



Het 43ste KNMG-Ledencongres te Arnhem

## De gezondheidszorg als systeem

Jaarrede KNMG-voorzitter Dr. M. van Leeuwen

De Amerikaanse reumatoloog Gerald Weissmann heeft een fascinerende reeks essays op zijn naam over wetenschap – en dan vooral de medische wetenschap – en kunst. Recent is een aantal van deze essays gebundeld onder de titel *The doctor with two heads*<sup>1</sup>. In deze bundel komt een essay voor dat gaat over eigentijdse wonderen. *The age of miracles hadn't passed*. Het begint met de onverslaanbare openingszin: 'Eighteen hours after she was rushed to Bellevue Hospital, Dyanne Watrous was miraculously restored to health.' Deze Dyanne is een zwarte vrouw van 31 jaar uit Harlem, die subcomaat en in shock Weissmann's ziekenhuis wordt binnengebracht. De meegekomen moeder vertelt dat Dyanne sinds haar middelbare schooltijd lijdt aan lupus, waarvoor ze met succes werd behandeld met bijnierschors hormonen. Ze heeft met succes haar school afgemaakt, werkt als secretaresse bij een effectenmakelaar in Wall Street, is getrouwd en heeft een kind. Drie maanden voor opname was ze, op advies van een kruidentherapeut, met cortison gestopt. Na enige tijd werd ze zo vermoeid dat ze met werken moest stoppen. Ze werd depressief, kwam haar bed niet meer uit en vermagerde sterk. De ochtend van haar opname had ze langdurige heftige rillingen gehad en ze was niet te wekken. De diagnose was snel gesteld: de patiënte had een ernstige septicaemie, in huis-tuin-en-keukentaal *bloedvergiftiging*. Bovendien had de langdurige behandeling met cortison haar eigen bijnierschorsfunctie nagenoeg geheel onderdrukt, reden waarom dergelijke therapie nooit plotseling mag worden gestopt. Antibiotica en hydrocortison intraveneus bewerken een zeer snel herstel, door de patiënte zelf beschreven als niet minder dan een wonder. Weissmann mijmert hier nog wat over na. De zon die door de ramen schijnt, de simpele meubilering van de ziekenkamer, de kleuren, de verzwakte, door huidaandoeningen gehavende vrouw rechtop in bed zittend, doen hem denken aan die 14e eeuwse panelen waarop je ziet hoe heiligen een wonder verrichten. Hardop vraagt hij zich af of een paneeltje met daarop de wonderbaarlijke genezing van Dyanne moet worden gewijd aan Alexander Fleming, de ontdekker van penicilline, of aan die andere Nobelprijswinnaar, Phil Hench, de ontdekker van cortison, waarmee hij voor het eerst en met dramatisch effect reumatische aandoeningen genas. Een jonge collega van Weissmann zegt: 'Simpel, het hangt er alleen maar van af welke DRG je kiest; pakken we 416 dan is het Fleming, neem je 240 dan is het Hench. Laat de HCFA maar beslissen!'

In één klap staan we midden in de twintigste eeuw en komen we op ook voor Nederland bekend terrein. DRG's zijn *Diagnosis Related Groups*. Het is een budgetteringsinstrument dat de Amerikanen hebben bedacht om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen zonder concessies aan de kwaliteit. De meeste mensen zijn het er over eens dat het eerste van die nobele doelen is bereikt, aldus een cynische Weissmann. Ziekenhuizen krijgen voor een patiënt een vast bedrag dat afhangt van de DRG. Het lijkt op het eerste gezicht een interessante verfijning van ons eigen budget-systeem, maar er zijn natuurlijk problemen. Patiënten vallen zelden in slechts één DRG. Veel hangt af van de primaire diagnose. Als de

