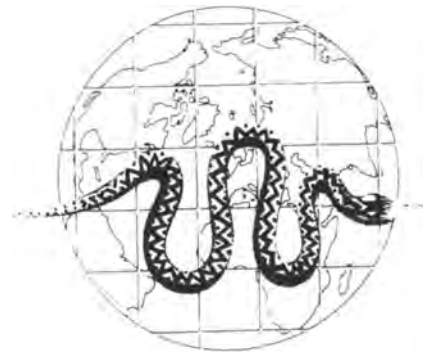


Het 40ste KNMG-Ledencongres te Haarlem



Welke inhoudelijke rol kent de overheid toe aan de gezondheidszorg?

Jaarrede KNMG-voorzitter W. H. Cense

'Het is een voorrecht van de voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst dat hij mag spreken over een – uiteraard medisch – onderwerp dat hem in het bijzonder interesseert. De aard van dit onderwerp wordt binnen redelijke grenzen aan hem overgelaten.'

Met deze woorden begon collega Kaiser, voorzitter van de KNMG, zijn rede op de openingszitting van het ledencongres op donderdag 7 oktober 1965 te Haarlem.

In de discussies rond de problemen die de gezondheidszorg in deze jaren teisteren ten gevolge van de opgelegde financiële beperkingen speelt het verdelingsprobleem veelal een centrale rol. Een verdelingsprobleem dat uitmondt in keuzes die moeten worden gemaakt op macro-, meso- en tenslotte op microniveau. Op macroniveau noemt men het herallocatie, op mesoniveau budgettering en op microniveau selectie. Dit alles omdat er wordt gesteld dat er te weinig financiële mogelijkheden zijn om aan alle vraag te voldoen.

Nu is het probleem van schaarste in de geneeskunde en gezondheidszorg niet nieuw. Altijd al moesten we keuzes maken uit de praktische mogelijkheden die ter beschikking stonden. De echte vrijheid om te kiezen werd hierdoor altijd al beperkt. De echte vrijheid om te kiezen voor de nieuwste en modernste middelen en technieken om hiermee alle patiënten die dat behoeven te helpen, heeft ook altijd praktische beperkingen gehad. Dit vraagstuk is in de geneeskunde dus geen nieuw probleem. Het duurt altijd enige tijd voordat bijvoorbeeld de nieuwste methoden van behandeling gemeengoed zijn geworden van alle medici. Een ander voorbeeld: wie herinnert zich niet de tijd dat het transfusiebloed een schaars artikel was, waardoor er selectief met patiënten moest worden omgegaan? Op het gebied van de donororganen doet zich ook het probleem van de schaarste voor!

Ik zou deze lijst nog met vele voorbeelden kunnen uitbreiden. Daarmee wil ik alleen maar aantonen dat het niet kunnen voldoen aan alle vraag, waardoor er dus een keuzeprobleem optreedt, een probleem is dat waarschijnlijk al zo oud is als de geschiedenis van

de geneeskunde. De medicus was echter altijd in staat te trachten alle mogelijke hulp te verschaffen, tenzij om redenen die onvermijdelijk waren en ook als zodanig werden herkend en erkend, deze hulp moest worden beperkt. Wij zouden kunnen spreken van een onvermijdelijke situatie, waarin van een tijdelijke overmacht sprake is. Grote morele verontrusting is hierover nooit ontstaan. Ik kan echter geheel met de uitspraak van collega Borst instemmen wanneer zij stelt: 'Als schaarste niet het gevolg is van overmacht maar van bewuste financiële beperkingen ontstaat er een principiële andere situatie!'

