

Gezondheidszorg in proportie

1709A

Dit nummer van Medisch Contact is omvangrijk geworden, omdat de tekst van een rapport van de KNMG erin is opgenomen. Het gaat om het rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen', dat onlangs door het hoofdbestuur is goedgekeurd. Niet alleen de inhoud van dit rapport is belangrijk; dát het bestuur van onze beroepsorganisatie zich een mening heeft gevormd over een aantal met elkaar samenhangende beleidsaspecten van de gezondheidszorg, is ook van veel betekenis: het is een zichtbaar teken van de betrokkenheid bij en van het verantwoordelijkheidsgedrag voor de structuur en de inhoud van de gezondheidszorg in haar geheel.

De aanleiding tot het schrijven van dit rapport was zeer prozaïsch. Het bleek ondoenlijk aan discussies over het gezondheidszorgbeleid – in het bijzonder op financieel gebied – deel te nemen zonder te beschikken over een beleidsvisie. Daarom werd een commissie in het leven geroepen, die het thans voorliggende rapport in een tijdsbestek van bijna drie jaar heeft opgeleverd. Het feit dat dit rapport is geboren uit een concrete behoefte wekt het vertrouwen dat de inhoud ervan een richtinggevende rol kan gaan vervullen. Aan het rapport is een aantal bijlagen toegevoegd; aan één daarvan, van de hand van P. J. Thung, is in deze kolommen reeds aandacht besteed¹.

Het is opvallend dat het hoofdbestuur zeer brede uitgangspunten heeft gekozen voor de inrichting van de gezondheidszorg. Niet een beperkte visie van een louter curatieve geneeskunde, niet een gezondheidszorg van artsen, specialisten, huisartsen of sociaal-geneeskundigen, maar een gezondheidszorg die op alle mogelijke manieren is ingebed in de totale samenleving. Zeer in het kort komt het erop neer dat men is uitgegaan van de (h)erkenning van de omstandigheden die tot ziek worden aanleiding geven: genetische onvolkomenheden, levensomstandigheden van de bevolking in haar geheel en de leefwijze van individuen. Ziekten kunnen op grote schaal worden voorkomen door op deze gebieden veranderingen aan te brengen.

Dit is natuurlijk niets nieuws, maar het feit dat een beroepsorganisatie van artsen deze uitgangspunten, die hoofdzakelijk van niet-medische aard zijn en die vooral buiten de geneeskunde om een oplossing vragen, kiest, getuigt van het vermogen de eigen rol op het gebied van de gezondheidszorg te relativeren. Een ci-

J. C. van Es

**Nevendoel:
zelfhandhaving
werkt belemmerend voor
hoofddoel: structurering**

taat: '... de volksgezondheid (...) hangt vooral af van voorzieningen op het gebied van woning, voeding, riolering, scholing en andere factoren, die door Verdoorn zijn samengevat als 'sociale ontwikkeling'. Voor het handhaven van deze basisvoorwaarden voor onze volksgezondheid draagt de openbare gezondheidszorg daarom medeverantwoordelijkheid. De individuele gezondheidszorg kan alleen binnen dit kader tot haar recht komen en moet hieraan ondergeschikt blijven'. In het verlengde hiervan ligt dan ook de uitspraak dat 'ook in de gezondheidszorg het evenwicht moet worden bewaard tussen de belangen der individuele burgers en die van de samenleving als geheel'. Dit betekent nogal wat! Men kan hieruit bijvoorbeeld concluderen dat het budget voor de curatieve gezondheidszorg, waarmee vooral de belangen worden gediend van al die individuele patiënten die zich aan onze zorg toevertrouwen, in een redelijke verhouding dient te staan tot de bedragen die worden besteed aan gezondheidbevorderende maatregelen c.q. het nationale inkomen. De proporties dienen in oog te worden gehouden. Tegelijkertijd wordt echter uitgesproken dat moet worden uitgegaan van het criterium 'wat de geneeskunde in het verleden heeft toegevoegd aan de algemene volksgezondheid respectievelijk wat zij daar in de voorzienbare toekomst aan zal kunnen toevoegen'. Hiermee wordt het volle pond gegeven aan die delen van de geneeskunde welke bijdragen tot een langer en, vooral, tot een beter leven. Dit betekent dat niet iedere nieuwe vondst op diagnostisch of therapeutisch gebied zonder meer moet worden ingelijfd in de routinehandelingen van de geneeskunde; voor de beslissingen hieromtrent worden technieken ontwikkeld². Hiermee wordt gepleit voor een gezondheidszorg die zich meer richt op de effectiviteit van het geheel dan op noviteiten van medisch-technologische aard: pas als die hun betekenis uit een

oogpunt van een bewust gevoerd gezondheidszorgbeleid hebben bewezen, kunnen zij een plaats in het geheel verwerven.

Terecht wordt in het rapport van het HB dan ook gepleit voor een duidelijk onderscheid tussen wetenschap als cultuurgoed en wetenschap ten dienste van de gezondheidszorg. Dus: onderscheid tussen wetenschappelijk onderzoek dat kan bijdragen tot een verdiepen van kennis en inzicht in processen van gezondheid en ziekte, zonder dat dit het medisch handelen direct behoeft te beïnvloeden, én onderzoek naar de vraag of een bepaalde wetenschappelijke ontwikkeling kan bijdragen tot de gezondheidszorg. Beide typen onderzoek kunnen overigens grensverleggend zijn en er bestaat een wederzijdse afhankelijkheid. Aan de wetenschapsbeoefening als cultuurgoed zullen vaak andere dan de medische faculteiten een belangrijke bijdrage leveren; men zie slechts de toekenning van Nobelprijzen voor de geneeskunde! Overigens: ook het onderzoek ten dienste van de gezondheidszorg vergt vaak een interdisciplinaire aanpak; dit onderzoek komt pas de laatste tijd op gang. Het onderscheid tussen beide velden en typen van onderzoek is vooral zinvol uit een oogpunt van financiering. Het is zeer wel denkbaar de wetenschapsbeoefening als cultuurgoed uit algemene gelden en het gezondheidsonderzoek uit aan de gezondheidszorg toegekende gelden te betalen. Deze structurele benadering en vooral ook de relativerende houding daarbij stuit ongetwijfeld op grote weerstanden. Niet uit het oog moet worden verloren dat het omvangrijke complex van gezondheidszorgvoorzieningen niet alleen functionele doelen onder de noemer van verbetering van de gezondheidstoestand nastreeft, maar – net als alle andere organisaties – als (neven-)doel heeft zichzelf in stand te houden. Iedere wijziging in de structuur brengt nadelen voor bepaalde categorieën artsen en andere gezondheidswerkers mee en kan leiden tot een (machts)strijd tussen belanghebbenden. De verschijning van het HB-rapport kan wellicht een eerste stap zijn in een proces waarin inhoudelijke argumenten op den duur belangsoverwegingen gaan overstemmen. □

1. Es, J.C. van. Wat voor soort gezondheidszorg? Medisch Contact 1986; 41: 67.

2. Guyatt G, Drummond M et al. Guidelines for the clinical and economic evaluation of health care technologies. Social Science & Medicine 1986; 22: 393-408.