

Bijlage ILLUSTRATIEVE BELEIDSOPTIES

B.1 Inleiding

Ter illustratie van de beleidsvraagstukken die in de hoofdstekst zijn uitgewerkt, worden enkele beleidsopties geschetst in deze bijlage. De bedoeling is om zo nog beter duidelijk te maken "wat er te kiezen valt".

De beleidsopties zijn op een prikkelende wijze geformuleerd, vormen geen afgestemd of afgewogen geheel, hebben soms zelfs wellicht een science-fiction-achtig karakter en kiezen veelal als uitgangspunt een invalshoek die contrair is aan het lopende beleid. Op deze wijze wordt namelijk het beste duidelijk wat er "te kiezen valt". Daarmee zijn de beschreven beleidsopties nadrukkelijk niet "implementeer-klaar". Pas nadat op politiek niveau een tamelijk fundamentele keuze is gemaakt en een acceptabele balans is gevonden in de beschreven dilemma's, is het zinvol om verdere "implementeerbare" beleidsopties uit te werken. De discussie over de politiek en maatschappelijk wenselijke balans in de aangegeven beleidsvraagstukken kan beter niet gevoerd worden aan de hand van concrete beleidsvoorstellen. Dan domineren de details en wordt het lastig om te volharden op een gezamenlijk ingeslagen weg. Gegeven de timing van deze nota, in de aanloop naar een kabinetsformatie, ligt de keuze voor de hand.

De beleidsopties volgen de indeling van de hoofdtekst. Beleidsopties die in de vernieuwingstrajecten - stelsel, modernisering cure en care - aan de orde komen, worden hier niet herhaald. Het beleidsinstrumentarium bestaat uit wetgeving, handhaving, voorlichting en financiële prikkels. Bij elke beleidsoptie wordt de te verwachten winst en de te verwachten weerstanden aangegeven. De politiek moet besluiten of de overheid de weerstanden durft te weerstaan om de winst te nemen.

Het is tot slot belangrijk om te beseffen dat op vrijwel alle zorgterreinen beleid bestaat, heeft bestaan of in voorbereiding is geweest. Ten tweede is het belangrijk om te beseffen dat de gemakkelijke oplossingen - waartegen nauwelijks weerstand bestaat - op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg reeds lang geleden zijn geïmplementeerd.

B.2 Vernieuwingstrajecten

Hier worden geen concrete beleidsopties gepresenteerd. Hiervoor verwijzen wij naar de verschillende documenten rondom de drie vernieuwingstrajecten.

B.3 Preventie

Om te beginnen worden twee beleidsopties aangegeven voor een stroomlijning van de organisatie rondom preventiebeleid en een modernisering en stroomlijning van de bestaande, niet-indringende voorlichting.

Daarna volgen enkele beleidsopties waarin nadrukkelijk gekozen wordt voor de volksgezondheid op korte en middellange termijn, met de weerstanden die dit zal oproepen. De weergegeven beleidsopties willen laten zien hoe divers preventiebeleid is.

Voor een effectief preventiebeleid is veel beleid nodig buiten het zorgaanbod. Telkens wordt ook aangegeven wat het flankerend beleid in het zorgaanbod zou kunnen zijn, onder de veronderstelling dat de driehoek "verzekeraar/zorgkantoor - zorgaanbod - burger" zijn verantwoordelijkheid volledig neemt voor deze sturingsvraagstukken.

Investeren in de modernisering en stroomlijning van de organisatie van het preventieve zorgaanbod. Gezien de noodzaak tot een geïntegreerde uitvoering van preventie kan worden geïnvesteerd in de totstandkoming van beleidskaders, van daarop toegesneden instrumenten, gericht op het verbeteren van de samenhang en de samenwerking op het terrein van de preventie. Het geheel van zorgaanbod in de preventieve sfeer is nu weinig afgestemd en er zijn belemmeringen in regelgeving en financiering om preventie uiteindelijk optimaal te kunnen laten renderen. Een voldoende budget en voldoende politieke aandacht kunnen een positieve wending betekenen voor het verbeteren van het preventiebeleid.

Modernisering en stroomlijning van de gezondheidsvoorlichting kan gebaseerd worden op een geïntegreerd gebruik van diverse massamedia-kanalen. Het doel is om het kennisniveau over de "gewone" individuele gezondheid op een hoger niveau te brengen. Kennis is een noodzakelijke, maar niet voldoende, voorwaarde om burgers gezonde keuzes te laten maken. De beperkingen van niet-indringende voorlichting worden in de hoofdtekst besproken.

Een structureel televisieprogramma op prime-time met echte mensen die met gewone gezondheidsproblemen te maken krijgen en daar zelf een oplossing voor zoeken, kan een tegenwicht vormen voor diverse medische programma's met veel high-tech. De geïntegreerde gezondheidsvoorlichting moet onder uitsluitend overheidsverantwoordelijkheid tot stand komen, anders domineren snel de commerciële belangen en belangengroepen. Aansluiting bij activiteiten van ideële organisatie en relevante zorgorganisaties ligt voor de hand.

