowel de burger als de maatschappij heeft dus groot belang bij goede gezondheid van burgers en goede gezondheidszorg om dat mogelijk te maken. Zo bezien overstijgen de maatschappelijke baten van de gezondheidszorg de economische kosten ervan.



De waarde(n) van de gezondheidszorg

In Nederland hebben we al zo lang een goed functionerende

gezondheidszorg, dat we die als vanzelfsprekend zijn gaan beschouwen. Daardoor dreigen de intrinsieke waarden van een goed zorgsysteem op de achtergrond te raken. Uit een onderzoek van de WHO blijkt dat de gezondheidszorg ('health sector'):

- Essentieel is voor economische prestaties en stabiliteit in een land;
- Positief effect heeft op de economische prestaties van andere sectoren;
- Een belangrijke rol speelt in het reduceren van sociale uitsluiting, door zijn positieve invloed op werk, werkomstandigheden en het inkomen van huishoudens;
- In toenemende mate een sleutelfactor is voor het realiseren van lokale en nationale doelen voor duurzame ontwikkeling.

Goede gezondheidszorg leidt tot een hogere levensverwachting en lagere kindersterfte en heeft dus een positief demografisch effect. Als burgers (langer) in goede gezondheid verkeren, kunnen ze meer bijdragen aan het arbeidsproces en daardoor aan de economie. Gezonde burgers, die niet meer werkzaam zijn, kunnen tot op hoge leeftijd een belangrijke sociale rol vervullen in hun omgeving en in de maatschappij.

Uit onderzoeken blijkt dat burgers hoge prioriteit geven aan goede gezondheid van zichzelf en hun naasten. Daarvoor is goede en tijdige gezondheidszorg nodig voor als die gezondheid te wensen overlaat. Over een heel leven levert de gezondheidszorg een burger waarschijnlijk meer op dan het hem kost. Marc Pomp heeft voor Nederland berekend dat iedere euro, die de burger in zijn leven aan gezondheidszorg spendeert, hem gemiddeld € 1,30 oplevert. Internationaal zijn er vergelijkbare studies. Dat is een andere manier van kijken dan naar de macro-bedragen.

In plaats van het macrobedrag van 100 miljard als kosten te zien, kun je ook redeneren dat de zorg in Nederland voor dit bedrag bijdraagt aan het bbp (nu 800 miljard per jaar). Er gaat circa 65 miljard naar werkenden in de zorg, zowel in loondienst als voor zzp'ers. De gezondheidszorg geeft daarmee 16% van de beroepsbevolking een inkomen. Dat is een belangrijke bijdrage aan de economie, al vinden economen dat dit bedrag uitsluitend als kosten moeten worden gezien.

Zorgorganisaties kopen mensen en middelen in bij andere organisaties. De omvang van die inkoop is circa 25 miljard. Dus 25% van de 'kosten' van de gezondheidszorg is 'omzet' in o.a. de sectoren zakelijke dienstverlening en industrie en wordt daar als opbrengsten gezien.

Zo bezien leidt 100 miljard 'kosten' in de zorg tot 90 miljard 'opbrengsten' voor burgers en andere sectoren van het bedrijfsleven, noch los van alle baten, die niet direct in geld uit te drukken zijn.



Kosten gezondheidszorg

Het bedrag dat Nederland uitgeeft aan zorg neemt toe, maar de jaarlijkse stijging is fors afgenomen.

Rond de eeuwwisseling was de stijging 5,5% per jaar, nu is dat al meer dan een decennium 2,8% per jaar. Uitgaande van de stijging van 2,8% per jaar, worden bij ongewijzigd beleid de zorguitgaven in 2040 circa 174 miljard geraamd. Een extreme extrapolatie over een lange periode leidt tot het doemscenario van de WRR dat in 2060 de kosten van de gezondheidszorg 290 miljard bedragen en dat 1/3 van de beroepsbevolking in de zorg werkzaam zal moeten zijn.

Nederland heeft de hoogste zorguitgaven per hoofd van de bevolking van West-Europa, maar ook een van de beste zorgstelsels. Nederland had (tot Covid-19) kortere wachtlijsten dan andere landen en in principe krijgt iedereen de zorg die hij/zij nodig heeft. In vergelijking met andere landen geeft Nederland minder uit aan curatieve zorg en aan medicijnen en meer aan de zorg voor ouderen, terwijl de vergrijzing hier minder is dan in andere landen. Het is niet duidelijk waarom de zorg voor ouderen meer kost dan elders en wat er aan te doen is.



Is de zorg beheersbaar?

