

Samenvatting

In deze publicatie formuleren we een visie op een toekomstbestendige gezondheidszorg vanuit christelijk-sociaal perspectief. De centrale vraag is: welke keuzes kunnen we vanuit een christelijk-sociale visie maken om de zorg in de toekomst kwalitatief hoogstaand te houden? We behandelen deze vraag in twee delen: (A) Welke bouwstenen levert de christelijk-sociale traditie voor een visie op goede (dat wil zeggen toegankelijke, betaalbare en kwalitatief hoogstaande) zorg? (B) Welke aanbevelingen kunnen we vanuit deze traditie doen om in Nederland goede zorg te houden?

A. Bouwstenen vanuit de christelijk-sociale traditie

Vanouds beweegt het christelijk-sociale denken zich met zijn accent op sociale verbanden en maatschappelijke verantwoordelijkheden tussen sociaaldemocratie (met nadruk op overheid en formele rechten) en liberalisme (met nadruk op het zelfredzame individu en de markt). Het is goed deze ‘derde weg’ opnieuw te ontsluiten voor deze tijd, want hij gaat terug op een traditie met een grote rijkdom (hoofdstuk 2). In de christelijk-sociale traditie wordt ieder mens gezien als waardevol, als gemaakt naar Gods beeld. Ieder mens draagt verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven, ook voor zijn of haar gezondheid. De mate van gezondheid is ons echter in veel opzichten gegeven; ziekte en lijden horen erbij in deze gebroken wereld, ondanks al onze medische mogelijkheden. Mensen zijn relationele wezens, ze bloeien op in gemeenschappen van goede zorg. Sociale verbanden hebben belangrijke eigen verantwoordelijkheden. De overheid zorgt voor een rechtvaardige ordening, ze vormt een vangnet voor de kwetsbaren en schept voorwaarden voor het goede samenleven (hoofdstuk 3).

Hoe vertalen we onze christelijk-sociale visie naar de hedendaagse context? Onze cultuur is sterk veranderd de afgelopen decennia, met grote gevolgen voor de zorg. We zien een enorme technologische ontwikkeling die medisch veel mogelijk maakt, een toegenomen levensverwachting, vergrijzing van de bevolking, een sterke toename van eenpersoonshuishoudens, en een cultuur waarin gezondheid als maakbaar wordt gezien. Dit heeft gevolgen voor de kostenontwikkeling in de zorg en voor de nationale solidariteit: wat hebben we voor elkaar over (hoofdstuk 4)?

De onderscheidenheid van verantwoordelijkheden (van mens, sociale verbanden en overheid) zien we terug in de zorg. Meer taken zullen terechtkomen bij burgers en ook bij particuliere partijen als zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het is cruciaal dat in het huidige stelsel de rollen in de zorgsector duidelijker worden. Wij kijken zo aan tegen de verdeling van verantwoordelijkheden (hoofdstuk 5):

- Hoewel niemand ervoor kiest om ziek te zijn, zijn *burgers* er wel zelf verantwoordelijk voor hoe ze met hun gezondheid en ziekte omgaan. Burgers

moeten via cliëntenraden en patiëntenverenigingen meer ruimte en inspraak krijgen in het zorgdomein, zodat hun belangen niet ondersneeuwen in het krachtenveld van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

- *Zorgverzekeraars* hebben de taak om verzekerden in staat te stellen zorg te gebruiken. Ze hebben een centrale rol bij het bevorderen en inkopen van hoogwaardige zorg tegen een acceptabele prijs. Ze stellen zich weer op als coöperaties en geven leden meer invloed op hun beleid. Dit komt ten goede aan het bevorderen van het algemeen belang.
- *Zorgverleners* verdienen vertrouwen. Zorg is meer dan een technische handeling waar geld tegenover staat, ze heeft een belangrijke morele dimensie waar menslievendheid, tijd en aandacht bij horen. Hier moet in het zorgsysteem weer meer ruimte voor komen, door andere prikkels en nadruk op het eigen karakter van zorg in opleidingen.
- De *overheid* bevordert publieke gerechtigheid en bewaakt de solidariteit door de zorg voor iedereen toegankelijk te houden en de eigen aard en kwaliteit van de zorg te beschermen. Ze laat veldpartijen veel vrijheid om eigen verantwoordelijkheid te nemen.
- Marktelementen kunnen functioneel zijn in de zorg, maar de zorg is geen *markt* die volledig vrij kan worden gelaten. De belangrijkste relatie in de zorg - die tussen arts en patiënt - is immers primair moreel en niet economisch van aard.

De vele ontwikkelingen in de zorg stellen ook de ethiek voor nieuwe vragen. Het gaat dan over goed leven, goed sterven, goede zorg en goed gebruik van technologie. Ons uitgangspunt is respect voor het leven, maar ook respect voor het sterven. De medische sector vermag veel, maar er zijn grenzen aan behandelingen en het is goed daar eerlijk over te zijn. Goede zorg typeert zich door het juiste gebruik van technische mogelijkheden, maar minstens evenzeer door aandacht voor de patiënt als mens. Bij de ontwikkelingen van medische technologieën pleiten wij voor nuchterheid (hoofdstuk 6).