Onderwerpen

- Wat kun je als patiënt zelf doen aan lage-rug-klachten?
- Waar moet je aan denken als je wilt stoppen met roken?
- Wat is een depressie, hoe herken je dat bij jezelf en bij anderen?
- Wat is stress (op het werk) en hoe ga je daar mee om?
- Slaapproblemen
- Overgangsproblemen
- Overgewicht, wat betekent dat voor je gezondheid? Wat is een goed begin om te minderen? Met een medische beoordeling van afslankmiddelen in het algemeen.
- Wat zijn de verschillende behandelmethoden voor cholesterol? Wat kun je zelf doen?
- Wat zijn de nieuwste inzichten rondom Astma?
- Wat is "voldoende" beweging?
- Hoe signaleer je suikerziekte? En wat moet je dan doen?
- Borstvoeding, wat zijn mogelijke problemen en wat kun je daar dan tegen doen?
- Wat doet alcohol met je lijf, korte termijn en lange termijn?
- Met welke kinderziekten moet je arts waarschuwen (en bij welke niet?)
- Enz.

Het programma wordt bijvoorbeeld wekelijks voorbesproken in de Margriet / Libelle en nabesproken in bijvoorbeeld de Privé / Story. Er wordt incidenteel aansluiting gezocht bij de wetenschappelijke bijlagen van de betere kranten. Van elke uitzending is een toegankelijk gratis boekje beschikbaar en er is een aansluitende website.

Onderstaande beleidsopties illustreren een fundamentele keuze voor de volksgezondheid.

Probleemschets alcoholmisbruik

Drankgebruik onder een deel van de jongeren is schrikbarend hoog en snel gestegen. Het conjuncturele hoogtij heeft jongeren veel financiële armoede opgeleverd waarop ouders geen beslag meer hoeven te leggen. Dit is een ernstige en blijvende aanslag op de gezondheid van de jongeren. Politie, justitie en burgers ondervinden eveneens last van het overmatige alcoholgebruik. Het is aannemelijk dat door concentratiestoornissen bij jongeren het behaalde onderwijspeil nadelig wordt beïnvloed met alle gevolgen van dien. Nauwelijks gecontroleerde maatregelen (zoals verbod op verkoop onder de 16) of weinig ingrijpende maatregelen (zoals voorlichting op de camping) hebben zeer weinig effect gehad.

Beleidsoptie (voornamelijk wetgeving en bijbehorende handhaving):

- Verbieden van sponsoring door alcoholfabrikanten (honderden miljoenen)
- Integraal reclameverbod (televisie, bladen, bioscoop, ...)
- Forse verhoging alcoholaccijns.
- Extra verhoging van de alcoholaccijns gedurende de zomermaanden.
- Beperking aantal verkooppunten (niet meer op benzinstations of in supermarkten)
- Verbod op drankverkoop in sportkantine en op scholen.
- Verbod op "happy hours" en andere aanbiedingen
- Verplichting van universiteiten om financiering van studentenverenigingen in te trekken zodra zich excessen voordoen.
- Drooglegging van diverse gebieden op feestdagen (Koninginnedag, voetbalwedstrijden, universiteitssteden tijdens de introductieweek)
- Verbod op openbare dronkenschap activeren en zwaarder bestraffen.
- Verhoging van minimumleeftijd voor de verkoop, hogere boetes op verkoop van drank aan jongeren + enkele honderden in cognito controleurs
- Verplicht onderdeel met een toets die telt voor het eindexamen van alle onderwijsprogramma's voor 15-jarigen over de schadelijke effecten van alcohol.
- Structurele en integrale blaastests op de parkeerterreinen (en twee kilometer verderop) van disco's e.d. in het gehele land op de uitgaansavonden.
- Uitreiking van folders bij touringbussen en vliegtuigen naar de zon.
- Voorlichtingsboekjes via SVB (kinderbijslag) aan alle ouders van kinderen van 15 over de gevaren van alcohol + hulpadressen die ouders kunnen inschakelen bij ervaren problemen.

Beleidsoptie voor flankerend beleid in de zorg

- Uitbreiding van verslavingszorg voor alcoholverslaafden.
- Specialisatie om de combinatie van alcoholverslaving, persoonlijkheidsstoornis en agressie te kunnen opvangen.
- Gerichte voorlichting continueren aan jongeren continueren op school en op de camping en andere vormen van voorlichting.
- Uitbreiden van dwang en drang in de zorg voor (jeugdige) alcoholverslaafden.

Te verwachten weerstanden:

- Bij de jongeren, die drinken leuk en ook belangrijk vinden
- Bij de ouders, die het niet erg vinden dat hun kind drinkt en die zich aangetast voelen in hun ouderlijke macht door de bemoeizuchtige overheid.
- Bij volwassenen en jongeren die matig drinken en vinden dat zij onevenredig worden getroffen door het "slechte" gedrag van een deel van de jeugd.
- Bij de evenementen die worden gesponsord
- Bij de fabrikanten van alcohol
- Bij de horeca die minder klanten ziet
- Bij de media, die nu reclame-inkomsten hebben
- Bij "afgeschafte" verkooppunten die inkomsten mislopen
- Bij de politiek die luistert naar alle klachten. Een wetsvoorstel met deze strekking heeft het dan ook enkele jaren geleden niet gehaald. Ingezet is op "zelfregulering".