De algemene beleids- en onderzoeksopvatting is dat de gezondheidszorg in zijn huidige

vorm door de kosten en het personeelstekort niet houdbaar is. Boeiend is dat staatsecretaris Hendriks in 1974 met die argumenten zijn structuurnota uitbracht. We vinden dus al bijna 50 jaar dat de gezondheidszorg in zijn huidige vorm onhoudbaar is en sturen al die tijd op kostenbeheersing. Toch heeft dat in 2022 nog steeds geen toekomstbestendige zorg opgeleverd, al is de jaarlijkse stijging van de kosten voor de zorg lager dan in de vorige eeuw. Is iets, dat 50 jaar bestaat nog wel een probleem of een 'fact of life' geworden?

Het gezondheidszorgbeleid is in al die jaren steeds gericht op het vergroten van de efficiency en het herverdelen van taken tussen de verschillende echelons (eerste lijn, tweede lijn, derde lijn en vierde lijn), die ooit door Hendriks zijn bedacht. Ook van marktwerking werd veel verwacht. De laatste jaren is de hoop gevestigd op verregaande besparingen (geld en personeel) door technologie, het voorkomen van onnodige zorg (Juiste Zorg op de Juiste Plaats), passende zorg en samenwerking tussen zorgorganisaties. Ook scheiden van wonen en zorg, de kosten van medicijnen en loondienst voor medisch specialisten zijn stokpaardjes die bij ieder kabinet terugkomen. Als die sturingsmechanismen al die jaren niet of beperkt effect hebben gehad, dan is het twijfelachtig of hiermee toekomstbestendige oplossingen bereikt worden. Soms werken maatregelen ook averechts, want de kosten van langdurige zorg, die door de overgang van AWBZ naar Wlz en Wmo beheersbaar moesten worden, zijn fors toegenomen (2014: 28 miljard, 2021 30 miljard), terwijl het aantal cliënten is afgenomen (2014: 570.000 gebruikers; 2021: 310.000 gebruikers).

Toch blijft het beleid steeds weer gericht op dezelfde instrumenten, ook al zijn ze bewezen ineffectief. Het 'lelijke' van de kostenbeheersing in de gezondheidszorg is dat we na bijna 50 jaar nog steeds niet goed weten hoe dat moet.



Discussie

Bij discussies over keuzen in de gezondheidszorg is de aandacht te veel gericht op de kosten in geld en in personeel en te weinig op de baten van die gezondheidszorg voor de burger en voor de maatschappij.

Nederland staat voor een fundamentele keuze tussen grote waarde van de gezondheidszorg en accepteren dat die een groot deel van het bbp en van de werkzame bevolking vergt óf de economische 'houdbaarheid' laten prevaleren.

Als geld en personeel leidend zijn voor de omvang van de gezondheidszorg, dan bieden de beschikbare beleidskeuzen geen soelaas. Dan zal die zorg in de komende jaren flink afgeschaald moeten worden door de toegankelijkheid, de beschikbaarheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg fors te reduceren. De burger zal dan meer zelf moeten doen en meer zelf moeten betalen.

De formele gezondheidszorg zal dan sterk verschrompen, waarschijnlijk tot een niveau dat voor kiezers niet acceptabel is en waarvoor politici daarom terugschrikken.

Volgens ons is de volgende paradigmaverschuiving nodig:

Gedurende 50 jaar hebben alle maatregelen onvoldoende gewerkt om de gezondheidszorg qua geld en qua inzet van personeel 'houdbaar' te maken. De verwachtingen ten aanzien van efficiencyverhoging, schrappen van onnodige zorg, hulp van technologie, beperking van inkomsten van zorgverleners etc. zijn veel te hoog gespannen. Alleen budgettering, op grote schaal schrappen van zorgaanbod en de lasten bij de burger leggen helpen, maar leiden tot 'slechte' zorg.

We staan maatschappelijk voor de keuze om het aanbod van gezondheidszorg rigoureus te reduceren tot een maatschappelijk niet acceptabel minimum of te accepteren dat de gezondheidszorg voorziet in een zodanige maatschappelijke behoefte, dat het groeiende beslag ervan op de maatschappelijke middelen gerechtvaardigd is.



8 | De duurzaamheid van de zorg

Duurzaamheid in de zorg heeft vele gedaanten

Bij duurzaamheid denken we vaak het eerste aan duurzaamheid voor het milieu. Duurzaamheid heeft veel meer aspecten, zeker in de gezondheidszorg.

In de curatieve zorg is de duurzaamheid van behandelingen een aandachtspunt. Levert de behandeling van een patiënt hem/haar duurzame verbetering van de gezondheid op en betere mogelijkheden om aan het sociale verkeer deel te nemen? Hoeft de behandeling maar één keer plaats te vinden, zoals bij een staarbehandeling of moet deze telkens herhaald worden, zoals bij dialyse? Zijn de gebruikte medische middelen duurzaam, zoals een pacemaker die vroeger na een paar jaar vervangen moest worden en waarvan nu de batterij van buiten het lichaam kan worden opgeladen? Duurzame zorg is het voorkomen van onnodige en overbodige behandeling en verzorging. Dat kan gaan om het voorkomen van een dubbele röntgenfoto (eerst voor de huisarts en dan voor de specialist) of iets niet behandelen, omdat het vanzelf overgaat of er niets meer aan te doen is. Zowel de patiënt als de zorgverlener heeft een rol in het voorkomen van onnodige diagnostiek, die alleen maar uitgevoerd wordt 'voor de zekerheid'.

