

# Zorg voor de Toekomst

## Inleiding

De discussienota van het ministerie van VWS is bedoeld om reacties te verzamelen. Deze notitie is een persoonlijke reactie, vanuit het perspectief van de missie en visie van Amphia geschreven. Ze is kritisch, maar de problemen zijn dan ook groot.

## Situatieschets

VWS gaat uit van de opgave de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg te kunnen waarborgen.

Dat is een lovenswaardig uitgangspunt, maar waarschijnlijk niet reëel. Daarnaast versmalt het de grondwettelijke taak van de overheid tot gezondheidszorg. De grondwet geeft de overheid de taak de gezondheid van de bevolking te bevorderen. Dat is iets anders dan de gezondheidszorg te waarborgen. Daarnaast mag elke burger op grond van artikel 1 van diezelfde grondwet van de overheid verwachten ongelijke gevallen naar de mate van ongelijkheid te behandelen. Anders gezegd: de overheid moet proberen voor alle burgers zo goed mogelijk gelijke kansen op een lang gezond leven te creëren.

Een tweede kanttekening betreft de aanpak: als je de problemen in de zorg wil oplossen, moet je dat niet (alleen) met de veroorzakers ervan proberen. Alleen daarom al zal deze discussienota de gezondheid van de bevolking nauwelijks beïnvloeden.

Want het probleem is vanuit het perspectief van gezondheidsbevordering van de bevolking op macroniveau niet zo heel moeilijk, maar vanuit de wens de huidige gezondheidszorg te handhaven juist enorm complex.

Dus de vraag is: wat is de situatie c.q. de ontwikkeling met het oog op gezondheidszorg? Meer mensen met hogere leeftijden, die meer aandoeningen tegelijk hebben, die meer en complexere zorg vragen, in een wereld met meer technologische mogelijkheden en minder mensen die zorg kunnen leveren en de bijbehorende kosten kunnen dragen (demografische ontwikkelingen). Een zeer groot deel van de zorgkosten wordt gemaakt aan het einde van het leven.

En ten aanzien van de gezondheid van de bevolking? Een toenemend stijgende schaal van gezondheidsverschillen van laagopgeleide mensen met weinig inkomen of vermogen tot hoogopgeleide mensen met hogere inkomens of vermogen. De gemiddelde levensverwachting, zowel absoluut als in aantal als gezond ervaren, van de bevolking neemt nauwelijks nog toe, met een onevenredige verdeling van de winst langs dezelfde lijn. Er worden voornamelijk jaren toegevoegd, waarin de gezondheid te wensen overlaat. Dus *niet* het aantal gezonde jaren neemt toe.

## Probleemstelling

Ten aanzien van de gezondheidszorg: zie de discussienota.

Ten aanzien van de gezondheid van de bevolking: hoe kunnen we meer mensen in relatief gezonde conditie op een betaalbare wijze de gemiddeld te verwachten leeftijd laten bereiken?

## Probleemanalyse

De probleemanalyse van de gezondheidszorg is redelijk uitgekristalliseerd. Zie de discussienota. Maar ook wat de geschetste bestaande gezondheidsverschillen en levensverwachtingen veroorzaakt is vrij goed bekend. Zo weten we dat opvoeding en opleiding, samen met financiële mogelijkheden, de belangrijkste indicatoren zijn voor levensverwachting en te verwachten gezondheidsproblemen. Niet

zozeer de op dit moment voor bijna iedereen beschikbare en bereikbare gezondheidszorg speelt hierbij een rol, maar vooral heel andere factoren.

Toch gaat een enorm groot bedrag naar de zorg. Terwijl echte preventie, waarbij mensen bijvoorbeeld een vak hebben geleerd en hebben aangeleerd hun geld te verdienen en zelf gezond te blijven, nog steeds nauwelijks fondsen krijgt. Het geeft in dit licht te denken dat bijvoorbeeld in het onderwijs per hoofd van de leerling/student het kleuter- en basisonderwijs het goedkoopst is en de universiteit het duurst. Zoals zo vaak hebben we de maatschappij achterstevoren en ondersteboven ingericht. Leer de kinderen hoe ze goed door het leven kunnen komen en een hoger gezondheidspeil volgt vanzelf.