Bij de opening van het ledencongres in 1957 te Deventer sprak de voorzitter van de KNMG, collega Festen: 'Wij die zitten in de trein geneeskunst, een trein die voortijlt door een snel wisselend landschap, kunnen niet de wissels overhalen, doch kunnen slechts tot op zekere hoogte de snelheid regelen waarmee een onbekend tussenstation zal worden bereikt.' Deze beeldspraak volgend zou ik anno 1988 willen stellen: is het niet de hoogste tijd dat wij zittend in de trein geneeskunst eens hard aan de noodrem trekken omdat de trein dreigt te ontsporen! Zijn wij langzamerhand niet in die principiële andere situatie geraakt, waarin het dringend gewenst is een pas op de plaats te maken om eens te overwegen en te evalueren of we nog wel in de goede trein zitten?

Het zal u duidelijk zijn dat ik hiermee doel op de ontwikkelingen binnen onze gezondheidszorg. Daarbij ga ik speciaal in op de discussies rond het thema 'grenzen van de zorg' en de problemen die hieruit zijn voortgekomen. De relatie met de overheid zal in mijn betoog een centrale rol spelen. De kritiek die ik zal uitspreken komt rechtstreeks voort uit een grote bezorgdheid over de gang van zaken in de afgelopen tijd.

Ik heb meer dan eens uitgesproken dat overheid en beroepsgroep elkaar hard nodig hebben en zelfs niet buiten elkaar kunnen. Zeker in een tijd waarin de structuur van de gezondheidszorg drastisch wordt gewijzigd. De combinatie overheid-beroepsgroep – en als ik beroepsgroep uitbreid tot 'het veld' – moet als tandem in staat worden geacht kwalitatief goede gezondheidszorg aan de Nederlandse bevolking te leveren. Maar dan moet die combinatie wel op elkaar zijn afgestemd. Over dit punt heb ik grote zorgen en voel ik mij toenemend boos worden. Boos omdat door het jarenlange bezuinigings- en ombuigingsbeleid de zorginhoudelijke aspecten van de gezondheidszorg geheel verwaarloosd worden. Boos omdat er geen reële communicatie meer is tussen overheid en het veld en er slechts gecommuniceerd wordt via de rechter. Boos omdat op basis van vooroordelen en halve waarheden, aanbod, volume-ontwikkeling en specialisten als de grote boosdoeners worden gezien. Boos omdat men veronderstelt, zonder onderbouwing dat er een overbodig aantal en onverantwoord gebruik van voorzieningen is! Kortom ik ben boos, omdat er in plaats van afstemming alleen maar tegenstellingen zijn!

In feite ligt hier een principiële vraag aan ten grondslag: welke rol dient een overheid te spelen, welke verantwoordelijkheid heeft een overheid ten aanzien van de gezondheidszorg? Welke rol heeft de beroepsgroep, welke verantwoordelijkheid heeft de beroepsgroep ten aanzien van de gezondheidszorg?

De overheid dient op te komen voor het algemeen belang. Zij dient garant te staan voor een rechtvaardige verdeling van goederen en diensten ten behoeve van de gezondheidszorg, zoals vrije toegankelijkheid, betaalbaarheid voor iedereen, goede opleiding, voldoende capaciteit en differentiatie om wezenlijke behoeften te dekken, dit alles afgezet tegen de beschikbaar gestelde middelen. Ik stel hier met nadruk beschikbaar gestelde middelen. Kortom het waarborgen van het sociale grondrecht van de burger in Nederland

en wel door een rechtvaardige verdeling van goederen en diensten van de gezondheidszorg te doen creëren.

De wijze waarop een overheid dit doet is discutabel en variabel. Heeft zij een arbitersrol of schuift zij van arbiter naar bewaker of van bewaker naar regelaar en van regelaar naar inrichter? Ik signaleer dat de overheid onder het mom van deregulering maar door middel van de opgelegde financiële beperkingen een steeds pregnanter invloed heeft op de inhoud en inrichting van de gezondheidszorg. Gemotiveerd door de financieel-economische situatie van 's lands huishoudboekje en zich baserend op een filosofie die niet spoort met de ervaringsdeskundigheid van de werkers in de gezondheidszorg. Dit is een van de belangrijkste oorzaken waarom de tandem niet loopt en de tegenstellingen groter en scherper worden.