Een duurzame inrichting van de keten van verschillende zorgverleners leidt ertoe dat het zorgproces van de verschillende aanbieders naadloos aansluit en dat de zorgvrager geen hinder ondervindt van hiaten in het proces of van dubbel

werk van de verschillende zorgverleners.

Met het voorgaande hangt direct samen dat duurzame zorg het voorkomen van onnodige bureaucratie is en van meermalen vastlegging van dezelfde gegevens. Verspilling van data is net zomin duurzaam als het verspillen van hulpmiddelen.

Duurzaamheid is ook dat burger zelf de handelingen verricht, die zij/hij (nog) kan uitvoeren met zijn beperking, in plaats van dat de zorgverlener het overneemt. Een aantrekkelijk voorbeeld zijn evenals zelfmonitoring van gezondheidswaarden zijn dan belangrijke elementen van duurzaamheid.

Duurzaamheid in engere zin is ook voor de zorg van groot belang. Hoeveel zaken worden verspild? Wat is de milieubelasting van disposables en kan dat minder of anders? Hoeveel fossiele brandstof gebruiken we en kan dat minder? Hoe duurzaam zijn onze gebouwen en hoe kunnen we die duurzaamheid verbeteren. Welke milieubelasting geven onze behandelingen en wat kunnen we daaraan veranderen?

Andere vormen van duurzaamheid van de gezondheidszorg zoals een duurzame arbeidsmarkt en houdbare zorg zijn in de thema's 5 en 6 al aan de orde geweest.



Oog voor duurzaam

Duurzaamheid vanuit milieuoogpunt heeft al enige jaren de aandacht van VWS. In

2015 is een 'Green Deal' gesloten, met 70 (nu met 230) organisaties. In de Green Deal zijn afspraken gemaakt over vier 'pijlers' voor duurzaamheid: (1) *Terugdringen van de CO₂ emissie van de zorgsector met 49% in 2030*; (2) *Circulair werken bevorderen*; (3) *Terugdringen van de hoeveelheid medicijnresten in oppervlaktewater en grondwater*; (4) *Creëren van een leefomgeving in en buiten zorginstellingen, die de gezondheid bevordert*. Alleen voor de eerste pijler zijn concrete doelen gesteld. In 2022 heeft een evaluatie plaatsgevonden, waaruit blijkt dat de deelnemers tevreden zijn over het programma, maar dat er nog geen aantoonbare resultaten te benoemen zijn. Er is behoefte aan concretisering van de andere doelen.

Voor de duurzaamheid van behandelingen is aandacht, sinds de professionele beroepsgroepen werken met protocollen voor 'state of the art' behandelingen en het afschaffen van obsoleete behandelingen. Implantaten zijn in deze eeuw duurzamer geworden, zodat het nog maar zelden voorkomt dat een patiënt na enkele jaren opnieuw geopereerd moet worden om het implantaat te vervangen.

De programma's 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZoJP 2018) en 'Passende zorg' (PZ, 2020) hebben beiden tot doel om onnodige zorg en behandeling te voorkomen. JZoJP heeft als pijlers: (1) (Duurdere) zorg voorkomen; (2) Zorg verplaatsen en rond mensen organiseren; (3) Zorg vervangen door slimme zorg en e-health.

PZ rust op 4 principes: *Passende zorg (1) is zorg die werkt tegen een redelijke prijs; (2) betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen; (3) wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd; (4) gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid*. Samenwerking tussen professionals en tussen zorgorganisaties is daarvoor essentieel.

Van JZoJP zijn inmiddels een paar praktijkvoorbeelden beschikbaar. PZ staat nog in de kinderschoenen en heeft nog niet tot concrete resultaten geleid. Eerder was er al het programma 'Zorg voor Beter' voor de langdurige zorg. Ook dat heeft inmiddels resultaten opgeleverd, zoals een lijst van 15 onnodige verpleegkundige handelingen. Met alle programma's wordt ook beoogd de duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem te bevorderen, waarvoor ook wel de term 'houdbare zorg' gehanteerd wordt. Ook wordt nagestreefd dat de cliënt betere zorg krijgt en niet onnodig wordt belast.

Voor het vergroten van de duurzaamheid van de gezondheidszorg door minder bureaucratie loopt het programma 'Ontregel de zorg'. Dat programma loopt al 4 jaar en is net tot 2025 verlengd. Hoewel er voorbeelden van verbeteringen zijn, is de algemene regeldruk nog niet afgenomen en zijn er nieuwe bureaucratische regels bij gekomen.