### **Doelstelling**

De doelstelling volgt meestal uit de probleemanalyse, maar om te kunnen bepalen of je ook vooruitgang boekt in de weg daarnaartoe, zal de doelstelling aan bepaalde grootheden moeten voldoen, waardoor de doelstelling (en eventuele subdoelstellingen) normatief wordt. En hier komt de politiek om de hoek kijken, omdat de gewenste doelstelling(en) slechts gelegitimeerd kunnen worden door het parlement als hoogste wetgever.

En in dit geval doet het ministerie van VWS voorwerk door deze discussie te openen. Dat valt te prijzen, maar ze schiet tekort, doordat ze een aantal voor- en veronderstellingen doet, die zelf voor discussie vatbaar zijn. Ik noem o.a.:

- De zorg wordt te duur; kost een te groot deel van het staatsbudget;
- De zorg kan efficiënter;
- Techniek kan helpen;
- Samenwerking en ontschotting van de zorg maakt de zorg goedkoper;
- Als mensen langer thuis kunnen blijven wonen, is de zorg goedkoper enz.

Eerst zal dus door de politiek besloten moeten worden hoe de doelstelling luidt. Als dat bijvoorbeeld is dat mensen hun hele leven zorg moeten kunnen krijgen, dan zal je moeten bepalen welke mate van zorg nog acceptabel is, want alle mogelijke zorg is feitelijk niet te leveren. Dat is nou net een van de onderdelen van het huidige probleem. De mensen om zorg te leveren zijn er niet en het worden er steeds minder én ze komen er op korte termijn ook niet bij. Als het om betaalbaarheid gaat, zal men moeten vaststellen wat nog betaalbaar wordt geacht enz.

De discussienota schetst allerlei pogingen om het huidige peil van de gezondheidszorg te handhaven of zelfs te verbeteren. Wishful thinking, dat volgens mij tot een grote deceptie zal leiden, want naast dat in de zorg de wet van Baumol nog steeds geldt, zijn er verschillende ontwikkelingen die de huidige gezondheidszorg bedreigen. Ze staan allemaal in het document, dat alle oplossingsrichtingen die al bekend zijn netjes opsomt. Het zal niet verbazen dat ik niet verwacht dat die de zorg gaan redden, maar wel dat de gemiddelde gezondheid van de bevolking zal dalen.

Terug naar het begin, naar de taak van de overheid? De gezondheid van de bevolking bevorderen en dat zo, dat iedereen een zoveel mogelijk gelijke kans krijgt op zowel de gemiddelde levensverwachting als het gemiddelde aantal jaren 'in goede gezondheid'.

### **Hoe doe je dat? Een zoektocht naar middelen.**

Ik ben niet tegen de waaier aan oplossingen die in het discussiestuk staan – ze kunnen allemaal enig gunstig effect hebben – maar zij schaven als het ware dat wat er allemaal al is een beetje bij. Het zijn alle open deuren die we al jaren kennen. Iets slimmer organiseren, meer techniek, leuker werken, minder administratie, langer zelfstandig thuis wonen enz. Als ik dan alleen maar denk aan de huidige

gemiddelde leeftijd van de mantelzorger, zakt me de moed al in de schoenen: 70 jaar. Hoe houden ze het vol!

Een enorm groot gedeelte van de zorgfondsen gaat zagezegd naar het einde van het leven. Met de nog steeds klimmende levensverwachting (en dan vooral de jaren met een of meer aandoeningen), de toenemende complexiteit van de zorg- en maatschappelijke problemen, voortschrijdende technische mogelijkheden en minder arbeidspotentieel, is het wrang dat de verschillen in de samenleving alleen maar groeien. En voor multifactoriële complexe problemen heb je grotere zorgteams nodig, van mensen die op elkaar zijn ingespeeld. Dat maakt de zorg steeds duurder.

Voorstel: heb lef, toen moed, maar breng de verandering geleidelijk, want de schok kan te groot zijn en politiek niet haalbaar blijken. Dat lef is nodig om een steeds groter deel van het zorggeld over te hevelen naar opvoeding en onderwijs, waarin alle kinderen van jongs af aan leren wat ze nodig hebben om goed door het leven te komen<sup>1</sup>. Dat vergt ook dat we de leerkrachten voor de jongsten meer waarderen dan nu en op termijn evenveel als de universitaire docenten. Je kan het maar één keer goed doen. Onvoldoende opvoeding en onderwijs draagt levenslang wrange vruchten.