primaire diagnose van Weissmann's patiënt bloedvergiftiging was geweest, dan viel zij in DRG nr 416 (septicaemie, ouder dan 17 jaar). Dat levert betaling op voor 7,4 opnamedagen en een vergoeding van iets meer dan \$ 7.000, waarvoor alles moet worden gedaan wat nodig is. Lupus, DRG nr 240 (aandoeningen van het bindweefsel, met complicaties) is eveneens goed voor 7,3 opnamedagen, maar levert het ziekenhuis slechts \$ 4.262 op. Gezien haar bijnierinsufficiëntie had het ook DRG 300 kunnen worden (hormonale stoornis met complicaties): 6 opnamedagen, \$ 4.848. Het is duidelijk dat hier voor creatieve ziekenhuismanagers grote uitdagingen liggen en dat een begrip als de *juiste of verkeerde diagnose* hier geheel van zijn medische betekenis wordt ontdaan. Natuurlijk is dan ook een bureaucratie opgezet om toe te zien op de bona fide omgang met het DRG-systeem; dat is de al genoemde HCFA: de *Health Care Financing Administration* die daartoe een legerje kwaliteitsinspecteurs op pad stuurt. Weissmann, die zijn afschuw van het systeem van DRG's niet verbergt, analyseert met het DRG-handboek in de ene en Omer Englebert's 'Heiligenlevens' in de andere hand de ziektes van een groot aantal heiligen. De meeste daarvan blijken onder te brengen in een handjevol DRG's. De vele martelaren onder hen vallen vrijwel allemaal onder de groepen 444 (multipel verwondingen met) en 445 (idem zonder complicaties), goed voor 5,3, respectievelijk 3,7 opnamedagen en \$ 3.663, respectievelijk \$ 2.313. Jeanne d'Arc zou recht gehad hebben op 4,1 dagen, waarvoor het ziekenhuis \$ 11.299 had kunnen toucheren, volgens DRG 457 (uitgebreide verbranding zonder OK-procedures).

### De Nederlandse situatie

De DRG's hebben hier tot nu toe niet veel weerklank gevonden. Toch zou het me niets verbazen het idee weer te zien opduiken binnen de contouren van het nieuwe zorgstelsel. Bij geruchte heb ik vernomen dat verzekeraars met het idee spelen; alleen zijn deze terecht onder de indruk van de gecompliceerdheid. Er kleven dan ook vele problemen aan. Weissmann schildert al de bureaucratie van de kwaliteitsinspecteurs. In Amerika heten die QA-inspectors, waarbij QA staat voor *quality assurance*, wat volgens Weissmann precies het tegenovergestelde betekent. Dat klinkt uiterst cynisch, maar hij slaat de spijker recht op de kop, want in de praktijk bewaakt men niet de kwaliteit maar de prijs.

Zulke Amerikaanse ervaringen moeten ons op onze hoede doen zijn voor ontwikkelingen als Gadanis, waarbij huisartsen die wat willen bijverdienen en, wie weet straks ook werkzoekende basisartsen, op pad worden gestuurd door verzekeraars om het medisch handelen van specialisten in de gaten houden. Dat is niet de manier waarop wij met elkaar moeten omgaan. Hoe dat wel moet is afgesproken tijdens de beide kwaliteitsconferenties. Daaraan kunnen wij worden gehouden, daaraan houden wij ook de andere partijen, de overheid inclusief.

### Het systeem van de gezondheidszorg

Mechanismen als DRG's en budgettering komen voort uit een

behoefte aan centrale sturing en beheersing. In dit geval gaat het om beheersing van kosten. Centrale sturing is echter slechts een manier – en niet altijd de beste – om te voorkomen dat systemen of organisaties volkomen uit de hand lopen. Ze werken wel, maar hun mogelijkheden zijn beperkt. Als we kijken naar complexe organisatievormen die zich met succes kunnen aanpassen aan de wisselende eigenschappen van hun omgeving, of dat nu grote multinationals of sociale systemen zijn, of biologische organismen die in miljoenen jaren van evolutie als winnaar uit de 'struggle for life' tevoorschijn zijn gekomen, blijken die allemaal op dezelfde manier te zijn georganiseerd.

Er is zelfs een speciale tak van wetenschap, algemene systeemtheorie geheten, die zich met die gemeenschappelijke grondprincipes bezighoudt. Deze theorie leert onder andere dat alle goed functionerende grote, complexe systemen zijn gekenmerkt door een opbouw uit stabiele onderdelen, die op hun beurt ook weer bestaan uit kleinere, stabiele onderdelen, en zo voort; een functionele hiërarchie dus. De stabiliteit van al die kleinere onderdelen berust op zelfregulatie, niet zo verschillend van de thermostaat die de temperatuur in huis op 20 graden houdt door de kachel harder te laten branden als het buiten kouder wordt. Zelfregulatie leidt dus niet tot starheid, zoals wel eens wordt beweerd, maar juist tot flexibele adaptatie aan veranderende omgevingseisen. De hoogst georganiseerde en meest complexe systemen die men zich kan voorstellen zijn ongetwijfeld biologische organismen. Zij blijken model te staan voor alle soorten van organisaties, van technische regelsystemen tot grote bedrijven en overheden. Er is een tak van wetenschap, de algemene systeemtheorie, die stelt dat het hier niet zomaar aardige analogieën betreft, maar dat we hebben te maken met formele, logische en mathematische overeenkomsten en wetmatigheden<sup>2</sup>.