Ik wil u dit toelichten. Laat ik bij het begin aanvangen. In de Regeringsnota Gezondheidszorg bij beperkte middelen in 1983 wordt in de laatste zin in feite de gehele nota samengevat. Deze zin luidt: 'Bij de thans zeer beperkte financiële middelen zal het volksgezondheidsbeleid van de overheid moeten zijn gericht op de totstandkoming van een gezondheidszorg waarin zowel de onderlinge solidariteit als de eigen verantwoordelijkheid van burgers, hulpvragers en hulpverleners een goede kans krijgt'. Dit beleidsvoornemen wordt onderbouwd met drie taakstellingen: 1. stimuleren van preventie en promotie van gezondheidsbevorderend gedrag; 2. stimulerend beleid in de richting van zelf-, mantel- en thuiszorg; 3. een restrictief beleid ten aanzien van residentiële en gespecialiseerde ambulante zorg.

De filosofie van het bevorderen van de zelfstandigheid en het minder afhankelijk zijn van de professionele hulpverlening sprak velen in Nederland als ideaalbeeld aan. Politici zagen hierin de toverformule om de kosten van de gezondheidszorg terug te dringen want daar ging het toch uiteindelijk om. Vanuit het veld kwamen voorzichtige kritische geluiden. Was dit concept wel werkzaam in de praktijk? Wat is de realiteitswaarde van deze filosofie die uitgaat van een aantal premissen en vooronderstellingen die nergens onderbouwd zijn of met argumenten worden gestaafd?

Bensing onderzocht in haar voortreffelijke analyse de vier premissen uit het scenario van de regeringsnota Gezondheidszorg bij beperkte middelen:

1. 'De Nederlander wil verantwoordelijk zijn voor zijn eigen gezondheid.' Zij constateerde een negatieve correlatie tussen de mate waarin iemand zich verantwoordelijk voelt voor zijn gezondheid en de mate waarin hij zich gezond voelt, oftewel ongezonde mensen voelen zich minder verantwoordelijk voor hun gezondheid dan de gezonde. Dit betekent dat hoe je aankijkt tegen verantwoordelijkheid sterk afhangt van de vraag of je ziek bent of gezond.
2. 'De Nederlander is in staat om op verantwoorde wijze voor zichzelf te zorgen.' Wanneer wordt gelet op de gevolgen van zelfmedicatie, sportblessures, ongezonde leefgewoonten, is deze stelling nauwelijks positief te beantwoorden. Schnabel stelde volgend dat de neurose nog altijd de populairste vorm van zelfhulp en de psychose het spectaculairste gevolg is van sommige vormen van mantelzorg.
3. 'De Nederlander is in staat en bereid mantelzorg te verlenen.' Een onderzoek bij demente bejaarden leerde dat de daadwerkelijk geboden hulp door mensen die wel een demente bejaarde in hun omgeving hebben veel en veel minder is dan de hypothetische bereidwilligheid.
4. 'De Nederlander wil liever door de huisarts dan door de specialist worden geholpen.' Bensing constateerde dat van de ongezonden 25% tot 50% aandringt op een verwijzing naar een specialist.

De uiteindelijke conclusie luidt dat hoe je aankijkt tegen gezond-

heid en gezondheidszorg sterk afhankelijk is van het feit of je ziek bent of niet!

Ik herinner u aan de laatste zin van de regeringsnota Gezondheidszorg bij beperkte middelen: het bevorderen van een gezondheidszorg waarin zowel *onderlinge solidariteit* als eigen *verantwoordelijkheid* een goede kans krijgt. Onderlinge solidariteit in een tijdperk waarin begrippen als commercialisering en concurrentie steeds sterker hun invloed doen gelden! Achterberg stelt cynisch dat bij een verdeling van schaarse middelen de nog bestaande en mogelijke vormen van menselijke solidariteit steeds verder worden uitgehouden. Wordt dit proces juist niet versterkt door het centraal stellen van de eigen verantwoordelijkheid? Een eigen verantwoordelijkheid die in het huidige beleid alleen maar wordt geaccentueerd door de financiële drempels naar de zorg te verhogen.