Uit de in deel A geformuleerde visie volgen waarden die centraal staan bij een beoordeling van de huidige ontwikkelingen en die ons handvatten geven bij het maken van politieke keuzes vanuit christelijk-sociaal perspectief:

1. Ieder mens is waardevol, want geschapen naar Gods beeld (respect voor het leven).
2. Ieder mens is in beginsel verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid en

heeft hier ook zeggenschap over (goed burgerschap rond ziekte en gezondheid; goed patiëntschap).

3. Ieder mens heeft de verantwoordelijkheid om naar de medemens om te zien en voor de ander te zorgen.
4. Goede zorg heeft oog voor kwaliteit van leven.
5. Er is vertrouwen in zorgverleners. Zij hebben het goede met de patiënt voor ogen.
6. Er is machtsevenwicht tussen veldspelers. Overheid en markt domineren niet het maatschappelijk leven en de overheid wordt niet gedomineerd door de economie.
7. De overheid heeft een grote verantwoordelijkheid in het toegankelijk houden van zorg voor kwetsbaren (publieke gerechtigheid).
8. Er is goede zorg dicht bij de burger.
9. Het leven is niet maakbaar, er is besef van en eerlijkheid over de grenzen van medisch handelen (respect voor het sterven).
10. Er is een verantwoorde omgang met geld (rentmeesterschap).

B. Speerpunten

Op basis van deel A maken we een vijftal concrete keuzes, die we in deel B uitwerken.

1. Preventie als prioriteit

Inzet op preventie is cruciaal voor een goede volksgezondheid. Een gezonde levensstijl heeft een positieve invloed op het individu, maar ook op de samenleving als geheel. Preventie draagt eraan bij dat zwaardere zorg wordt uitgesteld of zelfs voorkomen. Groepen ertoe aanzetten hun levensstijl te veranderen, is niet gemakkelijk. Daarom behoort preventiebeleid een gezamenlijke inspanning te zijn: naast de overheid verwachten we een bijdrage van bedrijfsleven en wetenschap. Wij pleiten voor een structurele financiering van preventie.

2. De patiënt centraal zetten: meer verantwoordelijkheid en zeggenschap

In de zorg moet de patiënt centraal staan. Het gaat primair om de zorg van de arts voor de patiënt.¹ Het is belangrijk dat de patiënt meer verantwoordelijkheid gaat dragen voor zijn of haar keuzes en meer zeggenschap krijgt in het zorgproces. Dit kan onder meer door gebruik van e-health. De nadruk op meer eigen regie mag niet leiden tot ontkenning van de kwetsbaarheid van de patiënt.

3. Inzetten op de eerste lijn

Waar voorheen het accent lag op intramurale zorg zullen we nu meer moeten inzetten op de eerste lijn: huisartsen(ondersteuning), wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen, ergotherapeuten etc. Dat is beter voor de kwaliteit van de zorg en het verlaagt de kosten. Bovendien is het zorg dicht bij de burger. We zien deze beweging al terug in de acute zorg, de electieve zorg, de zorg voor chronisch zieken, de GGZ en de zorg voor kwetsbare ouderen.

4. Streven naar gepaste zorg

Het bieden van gepaste zorg is een van de grootste uitdagingen van deze tijd. Niet zelden wordt er teveel behandeld. ‘Overbehandeling’ is niet teveel van het goede, maar betekent leed toevoegen aan de patiënt en verspilling van geld (geld dat aan effectieve zorg had kunnen worden besteed). Teveel behandelen wordt gevoed door onze gezondheidscultuur en door verkeerde financiële prikkels. We kunnen op diverse manieren streven naar meer gepaste zorg: door te werken aan kosten-effectiviteit (het onder voorwaarden inzetten van QALY’S), het anders belonen van artsen (populatiebepoorting), het bevorderen van spiegelinformatie (en daardoor verminderen van praktijkvariatie).

5. Naar een kern-AWBZ

Het verkleinen van de AWBZ is niet alleen nodig vanuit financieel oogpunt, maar ook vanuit moreel en sociaal perspectief. Jarenlang deed de overheid teveel, nu is het aan burgers en samenlevingsverbanden om weer hun verantwoordelijkheden op zich te nemen. Ons ideaal is een samenleving waarin mensen naar elkaar omzien en onderling dienstbaar zijn. Voor de overheid blijft het nodig echt kwetsbaren te steunen en een kern-AWBZ in stand te houden. Daar past overheidsbeleid bij dat vrijwilligerswerk en informele zorg ondersteunt. Tot slot is belangrijk dat het systeem wordt versimpeld. Elke patiënt zou moeten vallen in de Zvw en de Wmo of in de AWBZ en de Wmo.