De psycholoog Herbert Simon, winnaar van de Nobelprijs voor economie, noemt een interessante reden waarom de zeer ingewikkelde systemen die wij in de natuur tegenkomen allemaal een hiërarchische organisatievorm vertonen. Het is namelijk, zo zegt hij, de enige opzet die in de evolutie een kans heeft. Alleen als de evolutie voor de bouw van ingewikkelde structuren gebruik maakt van kleinere stabiele eenheden die op een eerder moment zijn gevormd, hebben complexe organisatievormen de kans eveneens stabiel te zijn en dus überhaupt te ontstaan. Draai het argument om, aldus Simon, en je hebt de verklaring waarom verreweg de meeste complexe systemen hiërarchisch van structuur zijn<sup>3</sup>.

Het senso-motorische systeem, dat onze houding en beweging reguleert, beantwoordt perfect aan het algemene systeemmodel. Het berust op een hiërarchie van zelfregulerende systemen, reflexen, die voorgeprogrammeerd klaar liggen in ruggemerg en hersenstam. Wanneer u besluit om een eindje te gaan lopen, wordt dat globale, abstracte doel door de lagere delen van de hiërarchie vertaald in eenvoudiger en concreter subdoelen, die feilloos door de voorgeprogrammeerde mechanismen worden uitgevoerd. Ook hier delegatie van taken en bevoegdheden. Zodra de top van de hiërarchie met voorbijgaan aan deze tussenlaag zich zelf gaat bezighouden met de basale processen uit de onderste laag, gaat het volstrekt mis. Arthur Koestler, die zich in zijn *The Ghost in the machine* uitvoerig bezighoudt met vele aspecten van de algemene systeembeschouwing op talrijke terreinen van het menselijk leven, spreekt van de paradox van de duizendpoot. Toen aan dat dier werd gevraagd in welke volgorde hij nu precies zijn duizend poten neerzette raakte hij ter plekke verlamd, en stierf een akelige hongerdood. Die vraag had hij zich nog nooit gesteld; dat had hij altijd aan die poten zelf overgelaten.

De meeste systemen of organisaties die wij mensen opzetten hebben wel een aantal van de kenmerken zoals ik die hier zojuist heb beschreven. Ook intuïtief voelt iedereen wel aan dat een

bepaalde onderverdeling van grote organisaties in kleinere, overzichtelijke onderdelen met eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden de enige hoop biedt voor de toplaag om het geheel nog enigszins beheersbaar te houden. Het is trouwens toch verbazend te zien hoe lang het vertrouwen in de mogelijkheden van centrale sturing en planning stand kan houden. De oostblok-economieën hebben er achteraf gezien wel erg lang over gedaan. Zij lijken mij een typisch voorbeeld van de duizendpoot van Koestler. Maar om een voorbeeld te nemen dat dicht bij huis ligt: de introductie in de academische ziekenhuizen van zichzelf besturende divisies is ook nog maar van tamelijk recente datum.