Verspilling

Ondanks de vele initiatieven staat duurzame zorg in veel van de genoemde betekenissen nog aan het begin van een lange ontwikkeling. Er bestaat brede consensus over dat er te veel onnodig behandeld en verpleegd wordt. Kwantitatief onderzoek naar de omvang van de onnodige zorg is er echter nauwelijks. Overbodige en onnodige zorg kan verschillende oorzaken hebben: ingeslepen gewoonten van de beroepsgroep, verschillende 'scholen' in behandeling, autonoom gedrag van professionals, die vasthouden aan het verleden, gebrek aan kennis en eisend gedrag van de patiënt en blijven zoeken naar zekerheid door steeds meer diagnostiek. Daarnaast kunnen de schotten in de zorg ertoe leiden dat zaken dubbel worden gedaan.

Met verduurzaming van de zorg door minder bureaucratie en minder administratie wil het nog niet opschieten. Iedere instantie houdt vast aan zijn eigen informatiebehoefte. Daarnaast gebeurt er veel onnodigs, omdat zorgverleners de regels niet goed kennen en dus maar aan administratie vasthouden. De 'Verscheurkalender' van een groep verontruste huisartsen geeft daar veel voorbeelden van. De 'vijfminuten registratie' is al door drie ministers afgeschaft, maar wordt nog steeds gehanteerd.

Ziekenhuizen gebruiken veel zware metalen, leveren radioactief afval en vervuilen de bodem. De meeste zorggebouwen zijn nog niet energiezuinig. In alle zorgorganisaties worden heel veel disposables gebruikt. Dat mag goed zijn voor veiligheid van de cliënt en de zorgmedewerker, het levert wel een enorme berg afval op, vaak van composietmateriaal dat moeilijk te recyclen is. Er zijn geen cijfers van, maar vermoedelijk hebben de Covid-19 maatregelen zowel in de zorg als bij burgers tot een enorme toename van wegwerp materiaal geleid. Mondkapjes zijn het nieuwe zwerfvuil. Bovendien leiden deze beschermingsmaterialen tot een ander soort 'vervuiling' namelijk de belemmering van sociaal contact.

De Green Deal bevat terecht de pijler om minder resten van geneesmiddelen in het grond- en oppervlaktewater te krijgen, want dat is een toenemend probleem. Het is nog niet duidelijk hoe dat oplosbaar is.



Inzicht en intenties zijn niet genoeg

De vele programma's laten zien dat er inmiddels inzicht is in de noodzaak om de zorg te verduurzamen. Er zijn vele goede intenties en programma's voor duurzame zorg, maar de resultaten zijn nog beperkt. Voor een deel komt dat misschien door de versnippering van de programma's en de vele instanties die vanuit hun eigen optiek met het onderwerp bezig zijn. Daarnaast stuiten ook deze veranderingen op weerstanden door de vele belangen en de segmentering van de gezondheidszorg. Dat is overigens in andere sectoren niet anders. De overheid en in het bijzonder VWS en haar instanties zijn vooral stimulerend bezig en proberen met deals en convenanten zaken te bereiken. Een meer sturende rol vanuit het kabinet wordt vermeden.



Discussie

Het schiet nog niet op met de verduurzaming van de zorg. De vraagstukken zijn te complex en de gevestigde belangen te groot en te divers om met alle stakeholders gezamenlijk tot resultaten te komen. Waarschijnlijk weten we ook nog niet voor alle duurzaamheidsvraagstukken wat de mogelijke oplossingen zijn en welke het beste gekozen kunnen worden.

De paradigmaverschuiving is hier:

Duurzame zorg vraagt om een integrale en brede aanpak van alle vormen van duurzaamheid, zoals kiezen voor behandelingen met een langdurig effect, vermijden van onnodige behandelingen en overbodige zorg, tegengaan van bureaucratie, streven naar houdbare zorg qua geld en inzet van mensen, zorgen voor minder verspilling en voor verbetering van het milieu.

Duurzame zorg komt niet op basis van vrijwilligheid en 'polderen' tot stand.

De tijd van vrijwillige convenanten, overlegtafels en deals is voorbij.

Regelgeving en handhaving zijn nodig, zowel van de EU als van Nederland.



9 | De ethiek van gezondheid en zorg

Het belang van ethiek

Ethiek is een filosofisch begrip, gericht op het begrijpen van waarden, normen en gebruiken en op het ontdekken wat de maatstaf voor het goede en het kwade is. Ethiek heeft ook een praktische kant. In alle aspecten van ons leven en onze maatschappij zoeken we naar antwoorden op ethische vraagstukken. Wat is in een moeilijke situatie het goede om te doen en waarom?