Zo'n keuze betekent uiteraard dat er minder geld over is voor die dure zorg aan het einde van het leven. Om toch tot een eerlijke verdeling te komen, zou je kunnen overwegen de zorgverzekering te stoppen of af te slanken in het pakket, zodra iemand de gemiddeld te verwachten leeftijd heeft bereikt. Het geld dat je daarmee overhoudt kan dan besteed worden aan opvoeding en onderwijs. Daarmee geef je veel meer burgers de kans om lang gezond te leven, wat zich uitbetaalt in gelukkiger burgers, die minder zorg behoeven. En de gemiddelde levensverwachting neemt dan ook toe, vooral ook die in gezonde jaren. De techniek en de wetenschap hoeven niet stil te staan, want vanuit de feitelijke kennis en mogelijkheden die we al hebben en nog ontwikkelen, kunnen we proberen die kennis en mogelijkheden zo vroeg mogelijk in de levens van mensen in te zetten, opdat ze langer in gezondheid kunnen leven. Dat betekent dat zorgprofessionals vanuit hun expertise ook buiten hun werkkterrein moeten durven kijken naar oorzakelijke factoren van gezondheidsproblemen en hun adviezen daarop richten.

In die transitieperiode is het dus van belang fundamenteel na te denken over wat mensen nodig hebben om gezondheidsvaardig te blijven of te worden. Ook daar ligt de sleutel bij opleiding. Wat men niet begrijpt of kan begrijpen bijvoorbeeld, zal men ook niet gaan doen; denk aan het volgen van een behandeling met voorschriften (medicatie, leefregels, noem maar op). Hetzelfde geldt voor dagelijkse voorwaarden om überhaupt aan je gezondheid te kunnen denken: voldoende geld, weten hoe je daarmee om moet gaan, hoe je eten zelf bereidt en op welke tijden, hoe je structuur aanbrengt in je dag, wat discipline inhoudt, hoe je tot routines komt, hoe je een huishouden runt, vriendschappen onderhoudt, enz.

De zorg zelf kan zich intussen bezinnen op wat ze is: een vorm van dienstverlening. In mijn optiek is er maar één verantwoorde opvatting van dienstverlening: proberen je als dienstverlener overbodig te maken. Dat zal nooit geheel lukken, maar het gaat om de poging. Daardoor zijn zorgvragers weer zo snel of zo goed mogelijk zelfstandig en hebben dan minder zorg nodig. Het spreekt voor zich dat het vergoedingensysteem daarop moet aansluiten. Voorbeelden staan ook wel in de discussienota: denk

---

<sup>1</sup> Denk onder andere aan: hoe deel ik mijn dag in; welke boodschappen heb ik nodig en hoe plan ik dat; hoe maak ik mijn maaltijden klaar; hoe doe ik eenvoudige reparaties in huis; hoe houd ik mijn financiën bij; hoe mijn administratie; hoe onderhoud ik vriendschappen; hoe plan ik mijn dag en week in; wat is een hobby en hoe ga je ermee om; wat is liefdadigheid en waarom is dat belangrijk, enz. Veel leer je niet op school en vaak ook niet van je ouders. Terwijl ze zo bepalend zijn voor hoe weerbaar je later bent.

o.a. aan regiobekostiging in combinatie met uitkomstenverantwoording. Dat scheelt meteen een boel administratie, omdat je dan met veel minder indicatoren toe kunt. Leuke uitdaging: met minder zorg mensen gezonder houden en daarvoor betaald worden. Ook hier zullen duidelijke doelstellingen nodig zijn, die o.a. afhankelijk zijn van de samenstelling van de populatie.

Niet te vergeten is de noodzaak van verwachtingenmanagement. Ik bedoel daarmee dat mensen reële verwachtingen van het leven horen mee te krijgen en van de (on)mogelijkheden van hulp bij problemen. Niet in het minst zal iedereen moeten leren nadenken over hoe en onder welke omstandigheden men waardig wil sterven.

### **Conclusie**

Er staat veel waars en in het stuk wat waar en logisch is, maar mijn boodschap is dat we in het huidige stelsel de zorgpartners niet zelf de oplossingen zullen zien brengen. Ik vrees dat er ook al veel voorbeelden van wishful thinking zijn geweest. En de gezondheidszorgkosten blijven stijgen. Maar eerst zullen de doelstellingen politiek moeten worden vastgesteld.

Dit stuk is op persoonlijke titel geschreven en mag openbaar worden gemaakt.

25 januari 2021