Winst

Meer gezondheid, minder overlast en geweld op straat en in huis, minder doden en ongelukken (met jongeren met name) in het verkeer, meer en hogere diploma's, over tien jaar een gezondere beroepsbevolking.

Ongewenste neveneffecten

Het plezier en het gemak waarmee sociale contacten met een matig gebruik van alcohol kunnen worden aangehaald en kunnen worden onderhouden, komt onder druk te staan. Er ontstaat meer illegaliteit rondom alcohol. Het is onbekend welke (ongezonde) kick jongeren zullen zoeken met het "uitgespaarde" geld. De overheid kan het contact met een deel van de bevolking door deze negatieve boodschap verliezen.

Probleemschets overgewicht

Overgewicht, slechte voeding in combinatie met weinig bewegen wordt steeds duidelijker een veroorzakende factor voor verschillende, ernstige ziektebeelden: astma, hart- en vaatziekten, enkele kankers, klachten aan het bewegingsapparaat, hoge bloeddruk, suikerziekte. De epidemiologie van overgewicht is zorgwekkend. Kinderen en jeugd nemen een bijzonder zorgelijke positie in. De aanhoudende welvaart laat hier één van zijn keerzijden zien. Pas over een decennium zal pas het nadelige effect op de volksgezondheid in volle omvang zichtbaar worden. Op eigen initiatief het voedingspatroon en beweegpatroon structureel ten goede veranderen is niet eenvoudig. Voorlichting is daarvoor niet voldoende.

Beleidsoptie

- Flinke accijns op vet en op suiker
- Verbod op kindertelevisie voor 17.00. Structureel en indringend advies aan ouders via scholen, televisie of anderszins om computerspelletjes en video te beperken in de tijd.
- Meer kinderspeeltuinen met professionele begeleiding
- Uitbreiding van het bewegingsonderwijs in alle opleidingen
- Collectieve financiering van sportfaciliteiten, gratis toegang voor alle inactieven met uitkering.
- Verplichte sportfaciliteiten op het werk
- Verplichte aanduiding in horeca van vet- en suikergehalte van gerechten (rode/oranje/groene stippen)
- Landelijk dekkende, collectief gefinancierde ondersteuningsprogramma's voor mensen die willen afvallen (met advies over juiste beweging, juiste voeding, onderlinge steun). Deze cursus moet afgestemd worden op doelgroepen (ouder en kind, vrouw, man, oudere, lagere SES, gehandicapte, werkende, inactieve).
- Voorlichting via alle kanalen over medisch en modisch overgewicht en de schadelijke effecten. Sponsoring van een doorlopend programma "Big Diet" waarin echte mensen life afvallen op televisie.
- Integrale verspreiding over alle huishoudens van fraai vormgegeven boekjes met "goede", niet dure, gemakkelijke recepten. En met waarschuwingen voor "slechte" producten.
- Bundeling onderzoek: wie wordt waardoor te dik en welke afvalmethoden werken in de praktijk het beste.

Beleids optie voor flankerend beleid in de zorg

- Forse uitbreiding en volledig collectieve financiering van het aantal diëtisten
- Consultatiebureaus verwijzen alle te dikke jonge kinderen door naar diëtisten / afvalcursussen
- Verplichte, herhaaldelijke keuring door schoolarts tot 18 jaar met een doorverwijzing naar diëtist / afvalcursus.
- Een substantiële financiële beloning voor elk kind dat op een "goed" gewicht is bij enkele metingen gedurende de jeugdijaren. Kinderen met overgewicht krijgen één herkansing een jaar later.
- Ouders van te dikke kinderen die in bijvoorbeeld twee jaar tijd geen substantiële gewichtsreductie hebben gerealiseerd, krijgen straf in de vorm van een stevig gesprek met huisarts + diëtist. Huisarts en diëtist kunnen samen de kinderbescherming inschakelen als er sprake is van een verwaarlozing van de belangen van het kind.
- Centrale registratie van individuen met datum, geboortedatum, lengte en gewicht (hiervoor is een uniek nummer nodig, zie verderop)
- Meting van lengte en gewicht van volwassenen bij diverse gelegenheden (bezoek bij huisarts, sportkeuring bijvoorbeeld op het werk, begin van de zwangerschap, ziekenhuisopname, op individueel initiatief, door bedrijfsarts, door fysiotherapeut).
- Protocol voor huisartsen die integraal mensen met overgewicht in hun praktijk signaleren, oproepen, ernstig toespreken en doorverwijzen naar diëtist / afvalcursus.
- Een financiële beloning voor iedereen die na overgewicht het medisch vastgestelde streefgewicht bereikt en vasthoudt na 1 jaar en na 2 jaar.
- Meer geld en aandacht voor (aangepaste) beweging in de intramurale zorginstellingen.