Waar het gezondheid betreft kunnen we drie soorten ethische vraagstukken onderscheiden:

- Ethische keuzen rond de eigen gezondheid en die van je naasten.
- Ethische keuzen rond de gezondheid van de bevolking, de volksgezondheid.
- Ethische keuzen rond de gezondheidszorg.

Persoonlijke ethische keuzen gaan over het goede of kwade doen voor de eigen gezondheid en die van de naasten. Moet je het helemaal zelf weten als je destructief met jouw lichaam en geest omgaat of moet je ook rekening houden met anderen? Mag je je kind laten besnijden? Moet je een baby zonder levenskansen geboren laten worden of niet? Probeer je een zieke naaste uit eigenbelang in leven te houden of respecteer je diens wens om te sterven? Maken oude mensen deel uit van je sociale omgeving of laat je ze in isolement en eenzaamheid leven? Maakt de burger zelf keuzen in het leven of mag/moet de overheid die privé keuzen verbieden, tolereren of bevorderen? Zowel over privé ethische keuzen als over overheidsinterventies daarin wordt per cultuur, religie of land verschillend gedacht en gehandeld.

Wat is 'het goede' in de volksgezondheid om de bevolking gezond te krijgen en te houden? Dat goede nutsvoorzieningen (water, riolering, energie, wegen) 'het goede zijn' is in Nederland evident, maar in de VS niet. Daar wordt dat deels als kostbare overheidsinterventie gezien, die de vrijheid van de (rijke) burger inperkt. Dat bestrijding van infectieziekten een goede zaak is voor de gezondheid van de bevolking, wordt wereldwijd breder gedragen. Of en hoe de overheid de burger moet stimuleren tot een gezondere levensstijl is controversieel, zeker als die stimulans met dwang gepaard gaat of met wetgeving, die het bedrijfsleven schaadt of inperkt. Ook over de vraag of je mensen hun vrijheid mag ontnemen in hun eigen of het maatschappelijk belang, wordt verschillend gedacht.

In de gezondheidszorg gaan veel ethische vraagstukken over wel of niet (be)handelen en hoe te handelen. Vraagstukken rond het begin en einde van het leven (abortus, euthanasie) krijgen daarbij veel aandacht, maar ook het gebruik van dure medicijnen voor een enkeling is een ethisch vraagstuk. De geneeskunde en de bijbehorende technologie staan voor de ethische vraag of alles wat kan moet en mag. Dat speelt niet alleen op macroniveau, maar ook bij de vraag of een individuele patiënt een behandeling wel of niet moet krijgen. In verpleeghuizen was tijdens Covid-19 een (niet beantwoorde) ethische vraag of de veiligheid van de bewoner belangrijker was dan diens sociale contacten.



Goede Nederlandse ethiek rond gezondheid?

Voor de genoemde drie soorten ethische vraagstukken rond

gezondheid zijn in Nederland voor een groot deel werkbare oplossingen gevonden, die in wet- en regelgeving vastliggen. Er zijn regels voor de beslissingen, die een familie bij ziekte en sterven over hun naasten mogen nemen en hoe dat vastligt. We vinden het normaal dat de Nederlandse overheid wetten en regels maakt voor sommige individuele keuzen rond gezondheid.

Vanaf eind 19de eeuw heeft de overheid (eerst samen met de gegoede burgerij) ingezet op goede nutsvoorzieningen. Deels vanuit eigen belang van de rijken, maar gaandeweg steeds meer vanuit ethische opvattingen over welke nutsvoorzieningen nodig zijn voor gezondheid en welzijn van burgers. Sinds het begin van de 20ste eeuw is er in Nederland een structuur en regelgeving voor bestrijding van infectieziekten, voor zuigelingenzorg en voor publieke gezondheidszorg. De ethische en praktische opvattingen over de volksgezondheid leidden toen al tot maatregelen, die mede ingegeven waren door de economische schade die een uitbraak van een infectieziekte met zich meebrengt.

Sinds 1984 heeft Nederland een wet voor het recht op abortus, waaruit recent de bedenktijd van 5 dagen is geschrapt. Dat is heel anders dan de VS, waar het recht op abortus afhing van rechterlijke uitspraken. Voor euthanasie is er sinds 2002 een duidelijke wet met bijbehorende protocollen, die over het algemeen goed nageleefd worden. De laatste jaren zijn de wetten voor behandeling van een patiënt onder dwang aangepast en gemoderniseerd. In de protocollen van beroepsgroepen zijn zo veel mogelijk de ethische opvattingen in Nederland en van de beroepsgroep verwerkt. In de verschillende verbeterprogramma's voor de zorg en in concepten, zoals Planetree, worden hulpmiddelen gegeven om afwegingen te maken rond ethische vraagstukken.



Kan het beter?