#### Samenhang

Na dit kleine intermezzo wil ik weer terug naar ons stelsel. *Leenen sprak in zijn inaugurele rede in 1971 van ons systeem van gezondheidszorg*.<sup>4</sup> Hij bedoelde daarmee aan te geven dat we hebben te maken met een samenhangend geheel van voorzieningen. De eerste contouren daarvan werden getekend in de Structuurnota van Hendriks, uit 1974. Tegenwoordig hebben we het over 'het stelsel', hetgeen er eveneens op duidt dat wij een grote samenhang zien. Dekker zei van zijn plan ook niet voor niets: 'take it or leave it'. Hij meende dat je er geen stukjes uit kon halen zonder de relaties tussen de onderdelen ernstig te verstoren. Dat is toch gebeurd en dus reageerde Dekker verstoord. Inmiddels hebben we met het plan-Simons de eerste schreden gezet op weg naar een nieuw stelsel van zorgvoorzieningen. Het is niet mijn bedoeling dat nu systematisch te toetsen aan theoretische modellen. Het feit dat beide achter de schrijftafel zijn ontworpen is geen garantie voor perfectie, maar dat hoeft ook helemaal niet. Het aardige van een goed systeem is nu juist dat het zo is ontworpen dat het zich, binnen zekere grenzen, altijd flexibel aanpast aan niet te voorspellen omstandigheden. Essentieel daarbij is, en dat is wel een belangrijke les die de theorie ons leert, dat de verschillende onderdelen van het systeem zelfregulerend moeten zijn, opdat zij voor hun stabiliteit niet afhankelijk zijn van centrale regeling. Ik wil vaststellen dat de medische professie belangrijke mechanismen heeft ontwikkeld die voor die zelfregulering (mijn voorganger collega Gense placht te spreken van zelfreinigend vermogen) garant staan. Ik kom daar in het verloop van mijn betoog nog op terug.

#### De (veronderstelde) rol van de markt

Wat is nu de relatie tussen de hiërarchische organisatie en het economische marktmechanisme? Dat wij in ons land al tenminste sinds de Structuurnota van Hendriks in 1974 kunnen spreken van een systeem van de gezondheidszorg, terwijl het marktmechanisme pas in 1987 met het rapport van de commissie-Dekker op het toneel van ziekte en gezondheid verscheen, toont al aan dat we met twee geheel verschillende zaken van doen hebben. Eigenlijk was het niet Dekker, maar waren het Rutten en Van de Ven, van de Erasmusuniversiteit, die in 1985 voor het eerst voor introductie van het marktprincipe in de gezondheidszorg pleitten. Zij baseerden hun pleidooi op ontwikkelingen in Amerika, zoals die van Health Maintenance Organizations<sup>5</sup>. Van der Maesen wijst er in zijn proefschrift terecht op dat het juist deze organisaties zijn die als groeimotoren van de gezondheidszorg functioneren<sup>6</sup>. Een markt kan worden gezien als een zelfregulerend mechanisme, dat er – in theorie althans – voor zorgt dat via de prijs een optimale verhouding tot stand komt tussen aanbod en vraag. Als zodanig zou introductie van dat mechanisme een belangrijk element kunnen vormen in een flexibel reagerend systeem van gezondheidszorg. Het valt dan ook niet te verwonderen dat zowel in het plan-Dekker als in het plan-Simons die markt zo'n prominente plaats krijgt.

Dekker had de verwachting daarmee meer greep te krijgen op de

kosten van de gezondheidszorg. Velen hebben hun twijfel al geuit over de vraag of dat ook zo zal werken in de gezondheidszorg. Ik zal niet alle argumenten herhalen, maar noem er slechts enkele. In de eerste plaats denk ik dat er geen echte markt is. De budgettering van verzekeraars, met normuitkeringen uit een centrale kas, gevuld door premies die via belastingheffing worden geïnd, laat nog maar weinig ruimte voor competitie. Aanbieders en verzekeraars van zorg zijn geen gelijkwaardige partijen in het nieuwe stelsel. Patiënten zijn dat helemaal niet. Zij hebben geen werkelijke keuzevrijheid en missen kennis van zaken; wie ziek is of dat ooit vreest te worden wil tegen elke prijs beter worden. Daarbij spelen zaken als wat de Groningse socioloog Tijmstra heeft genoemd het 'imperatieve karakter van de medische technologie' en 'geanticipeerde beslissingsspijt' ('*laat ik het nu maar doen, want anders krijg ik later misschien spijt*') en 'binair denken' ('*het kan wel zijn dat de kans dat mij dit treft 1 op een miljoen is, maar je zult toch maar die ene zijn!*') een grote rol<sup>7</sup>. In zijn eerder genoemde proefschrift citeert Van der Maesen Titmuss die al in de jaren 60 schreef: 'Consumenten die medische zorg wensen weten van tevoren niet hoeveel ze daarvan nodig hebben en wat het kost . . . ze kunnen zelden leren van vroegere episodes van medische zorgconsumptie, al was het maar omdat het nut van medische zorg aanmerkelijk meer varieert dan dat van duurzame consumptiegoederen; de meeste consumenten kunnen de waarde van medische zorg niet beoordelen. Kortom: de meeste consumenten van medische zorg zijn een ongelijke partij in de dokter-patiëntrelatie.'