Te verwachten weerstanden

- Van alle mensen die hun eigen gewicht (of met name dat van hun kind) geen probleem vinden. "Waar bemoeit de overheid zich mee?"
- Producenten van vet en suiker (snacks, frisdranken, ...)
- Deel van de horeca
- Politiek (privacy en keuzevrijheid van de burger, kosten van de gezamenlijke interventies)

Winst

Veel gezondheid, op langere termijn veel uitgespaarde kosten aan geneesmiddelen en curatieve zorg.

Ongewenste neveneffecten

Eten kan in plaats van een sociale activiteit, een gemedicaliseerde gebeurtenis worden voor veel mensen. Enkele mensen die hier gevoelig voor zijn, zullen doorschieten naar een ongezond laag gewicht. Niet alle mensen met overgewicht kunnen even gemakkelijk afvallen. Zwere mensen kunnen mikpunt van spot worden en kunnen minder rekenen op vanzelfsprekende solidariteit wanneer zij zorg nodig hebben.

Probleemschets gehoorbeschadiging

Een kleine groep jongeren loopt een groot risico op een gehoorbeschadiging door het luisteren naar harde muziek. De gehoorbeschadiging ontstaat relatief snel en is niet meer terug te draaien. De kosten voor de gezondheidszorg zijn relatief beperkt, maar de jongeren zelf zijn voor de rest van hun leven beperkt in hun ontplooiingsmogelijkheden. Voorlichting is niet effectief omdat jongeren meer op de korte termijn zijn gericht. Zij vragen zich af of "hij of zij" er vanavond ook is, bijvoorbeeld niet welke beroepen buiten bereik raken door een gehoorbeschadiging.

Beleidsoptie

- Verbod op te veel decibellen bij festivals en in de horeca + een behoorlijke pakkans + forse boetes voor de organisatoren / eigenaars.
- Productaanpassing waardoor walkmans niet te veel decibellen kunnen produceren + controle.
-

Beleidsoptie voor flankerend beleid in de zorg

- Geen, omdat voorlichting geen effect heeft op de doelgroep

Te verwachten weerstanden

- De jeugd die decibellen leuk vindt
- De horeca die meer verdient door een grotere baromzet - dit is wetenschappelijk onderzocht - als de muziek hard is.
- De producenten van walkmans die een interessant kenmerk van hun product verliezen.
- Politiek die wel de kosten van alle controles ziet, maar de baten niet in guldens kan uitdrukken.

Winst

Meer jongeren die zonder beperking hun leven kunnen leven.

Ongewenste neveneffecten

Geen

Beslissingen op individueel niveau en een ongezonde levensstijl kunnen leiden tot zorguitgaven die met andere keuzes en een andere levensstijl niet nodig zouden zijn geweest. Burgers kunnen worden aangesproken op hun keuzes en hun gedrag met voorlichting, wetgeving en handhaving. Maar ook financiële prikkels die de consequenties voor de zorguitgaven benadrukken, kunnen een instrument zijn om individuen meer verantwoorde keuzes te laten maken en een gezondere levensstijl te laten handhaven.

Probleemschets

De Nederlandse vrouw krijgt op steeds latere leeftijd kinderen. In 2000 hebben 4.000 vrouwen van 40 jaar en ouder een baby gekregen. In 1980 waren dit er nog maar 1.300. Onder vrouwen van 35 tot 39 jaar is de stijging nog sterker, van 8.000 in 1980 tot 32.000 in 2000. Deze trend leidt tot hogere zorguitgaven en gezondheidsverlies omdat oudere vrouwen meer problemen hebben zwanger worden, zwanger zijn en bevallen. De gezondheid van de baby van een oudere moeder is gemiddeld genomen ook minder goed. Deze trend zet zich met name door bij hoger opgeleide vrouwen.

Beleids optie

- Paren waarvan de vrouw ouder is dan 38 ten tijde van de (beoogde of verwachte) bevalling, zijn wettelijk onverzekerd tegen de zorgkosten verbonden aan het zwanger worden, de zwangerschap, de bevalling, de kraamzorg en de kosten verbonden aan de zorg voor de baby gedurende het eerste levensjaar, inclusief neonatologische zorg. Een particuliere, aanvullende verzekering zal duur zijn. Het betreft in de huidige situatie ongeveer 10.000 geboortes van de ongeveer 200.000 per jaar.

Beleids optie voor flankerend beleid in de gezondheidszorg

- Inspelen op de piek in geboortes die ontstaat door het 'naar voren halen' van zwangerschappen
- Inspelen op de verminderende zorgvraag naar diverse vormen van medische ondersteuning bij zwanger worden, zwanger zijn en bevallen.
- Inspelen op de verminderende zorgvraag naar neonatologische zorg.

Te verwachten weerstanden

- Hoger opgeleiden - mannen en vrouwen - zien hun eigen planning van het leven verstoord
- Sommige bevolkingsgroepen die geen anticonceptie accepteren, ook niet op latere leeftijd, zullen zich benadeeld voelen.
- Sommige artsen en verloskundigen zullen het niet acceptabel vinden om (noodzakelijke) zorg te moeten onthouden aan vrouwen en hun pasgeboren baby's omdat deze vrouwen niet aanvullend verzekerd zijn en onvoldoende eigen middelen hebben om de zorg te financieren.