Het ingrijpen van de overheid in privé afwegingen rond gezondheid is beperkt en soms aarzelend. Er

is grote terughoudendheid in het opleggen van maatregelen aan de burger en aan de industrie, die leiden tot gezondere voeding en een verbetering van levensstijl en gedrag. Roken is nog steeds niet verboden, terwijl dat een van de belangrijkste doodsoorzaken is. Alcoholgebruik wordt alleen belemmerd voor jongeren onder de 18. De ambivalente houding ten opzichte van andere drugs heeft ertoe geleid dat Nederland een grootverbruiker en doorvoerland is van deze middelen.

De publieke gezondheidszorg is de laatste jaren uitgehold en ethische discussies rond de volksgezondheid zijn weinig gevoerd, laat staan vertaald in maatregelen.

Waarschuwingen voor een pandemie zijn door de politici lang in de wind geslagen, waardoor ze bij en na de Covid-uitbraken nog steeds geen richtinggevend kader hebben. De mogelijkheid om het vraagstuk vanuit verschillende perspectieven te bezien en een instrument voor het afwegen van verschillende belangen ontbreekt. Daardoor is voor niemand duidelijk hoe er gehandeld moet worden bij een volgende uitbraak.

Omdat de eerdere goede wetten rond begin en eind van het leven altijd compromissen zijn na een lang traject van onderhandelen, bevatten ze soms bepalingen, die de werking ervan uithollen. Zo is het verlenen van euthanasie volgens het Wetboek van Strafrecht nog steeds strafbaar. Dat leidt tot onzekerheid en gevoel van onveiligheid van artsen, die anderzijds geconfronteerd worden met steeds meer eisend gedrag van patiënten en familie. Hoe ethisch is het dat een beroepsgroep die dreiging van strafrechtelijke vervolging nog steeds voelt, terwijl wat ze doen wettelijk is toegestaan en met vele waarborgen is omkleed?

Ondertussen dienen zich nieuwe ethische vraagstukken aan. Steeds duidelijker wordt dat veel geneeskundige behandelingen gebaseerd zijn op het functioneren van een jonge blanke man. Voor vrouwen, ouderen en mensen met een ander genenpatroon zijn andere behandelingen nodig. Zo komt de sikkelcelziekte bijna alleen voor bij mensen uit Midden-Afrika. Om goed te behandelen moet dus al snel naar afkomst en achtergrond gevraagd worden, wat discriminerend kan zijn. Als vrouwen andere symptomen hebben en anders behandeld moeten worden, welke behandeling past dan bij een transgender persoon, die van de sekse bij geboorte of die na de transitie? En hoe moet je daar als medicus het gesprek over voeren? Mag een zorgverlener discrimineren in diagnostiek en behandeling, zodat de patiënt een gelijke uitkomst krijgt als de jonge blanke man?



Belemmeringen voor ethische keuzen

Cultuur, religie, maatschappelijke ideologieën (zoals neoliberalisme of communisme) en het eigen referentiekader hebben grote invloed op ethische keuzen in de maatschappij. Ze staan soms een goed debat over ethische vraagstukken in de weg.

De verzuiling heeft geleid tot veel vrijheid voor christelijke stromingen in opvoeding, onderwijs en zorg. Nu andere religies, zoals de islam, diezelfde ruimte opeisen, is er aarzeling en weerstand om daaraan toe te geven. Dat leidt tot ethische vraagstukken rond gezondheid en gezondheidszorg in een multiculturele samenleving.

Het neoliberalisme, met geloof in de markt en in de zelfredzaamheid van burgers, staat een goed gesprek in de weg over ethische vraagstukken rond overheidsinterventies voor een gezonde levensstijl. De ethische vraag of de overheid maatregelen moet opleggen aan het bedrijfsleven om de gezondheid van vooral lagere sociale klassen te verbeteren, wordt vervangen door de economische en politieke haalbaarheid van iedere interventie. Ook de ethische vraag in welke mate de overheid burgers mag sturen naar gezond gedrag, wordt maar deels beantwoord. Zo eten, drinken en roken burgers in Nederland zich nog steeds ziek of dood, zonder dat de overheid effectief ingrijpt.



Discussie

In de inleiding op dit thema onderscheiden we drie soorten ethische vraagstukken rond gezondheid:

- Ethische keuzen rond de eigen gezondheid en die van je naasten.
- Ethische keuzen rond de gezondheid van de bevolking, de volksgezondheid.
- Ethische keuzen rond de gezondheidszorg.

Deze hangen met elkaar samen. Vanuit de eigen ethische keuzen kijkt de burger naar de maatschappij en verwacht een acceptabele manier van omgaan met de eigen keuzen, eist dat of wil die eigen keuzen aan de hele maatschappij opleggen.

Maatschappelijke ethische keuzen rond de volksgezondheid kunnen zowel de keuzen van de burger als de ethische keuzen in de gezondheidszorg beïnvloeden.