Ivan Illich spreekt in dit verband over het sentimentalisme van onze moderne tijd. Sentimentalisme houdt in dat onze cultuur met voorliefde die waarden verheerlijkt die juist in de dagelijkse praktijk worden kapot gemaakt. Prof. Thung sprak dan ook over een feestbundel die men tenslotte dichtslaat met een gevoel van slim, leuk, maar zouden ze er zelf in geloven? Filosofie of ideaalbeeld en werkelijkheid, zij stroken niet met elkaar!!

De filosofie om de onderlinge solidariteit, in feite een opgedrongen financiële solidariteit, te handhaven en te bevorderen en tevens de eigen verantwoordelijkheid te handhaven en te bevorderen is een gedachte die echter na 1983 steeds weer terugkomt. Zowel in de rapportage van de commissie Dekker, alsook in het kabinetsstandpunt inzake dit rapport kunnen we hierover lezen. Ik geef u een ander voorbeeld. Daaruit blijkt dat beleidsvoornemens niet stroken met de ideële doelstellingen die ten grondslag liggen aan dit beleid. Voorgesteld wordt uit te sluiten van het basispakket: de extramurale geneesmiddelen; de extramurale paramedische hulp; de tandheelkundige hulp voor personen boven de 18 jaar.

Hoe moet ik het uitsluiten van extramurale geneesmiddelen en paramedische hulp rijmen met de filosofie om de mensen zoveel als mogelijk buiten het ziekenhuis en de specialistische hulp te houden? Voor tal van somatische alsook psychiatrische ziektebeelden heeft de huisarts immers een scala aan moderne medicamenten tot zijn beschikking waardoor ziekenhuisopname en specialistische hulp kan worden voorkomen. Tevens denk ik aan de groeiende groep bejaarden die dankzij de zelfstandigheid bevorderende fysiotherapie nog geen beroep behoeven te doen op de intramurale zorg.

Mijn verontrusting over de ontsporing van de trein geneeskunst gaat echter nog verder. In juni 1988 verscheen het regeringsstandpunt inzake de 'grenzen van de zorg'. Op basis van de ontvangen adviezen van de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de beschouwingen van de Harmonisatie Raad Welzijnsbeleid heeft het kabinet zijn standpunt bepaald. In het bijzonder wordt ingegaan op de problematiek van de macroallocatie, door het kabinet aangeduid als de ethiek op macro-niveau. In dit verband worden de ethische grenzen met betrekking tot vraagstukken die rijzen bij prioriteitenstelling, rantsoenering en selectie nader uitgewerkt. Vervolgens stelt het kabinet dat de grenzen tussen wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg kan worden genoemd, de grens tussen financierbare zorg en niet financierbare zorg en de grens van de grondwettelijke plicht van de overheid ter bevordering van de gezondheidszorg, grotendeels hun concretisering hebben gevonden in zijn standpunt met betrekking tot het rapport-Dekker.

Uit het simpele feit dat het regeringsstandpunt inzake het rapport-Dekker neergelegd in de Nota 'verandering verzekerd' reeds in

maart 1988 verscheen, terwijl er pas in juni 1988 een inhoudelijke onderbouwing wordt gegeven, bekruipt mij het onaangename gevoel dat de inhoudelijke discussie over de fundamentele aspecten van de gezondheidszorg in feite een loze en reeds achterhaalde discussie is. Dat betekent immers dat eerst het beleidsstandpunt wordt geformuleerd en *daarna* pas de ethische bezinning en discussie tot stand komt. Moet dit niet andersom? Mijn onaangename gevoel wordt versterkt wanneer ik in het hoofdstuk 'de grens wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg kan worden genoemd', de laatste zin lees: Uit de voorgestelde en nader in te vullen pakketomschrijving van het basispakket in het nieuwe verzekeringsstelsel blijken de concrete keuzen van de regering.

