

1 Een poging tot overzicht

1.1 Cure, care en preventie

De oudste indeling van zorggebieden is die naar preventie, cure en care. Onder ‘cure’ vallen grofweg die onderdelen van de gezondheidszorg die met behandeling van ziekten te maken hebben. Dikwijls is dat van tijdelijke aard. Ziekenhuizen, de kortdurende geestelijke gezondheidszorg, huisartsen, fysiotherapie, verloskunde, farmacie, tandarts enzovoort behoren tot de cure. De totale omzet in dit compartiment bedraagt ongeveer 35 miljard euro per jaar. Financiering vindt overwegend plaats via de zorgverzekering.

Bij ‘care’ gaat het om verpleging en verzorging van mensen, soms tijdelijk en niet zelden langdurend. Te denken valt aan verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg, langdurende geestelijke gezondheidszorg enzovoort. De totale omzet bedraagt ongeveer 40 miljard euro per jaar. De financiering van de care is geregeld via de AWBZ, hiervoor is een indicatie nodig. Er wordt een eigen bijdrage gevraagd. De huishoudelijke verzorging thuis is geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) via de gemeenten. Voor deze zorg is eveneens een indicatie nodig en wordt meestal een eigen bijdrage gevraagd. Ook in een verpleeghuis, in een verzorgingshuis en in een ziekenhuis wordt natuurlijk het huishouden verzorgd. In die gevallen worden de kosten in het dagtarief verrekend, dat wil zeggen via de AWBZ of door de zorgverzekering vergoed. Verpleegartikelen en noodzakelijke woningaanpassing voor mensen met een beperking verlopen ook via de gemeente.

Nu is het onderscheid tussen cure en care ook weer niet zo simpel en logisch als het lijkt. In een ziekenhuis wordt behalve cure vooral care gegeven. De patiënt is er voor een medische behandeling of een onderzoek, maar de verzorging van de patiënt en diens omgeving is ook noodzakelijk. Ze is het meest tijdrovend en dus kostbaar. En in de care wordt ook aan cure gedaan, denk aan medische zorg in verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg. De kraamzorg is een van de oudste caregebieden. Ze valt echter onder de zorgverzekering en wordt beschouwd als cure. Dat laatste maakt afstemming

mogelijk met verloskunde thuis en in het ziekenhuis omdat die eveneens via de zorgverzekering geregeld zijn.

Naast cure en care bestaat er preventie, die weer onderverdeeld wordt naar primaire preventie (gericht op het voorkomen van ziekten), secundaire preventie (gericht op vroegtijdige opsporing en behandeling van ziekte en handicap) en tertiaire preventie (gericht op het voorkomen van erger en van complicaties). Hoewel er een breed gedragen overtuiging is dat preventie voor een goede gezondheidszorg essentieel is en heel doelmatig kan zijn, wordt hiervoor het minste geld uitgetrokken. Afhankelijk van de definitie van preventie komt dat toch maximaal neer op 12,5 miljard euro per jaar. Het gaat om het gehele veld van ziektepreventie waaronder geneesmiddelen als cholesterol- en bloeddrukverlagers (17% van de kosten), gezondheidsbevordering (3%), arbeidsgerelateerde preventie en preventie van psychische aandoeningen.

Preventie wordt onder andere geregeld via de Wet op de collectieve preventie, waarvoor de gemeente de verantwoordelijke overheid is. Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD) en thuiszorgorganisaties zijn belast met de uitvoering. Op het gebied van de gezondheidsbevordering zijn er vooral landelijke instituten werkzaam, zoals Trimbos, STIVORO, Consument en veiligheid, Stichting Aids Fonds, NIGZ, Voedingscentrum, NISB).

Waarom is er zo weinig aandacht voor preventie? Het effect van preventie kan vaak maar moeilijk worden aangetoond, ook omdat er weinig gerichte pogingen worden ondernomen om het effect te meten en te verbeteren. Ook wanneer het rendement wel is aangetoond (bijv. bij het voorkomen of opsporen van hartwijkingen en heupdysplasie bij jonge kinderen), roept dit geen enthousiasme op bij de politiek en eventueel andere financiers. Preventie wordt gezien als een kostenpost, terwijl zakelijk gezien toch ook minstens de opbrengst in beeld zou moeten zijn. Aangezien er bij preventieve gezondheidszorg geen acute noodzaak tot uitvoering is, kan hier bezuinigd worden zonder maatschappelijke discussies en emoties.