Als we iets niet meer als een maatschappelijk probleem zien, hoeft het niet meer behandeld te worden of omgekeerd als we normale 'groeipijnen' als een ziekte gaan aanduiden, dan gaan zorg en welzijn daar een antwoord op formuleren. Zo komen 'verwarde mensen' op straat omdat we hun psychische ziekte niet erkennen of wordt een druk kind direct iemand met een 'ziekte', die behandeld moet worden.

'Voorkomen is beter dan genezen'. Dat leidt tot het ethische vraagstuk hoever de overheid mag gaan in het opleggen van eisen voor gezonde producten van bedrijven enerzijds en gedrags- en voedselpatronen van burgers anderzijds. Voor lagere sociale klassen is die aanpak letterlijk van levensbelang om hun levensverwachting te vergroten. Maar er bestaat een groot risico dat de 'hogere' klassen dan hun referentiekader en hun normen paternalistisch opleggen aan anderen, die het minder goed hebben. Het is onethisch als dat gebeurt, zonder dat de normsteller zich echt verdiept in de leefwereld van de ander en de problemen, die daaruit voortkomen. De veranderde samenstelling van de bevolking, de breedheid aan religies opvattingen, en genetische patronen de bevolking alsmede de verbreding van gendervormen leiden tot nieuwe ethische vraagstukken rondom gelijke of ongelijke behandeling in de gezondheidszorg.

Ook het ouder worden van de bevolking leidt tot nieuwe ethische vraagstukken. Een overkoepeld ethisch vraagstuk is of er gediscrimineerd mag worden in het beleid en de zorg voor verschillende groepen burgers, zodat een ongelijke behandeling juist leidt tot meer gelijkheid in gezondheid-uitkomsten.

We leiden hier de volgende paradigmaverschuiving uit af:

Ethische vraagstukken rond de volksgezondheid zullen grotere aandacht behoeven en mede bepalend zijn voor de ethische keuzen in zorg en welzijn en leiden tot een inperking van de keuzevrijheid van de individuele burger.

Een overkoepelend ethisch vraagstuk voor de komende tijd is of burgers juist ongelijk behandeld moeten worden om hun kansen op goede gezondheid gelijk te maken.

Paradigmaverschuivingen in zorg voor gezondheid

Voor negen thema's hebben wij een beschouwing gegeven die leidt tot een voorstel voor een paradigmaverschuiving. We vatten die hieronder samen.



De gezonde burger

Niet de gezondheid van de individuele burger moet centraal staan in het beleid, maar de gezondheid van de bevolking. Het terugdringen van de verschillen in gezondheid en levensverwachting tussen hogere en lagere sociale groepen hoort daarin prioriteit te hebben. Het beleid moet niet langer vooral gericht zijn op de individuele gezondheidszorg, maar op preventie, publieke gezondheidszorg en acties om de bevolking te behoeden voor zaken, die slecht zijn voor de gezondheid.



De gezonde omgeving

Het overheidshandelen voor de kwaliteit van de leefomgeving, het wonen, het onderwijs, de veiligheid, de voedselkwaliteit, de arbeidsomstandigheden en het inperken van vervuilde industrie leveren meer gezondheidswinst op dan verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg in enge zin. Volksgezondheid vraagt dus een aanpak door de hele regering.



De zorg, de professional en de burger

Zorg voor gezondheid in plaats van gezondheidszorg vraagt een nieuwe verhouding tussen de burger en de professional in het zorgen voor mensen met een ziekte of beperking. Er is een omkering van de macht nodig. De professional moet weer te gast zijn in het leven van de zorgvrager en niet de zorgvrager opnemen in het formele gezondheidszorgsysteem. De rol van de professionele gezondheidszorg zal daardoor kleiner worden en die van maatschappelijke zorg groter.



De technologie

Technologie in al zijn vormen ontslaat de burger en de overheid niet van het nemen van ingrijpende beslissingen. Niet alle hoop kan en mag op technologie gericht zijn. Sociale samenhang en sociaal contact zijn de verantwoordelijkheid en het handelingsvermogen van mensen. Dat is een unieke gave van de mens, die niet door technologie vervangen kan en mag worden.



De arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt in de zorg gaat alleen werken als de bestaande machtsverhoudingen worden doorbroken en de rollen worden omgedraaid. De werkgever is de vragende partij die moet solliciteren bij de zorgverlener in plaats van omgekeerd. Dat noodzaakt die werkgever om belemmeringen in het werk weg te nemen in plaats van eisen te stellen aan de werknemer. Ook de overheid zal de regelgeving aan moeten passen aan deze nieuwe werkelijkheid. Dit zal leiden tot een heel andere inrichting van zorgorganisaties, als die al blijven bestaan.