Dit betekent dus dat de extramurale geneesmiddelenvoorziening en de extramurale paramedische hulp en de tandheelkundige zorg voor personen boven de 18 jaar in de visie van het kabinet niet tot de gezondheidszorg in Nederland behoren. Hier wreekt zich de opportunistische wijze waarop de overheid met het begrip gezondheidszorg omgaat. Tegen deze achtergrond kan ik ook verklaren waarom het begrip gezondheidszorg nergens wordt gedefinieerd. Gezondheidszorg wordt zo een flexibel begrip – ook zo'n moderne topic – dat ingevuld wordt nadat het alles overheersende financiële kader is vastgesteld.

Hiervan geef ik u een voorbeeld. In de regeringsnota Gezondheidszorg bij beperkte middelen uit 1983 werd gesteld dat de continuïteit van intensieve en kostbare zorgvormen die onmisbaar zijn, verzekerd dienen te blijven. Hierbij gaat het om de solidariteit met diegenen die onvrijwillig en onvermijdelijk geheel afhankelijk zijn van de zorg. Anno 1988 wordt gesteld: niet alle voorzieningen die technisch mogelijk, medisch zinvol en maatschappelijk aanvaardbaar zijn, kunnen ter beschikking worden gesteld aan een ieder die dat nodig heeft. Om dit probleem te voorkomen suggereert het kabinet dat binnen de stringente strakke huidige financiële mogelijkheden elders middelen dienen te worden onttrokken. Bijvoorbeeld de kans op medisch succes op latere leeftijd af te zetten tegen de zeker te maken kosten. Ligt hierin niet de huiveringwekkende suggestie besloten dat naarmate je ouder wordt je maar minder mag kosten? De problemen rond de toenemende vergrijzing zie ik in dit verband met angst en vreze tegemoet.

Het kabinet geeft weliswaar aan dat alléén medische criteria van toepassing mogen zijn! Dit is echter een volstrekt loze bewering omdat het kabinet stelt dat ook medisch zinvolle voorzieningen niet ter beschikking kunnen worden gesteld aan iedereen die dat nodig heeft. Met andere woorden: hier wordt een verantwoordelijkheid doorgeschoven naar een niveau waar het niet thuis hoort! Met medische criteria dienen de medische middelen zo efficiënt mogelijk te worden gebruikt. En dat met het doel een zo groot mogelijke gezondheidswinst te bereiken. Deze gezondheidswinst bestaat uit drie aspecten: verlenging van het leven, verhoging van de validiteit en vermindering van pijn. Deze drie aspecten van gezondheidswinst dienen voor alle patiënten van alle leeftijden te gelden. Daarbij dient binnen de intieme arts-patiëntrelatie te worden bepaald hoe het optimale resultaat wordt bereikt en wat nagestreefd of nagelaten moet worden. Waar ik van huiver is de generaliserende suggestieve ondertoon en het op basis van kosten/batenanalyse trachten te beïnvloeden van een beslissings- en afwegingsproces tussen arts en patiënt! Het mag toch nooit zo worden dat bejaarde patiënten zich moreel gedwongen voelen dure medische behandelingen af te wijzen!

Tenslotte een laatste voorbeeld waaruit blijkt hoe meedogenloos het financiële harnas de zorgstructuur bedreigt. Ik citeer wederom uit 'de grenzen van de zorg': 'Vervolgens worden met inachtneming van het beginsel van solidariteit de beste zorgaanbiedingen aan de

grootste zorgvragen gerelateerd tot dat de beschikbare middelen zijn besteed.' *Punt*. Mijn vraag is: Wat dan? Het antwoord als volgt: 'Het kabinet stelt dat de overheid partijen in de samenleving aan zal spreken op hun eigen verantwoordelijkheid terzake van een juiste afweging. Dit proces van afweging kan voor sommige individuele hulpvragers en voor bepaalde categorieën zorgverleners pijnlijk zijn. Denkbaar is immers dat wat vandaag nog in het verstrekkingenpakket wordt gerekend in de nabije toekomst al of niet definitief daaruit is verdwenen.' Einde citaat.