Een andere reden voor het gebrek aan inzet in preventieve gezondheidszorg is dat in het grote veld van cure en care niemand gebaat is bij preventie. Hoe gek het ook klinkt, iedereen vaart wel bij ziekte (van een ander wel te verstaan). Voor zorgaanbieders en verzekeraars is het omzet, handel. Voor een verzekeraar is preventie alleen interessant indien de eigen verzekerden er meer baat bij hebben dan de verzekerden van de concurrent. Voor ambtenaren en beleidsorganisaties is ziekte en gezondheidszorg hun taakgebied. Hoe groter dat gebied is, hoe belangrijker de afdeling en hoe belangrijker de directeur van de afdeling. Voor de individuele burger kan preventie van belang zijn, alleen is het resultaat niet te overzien en zijn effecten zichtbaar op termijnen die nu niet tot actie leiden. Blijft over de samenleving. Die zou baat hebben bij preventie, vanwege een gunstig effect op de uitgaven voor gezondheidszorg op termijn. De samenleving dat is echter niemand. Politici

hebben een termijn van vier jaar en in het licht van verkiezingen is zorg voor ouderen, zieken en gehandicapten dicht bij de emotie die tot stemmen leidt dan de preventie van hart- en vaatziekten.

1.2 Doelgroepen

Een andere indeling van de zorg gaat uit van doelgroepen. Er wordt zowel in de politiek als in de gezondheidszorg onderscheid gemaakt naar bijvoorbeeld ouderenzorg of jeugdzorg.

Onder ouderenzorg valt alles wat met de zorg voor ouderen te maken heeft, behalve de cure, en wanneer het om intramurale zorg gaat (verpleeghuis, verzorgingshuis, gehandicaptenzorg, ggz) weer wel het wonen en het welzijn. Terecht wordt de integrale dienstverlening geregeld vanuit een regime, omdat de cliënten, in dit geval de oudere mensen, geen scheiding maken naar welzijnsdiensten, huisvestingsvragen en zorgdiensten. Pijn, angst, eenzaamheid, bereikbaarheid en huiselijke faciliteiten grijpen op elkaar in. Wel lijkt het logisch om de financiering van de component huisvesting los te koppelen van zorg. Strikt genomen heeft iedere oudere huisvesting (een eigen woning of in een voorziening voor ouderenzorg) en betreft dit geen zorg en zorgkosten.

De jeugdzorg is een verhaal op zich. Deze kent van alle sectoren de beste preventie, namelijk de jeugdgezondheidszorg die via de organisaties voor thuiszorg (consultatiebureaus) en de GGD (schoolartsdienst) wordt aangeboden. Deze zorg ressorteert onder de gemeenten. Veel zorg en aandacht is gekoppeld aan kinderopvang en onderwijs (ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen): belangrijke vindplaatsen voor risico's in en verstoring van het proces van opvoeding en ontwikkeling.

Wanneer het fout gaat bij de ontwikkeling van kinderen zijn er drie richtingen in de verdere behandeling. Er is ten eerste een medisch circuit van huisarts, kinderarts, eventueel psychiater en therapeuten gericht op ingrepen in het fysieke deel van de ontwikkeling. Mensen gaan er hierbij dikwijls van uit dat problemen een medische oorzaak hebben, zoals ADHD bij drukke kinderen. Behandeling bestaat uit medicatie en valt onder de zorgverzekering.

Ten tweede is er het welzijnsircuit van pedagogen en psychologen, dat zich richt op de beïnvloeding via de opvoeding. Hier gaat men ervan uit dat gedragsproblemen een oorsprong hebben dan wel een aanpak vragen in de opvoeding en begeleiding van kinderen, zoals het bieden van meer structuur en duidelijkheid bij drukke kinderen. Deze vorm van zorg valt onder de provinciale overheid met een toegang via de provinciale Bureaus Jeugdzorg (instellingen die verantwoordelijk zijn voor de diagnostiek en plaatsing van jeugdigen in (tweedelijns)instellingen voor curatieve jeugdzorg).

Ten slotte is er nog het justitiële circuit. Wanneer mensen denken dat een correctie op gedrag nodig is, bijvoorbeeld bij kinderen die maatschappelijke overlast veroorzaken, verloopt de aanpak via het Bureau Jeugdzorg (provincie) naar de Raad voor de Kinderbescherming naar de kinderrechter. Gezinsbegeleiding en voogdij zijn dan de aanpak; dit valt onder het ministerie van Justitie.

Een andere indeling naar doelgroepen is die naar categorieën patiënten, zoals diabetes, COPD, dementie, cystic fibrosis, oncologie. De patiëntenorganisaties zijn daarop gericht.

1.3 Echelons

De zorg kan ook worden ingedeeld naar echelons, ofwel een hiërarchische indeling van de zorg in eerste-, tweede- en derdelijnsvoorzieningen.