De organisatie van de gezondheidszorg

De strakke verkaveling en kanalisering van de gezondheidszorg belemmert passende zorg en innovatie. Samenwerking en zorg verlenen in de gebieden tussen wetten worden daardoor bemoeilijkt. De grenzen tussen de percelen (wetten, sectoren, professionals, zorgaanbod) moeten niet meer kaarsrecht en strak beschoeid zijn, maar kunnen meanderen afhankelijk van de vraag van de cliënt en van de maatschappelijke ontwikkelingen. Laat de zorg meanderen in plaats van deze nog verder te kanaliseren.



De kosten en baten van de gezondheidszorg

Gedurende 50 jaar is het niet gelukt om de gezondheidszorg qua geld en qua inzet van personeel 'houdbaar' te maken. De verwachtingen ten aanzien van efficiencyverhoging, schrappen van onnodige zorg, hulp van technologie, beperking van inkomsten van zorgverleners etc. zijn veel te hoog gespannen.

Alleen budgettering, op grote schaal schrappen van zorgaanbod en de lasten bij de burger leggen helpen, maar leiden tot 'slechte' zorg.

We staan maatschappelijk voor de keuze om het aanbod van gezondheidszorg rigoureus te reduceren tot een maatschappelijk niet acceptabel minimum of te accepteren dat de gezondheidszorg voorziet in een zodanige maatschappelijke behoefte, dat het groeiende beslag ervan op de maatschappelijke middelen gerechtvaardigd is.



Duurzame zorg

Duurzame zorg vraagt om een integrale en brede aanpak van alle vormen van duurzaamheid, zoals kiezen voor behandelingen met een langdurig effect, vermijden van onnodige behandelingen en overbodige zorg, tegengaan van bureaucratie, streven naar houdbare zorg qua geld en inzet van mensen, zorgen voor minder verspilling en voor verbetering van het milieu.

Duurzame zorg komt niet op basis van vrijwilligheid en 'polderen' tot stand. De tijd van vrijwillige convenanten, overlegtafels en deals is voorbij. Regelgeving en handhaving zijn nodig, zowel van de EU als van Nederland.



Ethische vraagstukken

Ethische vraagstukken rond de volksgezondheid zullen grotere aandacht behoeven en mede bepalend zijn voor de ethische keuzen in de gezondheidszorg en leiden tot een inperking van de keuzevrijheid van de individuele burger. Een overkoepelend ethisch vraagstuk voor de komende tijd is of burgers juist ongelijk behandeld moeten worden om hun kansen op goede gezondheid gelijk te maken.

Overkoepelende paradigmaverschuiving

De overkoepelende paradigmaverschuiving is tevens de titel van dit manifest:

Van gezondheidszorg naar zorg voor gezondheid.

Over C3





C3 adviseurs en managers is een coöperatie van ervaren zelfstandige adviseurs en interimmanagers voor zorg en welzijn. Met dit manifest gaan wij het 34^{ste} jaar in waarin wij aanbieders van zorg en welzijn, professionals, financiers en overheden ondersteunen met verandering en innovatie, samenwerking, verbetering en het oplossen van complexe problemen.

Wij vormen een hechte groep van mensen met verschillende achtergronden, persoonlijkheden en expertises. Wat we met elkaar gemeen hebben is grote betrokkenheid op en ruime kennis en ervaring in zorg en welzijn. We vinden kwalitatief goed en professioneel advieswerk en interim-management van groot belang. Daarom werken we voortdurend om individueel en gezamenlijk aan het op peil houden en ontwikkelen van onze professionaliteit en onze kennis van het werkveld. Wij vormen met elkaar één bureau, met één gezicht naar de markt en gezamenlijke uitvoering en onderlinge ondersteuning daarvan in onze opdrachten. Als een opdrachtgever een consultant van C3 inschakelt, beschikt deze opdrachtgever indirect over alle kennis en expertise van het hele bureau. Onze kwaliteitsborging en ons review is daarop ingericht. Meer over C3 is te vinden op onze [website](#), die we recent vernieuwd hebben.

We dragen niet alleen bij aan de ontwikkeling van zorg en welzijn via opdrachten, maar ook aan het maatschappelijk debat. We dragen onze kennis en expertise en onze opvattingen uit door publicaties en lezingen. Dit Manifest is daar een voorbeeld van, evenals het werkboek dat we in 2021 uitbrachten.





Colofon

Auteur

Hans Hoek

Redacteur

Carlijn Nelis

Vormgeving en lay-out

Grafisch ontwerpstudio - Stephanie Gijsen

Afbeeldingen

Freepik

Copyright © 2022 - C3 adviseurs en managers

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidsband, elektronisch of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van C3 adviseurs en managers.



ADVISEURS EN MANAGERS

RUIM DENKEN IN ZORG EN WELZIJN

Contact

T: 06 835 83 444

E: c3@c3am.nl

Kromme Nieuwegracht 13

3512 HC Utrecht

c3am.nl