Winst

Vrouwen zullen in het algemeen - gegeven de zeer grote financiële risico's - hun gewenste zwangerschappen ruim voor hun 38^{ste} jaar plannen. Dit komt de gezondheid van moeder en kind ten goede en spaart zorgkosten uit, met name bij de hulp om zwanger te worden, bij de gynaecologisch hulp bij de bevalling en bij de neonatologische zorg voor te vroeg geboren baby's. Ook de levenslange zorg voor verstandelijk en lichamenlijk gehandicapten loopt hierdoor enigszins terug.

Ongewenste neveneffecten

Enkele vrouwen van 38 jaar en ouder en / of hun baby's zullen gezondheidsschade oplopen omdat zij zich niet aanvullend verzekerd hebben en zelf over onvoldoende financiële middelen beschikken om de noodzakelijke zorg te kunnen betalen. Andere families zullen zich financieel in het nauw brengen om toch de noodzakelijke zorg te kunnen betalen.

Probleemschets

Roken, overmatig drinken en overgewicht geven een verhoogd risico tot gezondheidsklachten. Een significant hogere premie voor de zorgverzekering zou daarom voor de hand liggen. Het is echter zeer lastig te verifiëren voor een buitenstaander op juridisch verdedigbare wijze hoe iemands levensstijl is. Voor roken en overmatig drinken is dit zo goed als uitgesloten. Het individu kan altijd melden dat hij / zij gisteren gestopt is met deze ongezonde gewoonte. Overgewicht is beter te meten.

Beleids optie

- Een landelijke registratie waarin jaarlijks het gewicht en de lengte van elk individu wordt vastgelegd. Zorgverzekeraars hebben toegang tot deze registratie en mogen een significant hogere premie vragen voor mensen met een vastgesteld medisch overgewicht. Zij hebben er belang bij om mensen met overgewicht meer premie te vragen.

Flankerend beleid in de gezondheidszorg

- Collectief gefinancierde, gratis toegankelijke, professionele ondersteuning bij afvallen.

Te verwachten weerstanden

- Bij het grote deel van de bevolking dat medisch overgewicht kent. Dit betreft relatief veel lage SES-groepen
- Bij de gehele bevolking om het gewicht en de lengte jaarlijks te laten vastleggen.

Winst

Een deel van de mensen met overgewicht heeft mogelijk dit duwtje nodig om te werken aan gewichtsreductie met alle goede gevolgen voor de gezondheid en de maatschappelijke acceptatie die daar bij horen.

Ongewenste neveneffecten

Incassoproblemen bij verzekeraars omdat zij bij relatief veel lage SES-groepen hogere premies moeten gaan innen. Omdat verzekeraars verzekerden geen zorg mogen onthouden, ook niet bij wanbetaling, zal het animo om 'gewoon' de hogere premie te betalen snel afnemen.

B.4 Omgaan met risico's

Enkele opties moeten nog nader worden uitgewerkt. De huidige keuze wil slechts aangeven hoe divers het "risicobeleid", hoe intrinsiek dit beleid verbonden is met de zorg is en hoe emotioneel beladen.

Probleemschets Bloedvoorziening

De veiligheid van het product bloed is zeer belangrijk. De toediening van bloed gebeurt bij mensen in een kwetsbare gezondheidssituatie. Het product is daarom omgeven met veel veiligheidsvoorschriften. Een 100% garantie van de veiligheid is echter niet te geven. Enerzijds zijn de investeringen om de veiligheid verder te verhogen zeer groot. Mogelijkerwijs zou hierdoor ook het aanbod van het product bloed zodanig terug kunnen lopen dat op de volksgezondheid op een andere manier een groter gevaar loopt. Anderzijds bestaat 100% veiligheid niet bij een biologisch product. Het garanderen van 100% veiligheid kan bij een incident de geloofwaardigheid van de overheid ernstig verstoren.

Beleids optie

- De overheid berekent openlijk wat verdere verhoging van de bloedveiligheid en trekt publiekelijk de conclusie dat dit geen reële optie is
- De overheid geeft aan dat voldoende aanbod van voldoende veilig bloed een belangrijker bijdrage is aan de volksgezondheid
- De overheid communiceert met de bevolking over de principiële onmogelijkheid van 100% veilig bloed (en andere weefsels, organen en producten van biologische oorsprong).

Weerstand

Bij de bevolking en de politiek die zeer emotioneel reageren op deze gevoelige materie.

Winst

Geen laag rendabele uitgaven aan zorg, een minder grote bedreiging van de geloofwaardigheid van de overheid bij een incident (dan wanneer de overheid veiligheid garandeert).

Probleemschets infectieziekten

Nu weinig aandacht voor, geen "zichtbaar" risico. Kenners schatten dit anders in. Een investering in kennis op dit terrein kan op een onverwacht moment zeer lonend blijken te zijn.

Beleids optie

Meer investeren in de veiligheid rondom infectieziekten, kenniscentrum uitbreiden.