Dit betekent dus dat gezondheidszorg voor 100% ondergeschikt wordt gemaakt aan het financiële kader, zonder dat er ook maar worden inhoudelijke onderbouwing wordt gegeven. Het is bijna cynisch te moeten constateren dat na deze zinnen het volgende hoofdstuk onder de kop 'Rantsoenering vermijden' volgt.

Het hiervoor gesignaleerde en door mij gewraakte beleid, waarbij ik filosofie en werkelijkheid met elkaar vergeleek, herken ik ook in de Nota 2000. De filosofie om te komen tot een consistent langetermijnbeleid wordt alom gewaardeerd. Echter, de mogelijkheden om te komen tot een verantwoorde uitwerking van bijvoorbeeld het preventie- en facetbeleid worden volledig teniet gedaan, waar ik lees dat niet mag worden uitgesloten dat de in het vooruitzicht gestelde vervolgnota's op de Nota 2000 aan het FOGM zullen worden gekoppeld. De facto betekent dit dat het beoogde gezondheidsbeleid aan het FOM-budget zal worden aangepast. Ik zie niet hoe bijvoorbeeld epidemiologisch onderzoek ter ondersteuning van een verantwoord preventiebeleid in dit kader enige kans krijgt.

Prof. H. ter Heide heeft gelijk wanneer hij stelt dat op het wel zeer gecompliceerde terrein van de gezondheidszorg de beheersing via omvang en prijs van de verstrekkingen een grote mate van deskundigheid is vereist die binnen het overheidsapparaat nauwelijks kan worden verworven omdat de afstand tot het veld te groot is. Deze uitspraak en hetgeen ik hiervoor heb gezegd geven mij de overtuiging dat de gezondheidszorg in Nederland recht heeft op een eigen minister-arts. Bovendien zouden alle ambtenaren en politici die zich beleidsmatig bezighouden met de gezondheidszorg zich minstens een week per jaar ziek dienen te melden of werkzaam dienen te zijn in de gezondheidszorg om enige notie te krijgen hoe het toegaat in het veld van de gezondheidszorg.

Ik maak mij nu echter ook schuldig aan een vermenging van filosofie en werkelijkheid! En deze werkelijkheid gebiedt mij te stellen dat de autonome expansieve ontwikkelingen van de gezondheidszorg terecht redenen waren voor de vorige staatssecretaris om ter bezinning adviezen te vragen over de grenzen van de zorg. Overigens zijn al deze adviezen wel erg berustend in het feit dat er financiële beperkingen worden opgelegd en voorts dat er in deze adviezen bijzonder weinig aandacht wordt geschonken aan de problemen die zich voordoen op microniveau. Belangrijker vind ik dat deze adviezen ter bezinning worden vertaald en geïnterpreteerd om als uitgangspunt te dienen voor een autonome ontwikkeling van een financieel beheersmodel. Daardoor wordt de geloofwaardigheid van het eraan ten grondslag liggende beleid tot een minimum gereduceerd.

Dit brengt mij tot de vraag welke inhoudelijke rol de overheid toekent aan de gezondheidszorg binnen onze samenleving? Dient de gezondheidszorg ervoor om minimaal te voldoen aan de aanwezige zorgbehoefte die noodzakelijk is om het maatschappelijke systeem draaiende te houden? Zo ja, dan kan ik de overheid geruststellen. Immers, het minimaliseren van zorg aan chronisch zieken, gehandicapten en bejaarden biedt nog een scala aan financiële mogelijkheden, omdat deze groeperingen maatschappelijk buiten het systeem staan en ook geen politieke of economi-

sche invloed hebben! Dit betekent een gezondheidszorg voor gezonden: en ik herinner u aan de conclusie van Bensing dat hoe je aankijkt tegen gezondheid en gezondheidszorg sterk afhankelijk is van het feit of je gezond bent of niet. De beleidmakers in Nederland zijn kennelijk erg gezond!