Eerstelijnsvoorzieningen betreffen de vrij toegankelijke zorg. In brede zin wordt hieronder verstaan de huisarts, verloskundige, fysiotherapeut (ziekttekostenverzekeraar), thuiszorg (AWBZ), maatschappelijk werk en eventueel sociaalcultureel werk (gemeente). In iedere wijk of buurt dient een toegang te zijn tot deze eerstelijnsvoorzieningen.

Tweedelijnsvoorzieningen zijn op een grotere schaal georganiseerd, denk aan ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Derdelijnsvoorzieningen bestaan uit de gespecialiseerde instellingen, bijvoorbeeld met betrekking tot revalidatie, oncologie, cystic fibrosis.

De doorgeleiding van patiënten verloopt van eerste- naar tweede- naar derdelijnsvoorzieningen.

1.4 De puzzel

De gezondheidszorg bestaat uit een groot aantal voorzieningen die weer op verschillende manieren zijn ingedeeld naar functie, specialisme, financiering en regelgeving. De indeling naar somatisch, psychisch en sociaal is dan nog niet eens genoemd. Dit maakt het complex voor de zorgconsument, want zijn vraag is doorgaans niet opdeelbaar: zijn ziekte of handicap heeft medische, mentale, sociale en misschien ook financiële aspecten. Daarnaast is het aanbod op de medische vraag zo versnipperd dat het overzicht ontbreekt. Zelfs binnen één organisatie, bijvoorbeeld een ziekenhuis, is het aanbod van zorg erg versnipperd. Het laten maken van röntgenfoto's, onderzoek via het laboratorium en de contacten met verschillende specialisten staan allemaal op zichzelf en vragen om aparte afspraken. De coördinatie van de verschillende diensten en daarmee ook het logistieke probleem van

opvolging van afspraken en tijdstippen van afspraken wordt bij de cliënt gelaten.

Omdat er niemand overkoepelend verantwoordelijk is of gemachtigd is de regie te voeren, zoals bij een reisbureau, is de patiënt zelf degene die de zorg integreert en coördineert. De organisatie van de zorg naar structuur, financiering en wet- en regelgeving is tot in de details aanbodgericht. Het is opgebouwd vanuit de indeling die er vanuit het aanbod is te maken. De opleiding van werkers in de gezondheidszorg, met steeds verdergaande specialisaties, is bepalend voor de indeling van de aanbieders. Psychiaters bij psychiaters, chirurgen bij elkaar en dat geldt ook voor diëtisten, fysiotherapeuten en verloskundigen. De professionals zijn gegroepeerd naar hun diploma. Vervolgens worden deze specialismen weer gebundeld in organisaties of praktijken volgens categorieën, regels en financiering, zoals hiervoor beschreven.

Het omvormen tot een vraaggerichte opbouw, waarbij het aanbod van specialismen gegroepeerd is naar de vragen van cliënten, vereist een enorme reorganisatie van een systeem met honderdduizenden medewerkers en betrokkenen. Zo'n vorm wordt beoogd met de invoering van de zogenaamde diagnosebehandelcombinaties (DBC). Hierbij wordt het aanbod van specialismen via financiering en regelgeving geordend naar een ziektebeeld (zoals voor diabetes of COPD) en de zorg (onderzoek, behandeling en informatie) die deze patiënten nodig hebben.

Deze benadering is al een grote omwenteling in de richting van de vrager. Verschillende specialisten werken met elkaar samen rondom een cliëntengroep. Het doorbreekt de organisatie naar groepen specialisten. De bedoeling is dat de financiering is gericht op een bedrag voor de gehele combinatie van onderzoeken, consulten en behandelingen. Dergelijke veranderingen veroorzaken onzekerheid, want wie krijgt het voor het zeggen in de nieuwe combinatie? En hoe pakt de betaling per deelnemende specialist uit?

Bij een DBC vindt betaling plaats van het integrale eindresultaat: de behandelde cliënt. Wanneer het lukt om te sturen op het integrale eindresultaat is de organisatievorm een zaak van de aanbieders zelf. Nu vindt financiering plaats naar aantal ligdagen en aantal consulten, verrichtingen of naar contacttijd. Dit heeft een opdrijvend effect op het volume. Een financiering naar resultaat maakt het aantrekkelijk voor de aanbieders om hetzelfde resultaat te bereiken in minder productie-eenheden. Twee belangrijke vragen doen zich voor bij dit soort financiering. De eerste vraag is: Hoe wordt het eindresultaat gemeten? De gezondheid van de cliënt is afhankelijk van alle zorg bij elkaar, van zijn eigen conditie en levensstijl; zijn tevredenheid van zijn verwachtingen. Natuurlijk geldt dit voor de meeste aanbieders in de vrije markt, maar hier is het proces van zorg en het effect ervan complexer dan in de meeste dienstverleningen of productiemarkten. De tweede vraag is: Hoe krijg je de verschillende professionals bij elkaar in een coöperatief team?