Weerstand

Dit kost geld, zonder dat het vandaag of morgen iets tastbaars oplevert

Probleemschets legionellabestrijding

GGD-en laten herhaaldelijk weten dat de bestrijding van legionella in Nederland overdreven trekken begint te krijgen, een groot beslag legt op hun capaciteit zodat andere preventie-activiteiten in het gedrang kunnen gaan komen. En het uitdragen als overheid dat het risico tot 0 wordt gereduceerd, zal op een vervelende dag de geloofwaardigheid van de overheid schaden, zeker gegeven de miljarden die dan zijn geïnvesteerd.

Deze situatie staat in contrast met de beleving van het risico voor infectieziekten, zie de box hierboven.

Probleemschets traumahelikopters

Traumahelicopter erg duur, slechts de investering in enkele helikopters en het terughoudend gebruik daarvan levert voldoende meerwaarde op.

Probleemschets nieuwe geneesmiddelen

Omgaan met nog onbekende bijwerkingen. Transparantie is nodig zodat bijwerkingen wel worden signaleerd. Maar gezondheidsschade kan fundamenteel niet worden uitgesloten.

B.5 Arbeidsmarktbeleid

Gegeven de huidige schaarste aan medisch specialistisch personeel en aan huisartsen, is het een "no-regret"-optie om het aantal opleidingsplaatsen voor de geneeskunde-studie en het aantal opleidingsplaatsen in ziekenhuizen binnen de grenzen van het praktisch haalbare te vergroten. Eventueel zal gerichte werving van geneeskunde-studenten en / of volleerd specialisten in het buitenland moeten worden onderzocht op zijn merites. In sommige specialismen is een neerwaartse spiraal aan het ontstaan tussen werklust, geen tijd voor het opleiden van nieuwe collega's, wachtlijsten, uitstroom uit de beroepsgroep, beperkte jonge instroom, toename van de werklust. Deze neerwaartse spiraal zal met onorthodoxe methoden moeten worden doorbroken. Het beperken van de capaciteit aan medisch specialistische zorg is ontstaan in het kader van de uitgavenbeheersing, in een tijd voorafgaand aan zowel de budgettaire kaders, als aan een systeem waarin een vorm van marktwerking een tegenwicht zal bieden aan ongeremde uitgavengroei.

Probleemschets

De instellingen in de zorg hanteren niet allemaal een effectief en modern personeelsbeleid. Dit is een potentiële bedreiging voor de continuïteit van de Nederlandse zorg. Het stimuleren van projecten, experimenten en onderzoek rondom goed personeelsbeleid van overheidswege is niet effectloos, maar zet mogelijk onvoldoende zoden aan de dijk als we kijken naar de nabije toekomst. Verzekeraars hebben als functie om de beste zorg in te kopen voor de laagste prijs, niet om de randvoorwaarden voor voldoende zorgaanbod te creëren. In een concurrerende omgeving gaan verzekeraars dergelijke investeringen met een hoge spill-over naar andere verzekeraars niet aan.

Een beleidsoptie

- De overheid verplicht werkgevers in de zorg een scala aan gegevens en indicatoren op te leveren over het feitelijk personeelsbeleid. Te denken valt aan percentage ziekteverzuim, aantallen nieuwe WAO-ers, aantallen heringetreden, leeftijdsopbouw, aantal ontslagen, uitstroom, aandeel allochtonen, mogelijkheden om parttime te werken, mogelijkheden om eigen werktijden te bepalen, mogelijkheden voor 24-uurs-kinderopvang, reiskostenvergoeding, mogelijkheden voor herscholing en bijscholing, oordeel arbeidsinspectie, sfeerbeoordeling door 5% van het personeelsbestand enz.
- De overheid brengt jaarlijks onder eigen verantwoordelijkheid een boekwerk uit met **al** deze gegevens en de top-10 van beste werkgevers per regio.

Te verwachten weerstanden

De zorgwerkgevers - behalve de echte goede instellingen - stellen hier geen prijs op want zij vinden personeelsbeleid geen onderwerp voor overheidsinmenging.

Winst

- Een positieve dynamiek op de arbeidsmarkt zodat meer werknemers in de zorg het initiatief nemen om een plezierige werkgever te zoeken, ook na een vervelende ervaring of na een inactieve periode.
- Een noodzakelijke inspanning van de werkgevers om een "plezierige" werkgevers te blijven of te worden omdat het niet leuk is om bekend te staan als een slechte werkgever en omdat het werven van personeel dan makkelijker is. In zijn totaliteit brengt dit het personeelsbeleid op een hoger niveau.

Ongewenste neveneffecten

Het samenstellen van een dergelijk boekwerk kost flink wat geld. Er is een werkelijke stok achter de deur nodig om de instellingen ertoe te brengen de informatie daadwerkelijk en betrouwbaar te leveren. Er zal lang worden gediscussieerd over "de juiste" meting. De dynamiek op de zorgarbeidsmarkt kan enige jaren onwenselijk hoog zijn. Er kunnen instellingen failliet gaan door ernstig personeelstekort waardoor een deel van het (soms schaarse) aanbod regionaal verloren gaat.

B.6 Ethiek

In deze paragraaf worden geen beleidsopties beschreven die de puur ethische kwesties betreffen zoals het beperken van bepaalde, meer extreme vormen van gevraagde zorg. Dit document heeft niet het passende karakter om op een afgewogen manier voor deze zeer gevoelige materie een richting te geven aan mogelijk toekomstig beleid. Van de lezer wordt verwacht dat hij of zij voldoende in staat is om de concrete problemen achter de abstracte beschrijvingen te bedenken.