Of kent de overheid aan de gezondheidszorg een groter belang toe, zoals mijn voorganger Bierens het in navolging van Mc. Keown in zijn congresrede drie jaar geleden stelde: de mensen helpen, veilig ter wereld te komen en haar zonder onnodig lijden te verlaten en tijdens het leven gezonden te beschermen en zieken en gebrekkigen te verzorgen. Wanneer de overheid voor deze uitgangspunten kiest, zal zij de beroepsgroep artsen verenigd in de KNMG aan haar zijde vinden om de geformuleerde taakstellingen zo zuinig mogelijk en met behoud van kwaliteit, ten uitvoer te brengen.

Zowel KNMG, Landelijke Huisartsen Vereniging en Landelijke Specialististen Vereniging hebben hiervoor hun beleidsvoorstellen geformuleerd. Voorwaarde is echter wel dat de artsen de gelegenheid en mogelijkheid krijgen om zich hier voor 100% in te zetten. Dit betekent in ieder geval rust op het financiële front. Immers – en ik heb het al eerder gezegd – geen innovatie zonder motivatie. Wanneer echter het nastreven van voorgenoemde doelstellingen ten gevolge van bewuste financiële beperkingen zal leiden tot rantsoeneringen, inperkingen, prioriteiten en keuzes, zonder inhoudelijke adequate onderbouwing, zal degene die deze beperkingen veroorzaakt zich ook dienen te rechtvaardigen tegenover de mensen die zorg nodig hebben.

In dit verband maakt het kabinet een ernstige vergissing door in zijn rapport 'grenzen van de zorg' te spreken over de meervoudige loyaliteit van de arts.

De vertrouwensrelatie arts/patiënt gedooft absoluut niet dat de arts algemene maatschappelijke verantwoordelijkheden laat prevaleren boven het individuele belang van de patiënt. De karakteristieke deugd van de medici is niet rechtvaardigheid maar betrokkenheid. Een geblinddoekte vrouw Justitia zou als embleem van de geneeskunde absoluut misstaan! Ik wil dit met grote nadruk stellen, omdat herallocatie en budgettering uiteindelijke praktische consequenties hebben op de werkvloer – op microniveau. Vanuit deze betrokkenheid dienen de artsen de patiënten en hulpvragers voor te lichten en bewust te maken. Voor te lichten over wat medisch mogelijk en onmogelijk is. Bewust te maken welke beperkingen er van overheidszijde worden opgelegd, waardoor er niet optimaal kan worden gehandeld en behandeld.

Ik zie hier een belangrijke taak voor zowel de KNMG als het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform. Het overleg tussen KNMG en LPCP dient veel verder te gaan dan alléén het uitwerken van de juridische relatie arts/patiënt. Gezamenlijk zullen zij moeten komen tot het formuleren van zowel medisch inhoudelijke als relationele kwaliteitsaspecten. Dit betekent dat beide partijen hun koudwatervrees moeten laten varen!

Ik acht een dergelijke ontwikkeling in deze tijd van verregerende beperkingen van het grootste belang. Enerzijds om te voorkomen dat er sluipenderwijs medische criteria worden misbruikt én geaccepteerd om tekortkomingen in de zorgmogelijkheden en de zorgverlening te camoufleren. Anderzijds om de burgers in Nederland bewust te maken wat de feitelijke gevolgen zijn van het huidige overheidsbeleid. Het bevorderen van bovengenoemde samenwerking zie ik als een uitwerking van de verantwoordelijkheid die de beroepsgroep heeft ten aanzien van de Nederlandse samenleving, met het doel de zorgstructuur zuiver en goed te houden en waar mogelijk te verbeteren. □