De hier beschreven beleidsopties betreffen de andere dilemma's zoals de omgang met complexe risico's en het dilemma tussen innovatie en rationeel inkoopgedrag.

Probleemschets

Artsen, patiënten en de maatschappij moeten leren omgaan met de complexe omgang met de kans op een verontrustend laag resulterend gezondheidsniveau na intensief medisch ingrijpen. De huidige situatie is gegroeid vanuit de behandelverantwoordelijkheid van de artsen. De beroepsgroepen zijn actief met het opstellen van protocollen en procedures om om te gaan met de weging van kansen. Dit kan aangevuld worden met andere maatregelen om te garanderen en te borgen dat geen enkele individuele arts of artsteam in een isolement werkt, als het om deze ingrijpende beslissingen gaat. Te meer omdat de toenemende technologische mogelijkheden het belang van deze beslissingen laten toenemen.

Eenvoudig te implementeren beleidsopties met gegarandeerd succes bestaan niet op dit dilemma. Het betreft immers eerder een cultuur- en mentaliteitsverandering voor artsen, patiënten en de maatschappij, dan gedrag dat voor geldelijke prikkels vatbaar is. Een cultuurverandering biedt een kans voor de betrokken patiënt en in de praktijk vooral zijn of haar familie om meer inspraak te hebben, ook als zij het medisch handelen te riskant vinden worden.

Beleidsoptie

- Alle artsen die bij een acute, levensreddende situatie betrokken zijn geweest, worden individueel en op schrift op de hoogte gesteld van de gezondheidssituatie van de betrokken patiënt na bijvoorbeeld 3 maanden, 1 jaar en 5 jaar. Dit kan door de patiënt zelf, de familie of door de huisarts gebeuren. Als de patiënt hiertoe in staat is (mentaal en fysiek) kan dit contact ook persoonlijk plaatsvinden. Hiertoe dient een sluitend informatiesysteem beschikbaar te komen. Het kan (technische eenvoudig) onderdeel zijn van het Elektronisch Patiënten Dossier. Deze - soms pijnlijke, soms vreugdevolle - terugkoppeling moet bijdragen aan het kennisniveau van de arts en aan weloverwogen beslissingen in de toekomst. Dit draagt bij aan een verdere uitbouw van het Evidence Based Medicine.
- Structurele, moreel verplichte, bijvoorbeeld maandelijkse intervisie tussen (groepen van) artsen uit verschillende ziekenhuizen waarin echte casussen in vertrouwen worden besproken. In deze overleggen kunnen ook de praktische consequenties van de uitkomsten van divers langlopend onderzoek, zie verder, worden doordacht.
- Het informatiesysteem over de gezondheidssituatie na intensieve medische behandelingen dient intensief te worden benut voor onafhankelijk onderzoek. Het belang van (zeer lang) lopend onderzoek kan niet worden overschat bij dit dilemma. De overheid vergroot zijn steun aan langlopend onderzoek naar de gezondheidssituatie na medisch ingrijpen sterk.
- Familie - ouders, kinderen en partners - krijgen in alle relevante gevallen direct ondersteuning van een onafhankelijke functionaris met bijvoorbeeld een huisartsenopleiding, een systeem zoals juridische ondersteuning door een advocaat.
- De overheid geeft burgers en patiënten relevante en onafhankelijke informatie (televisie, publicaties, internet) over de mogelijkheden en onmogelijkheden van diverse medische interventies. Omdat iedereen – als patiënt of familie – tamelijk onverwacht in dit dilemma te recht kan komen, is een zekere basiskennis noodzakelijk om het beoordelingsvermogen op peil te brengen. Deze informatie zal nooit zodanig kunnen zijn, dat een afgewogen beoordeling van individuele kansen mogelijk is.
- De overheid stelt - in samenspraak met artsen en na een maatschappelijke discussie - uniforme algemene regels op voor wat "aanvaardbare" risico's zijn en welke risico's te groot zijn om te nemen. De behandelingsverantwoordelijkheid van de arts betreft de individuele inschatting van kansen en risico's.

Weerstand

- Bij patiënten die liever geen keuze maken, liever niets willen weten over risico's en de beslissing het liefst aan de dokter overlaten.
- Bij sommige artsen die een deel van hun autonomie en informatievoorsprong inleveren en op pijnlijke wijze geconfronteerd kunnen worden met hun beslissingen.

Winst

Een meer afgewogen beslissing in de praktijk van alle dag door een bredere groep mensen rondom de kansen en risico's die de medisch-technologische mogelijkheden bieden.

Ongewenste neveneffecten

Bij een meer terughoudende opstelling aangaande de maximale inzet van medisch-technologische mogelijkheden gaan levens verloren die gered hadden kunnen worden, alleen weet niemand welke of blijven problemen zoals kinderloosheid bestaan. Dit kan in individuele gevallen zeer pijnlijk zijn. Sommige individuen kunnen door de informatie die op hen afkomt, een afkeer ontwikkelen jegens medisch-technologisch ingrijpen, ook tegen ingrijpen dat gepaard gaat met zeer lage kans op gezondheidsschade. Dit schaadt uiteindelijk dan ook weer de volksgezondheid.

Probleemschets

De huidige mix tussen rationeel inkoopgedrag en een innovatief klimaat in de zorg is niet in alle opzichten optimaal. Gegeven de verwachte groei van met name de innovatie van geneesmiddelen is een verdere verschuiving richting een rationeel inkopende gezondheidszorg op dit terrein een denkbare optie. Tegelijkertijd zijn sommige delen van de zorg lange tijd zo zeer beheerst in hun uitgaven, dat het rationeel kan zijn het investeringsgedrag aan te wakkeren om de kwaliteit en de efficiency van de zorg op langere termijn te garanderen.

Beleids optie

- De overheid intensificeert de opsporing van dienstbetoon van commerciële organisaties aan sleutelfiguren in de zorg
- Specialisten worden per specialisme gebudgetteerd voor de geneesmiddelen die zij voorschrijven in de kliniek en in de polikliniek.
- Elke verzekeraar mag de geneesmiddelen van één farmacieconcern uit het verzekerde pakket laten.
- Apothekers krijgen inzicht in de diagnose van de patiënt en krijgen een grote bevoegdheid om het voorgeschreven recept te veranderen. Dan worden zij gebudgetteerd voor hun totale afleverbedrag.
- Om de "nadere voorwaarden" te kunnen handhaven, wordt bij de Inspectie een speciale eenheid opgericht die geïnstrumenteerd wordt om overtredende voorschrijvers te corrigeren. Het beleid rond "nadere voorwaarden" wordt gecommuniceerd met het algemeen publiek zodat de behandeling / het geneesmiddel gemakkelijker kan worden onthouden aan indringend vragende patiënten.
- Er komt een opendeinde budget bij VWS voor nieuwe apparatuur die bewezen heeft een bijzondere bijdrage te leveren aan de efficiëntie en aan de kwaliteit van de zorg. Ten laste van dit budget kan de betreffende apparatuur worden aangeschaft voor alle relevante ziekenhuizen.
- Er komt een opendeinde budget gedurende enkele jaren bij VWS ter (lump sum) financiering van kwalitatief goede en efficiënte nieuwbouw voor bijvoorbeeld de eerste lijn en voor de sector verpleging en verzorging. Een niet onaanzienlijk deel van de bestaande bouw is inefficiënt en voldoet niet aan de kwaliteitseisen van vandaag en morgen, maar is nog niet afgeschreven.

Te verwachten weerstanden

Bij farmacieconcerns en artsen, wellicht ook bij patiënten die hun privacy moeten opgeven of die geen "volledig" pakket geneesmiddelen meer vergoed krijgen.

Winst

Een verandering in de prikkelstructuur die gedurende enige tijd bij kan dragen aan de lange-termijn efficiency van de gezondheidszorg.

Ongewenst neveneffecten

Over een decennium is in sommige delen van de zorg het rationeel inkoopklimaat afgenomen, in andere sectoren is de innovatie vermindert.

Probleemschets

De privacy en het beroepsgeheim zijn belangrijke pijlers onder de Nederlandse gezondheidszorg. Maar op onderdelen kan in sommige gevallen de zorgverlening door een onnodige focus op privacy en beroepsgeheim in zichzelf gekeerd raken. Met name bij de steeds omvangrijker en complexer wordende geneesmiddelenvoorziening roept dit vragen op.

Beleidsoptie

- De (huis-)arts wordt verplicht de diagnose te vermelden op het recept. Met deze informatie kan de onafhankelijke apotheker zowel een kwaliteitstoets doen waardoor fouten worden voorkomen, ontstaat een extra drempel in de inspanningen van de farmaceutische industrie om alleen de duurste middelen te promoten, kan een deskundige efficiëntietoets worden uitgevoerd waardoor in sommige gevallen een duur merkgeneesmiddel wordt vervangen door het "huismerk", kan de verzekeraar de geanonimiseerde gegevens over het voorschrijfgedrag per indicatie op artsniveau ernstig doorspreken met de betrokken artsen waardoor meer eenheid in de verleende zorg op een kwalitatief verantwoord niveau ontstaat.

Te verwachten weerstanden

- Bij sommige behandelend artsen bestaat veel weerstand tot het opening van zaken geven in zorginhoudelijke zin. Bij huisartsen doet zich ook de praktische moeilijkheid voor dat "harde" indicaties soms ontbreken en het recept een meer psycho-sociale functie vervult.
- Bij burgers die hechten aan privacy jegens hun zorgverzekeraar, wellicht ook omdat hun zorgverzekeraar tevens hun levensverzekeraar en/of hypotheekverstrekker is.

Winst

Zeer gerichte activiteiten die zowel de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening kunnen verbeteren als kosten beheersen.

Ongewenste neveneffecten

Minder vertrouwen in artsen, sommige mensen zullen met als gênant ervaren klachten (incontinentie, wratten, luizen, geslachtsziekten, impotentie) minder gauw naar de huisarts gaan.