Het is dus nog maar de vraag of gezondheidszorg wel een goed is als spruitjes, cd-spelers, vakantiereizen, voetbalwedstrijden of zelfs cultuurgooederen zoals musea en het concertgebouworkest. Ik betwijfel dat. Maar stel dat er sprake is van een markt die het theoretische ideaal dicht benadert, dan zou daar inderdaad een zekere prijsstabilisering van kunnen worden verwacht. Degenen die verwachten dat de kosten dan ook minder zullen worden dan ze thans zijn, zien naar mijn mening iets essentieels over het hoofd. Zij zouden namelijk gelijk hebben indien op dit moment door het ontbreken van concurrentie sprake was van prijsopdrijving. In ons huidige, sterk gereguleerde systeem, is daarvan echter geen sprake. Er is op voorhand daarom meer reden te veronderstellen dat een stabilisering zal optreden op een hoger dan op een lager prijsniveau.

Ik wil in dit verband nog iets kwijt over die preoccupatie met de kosten van de gezondheidszorg. Ik heb altijd zo'n vermoeden dat tegenover kosten ook baten moeten staan. Ook in de gezondheidszorg is dat natuurlijk het geval. Vaak zijn die baten niet in geld uit te drukken, wanneer het gaat om menselijk geluk, of leniging van lichamelijke of geestelijke nood. Ik heb er ook geen enkele behoefte aan dat in geld uitgedrukt te zien. Maar telkens wanneer wij met die enorme kosten worden geconfronteerd zou ik het aardig vinden als de rekensom eens wat vollediger werd gemaakt. Wellicht zijn er niet zoveel directe baten, maar er zijn grote besparingen, bijvoorbeeld wanneer iemand door adequate medische behandeling terug kan keren in het productieproces, of behoeft kan worden voor blijvende invaliditeit. Vergeten wordt ook vaak dat de gezondheidszorg een belangrijke werkgever is en dat een belangrijk deel van de collectieve uitgaven weer terugvloeit naar het bedrijfsleven, dat ziekenhuizen bouwt en medische technologie ontwikkelt. Ik heb over de omvang van die retourstroom geen Nederlandse cijfers gevonden. Ik vond slechts het gegeven dat in Engeland in 1975 meer dan 50% van de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg weer naar de markt terugkeerde<sup>6</sup>. Het zou interessant zijn over betrouwbare gegevens voor de Nederlandse situatie te kunnen beschikken om het bedrag van bijna 50 miljard gulden per jaar dat wij aan zorg uitgeven, in een duidelijker perspectief te kunnen plaatsen.

#### De KNMG en de stelselherziening

Het artsberoep is vanouds een professie, een kwalificatie die het deelt met het advocaten- en predikantenambt. Al geruime tijd is er een hernieuwde oriëntatie gaande op het professionele element. Onder andere uit zich dat in de steeds weer bewust gestelde vraag naar de grenzen van het eigen kennen en kunnen en naar de afbakening van onze verantwoordelijkheden naar die van anderen; andere zorgverleners, de overheid, de verzekeraars, de patiënten, en in het kader van de WAO-problematiek waaraan wij in december een conferentie wijden, naar werkgevers. Binnen de aldus gedefinieerde grenzen accepteren – nee, claimen – wij ons aandeel in de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de door ons te verlenen zorg. Deze stellingname bepaalt ook onze positie ten aanzien van het plan-Simons. Onze primaire doelstelling is dus niet het verminderen van de kosten, maar het handhaven van een kwalitatief goede zorg voor iedereen. Dit betekent volstrekt niet dat de kosten ons een zorg zouden zijn. Er mag geen misverstand over bestaan dat daar waar beperkte middelen niet doelmatig worden ingezet, de kwaliteit het slachtoffer is. Dergelijke gedachten van onze kant zijn niet nieuw. Ons rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' dateert van 1986. Ik heb bij een andere gelegenheid al eens gesuggereerd dat belangrijke document opnieuw, en in bredere kring, uit te geven.

Tegen deze achtergrond zal het dan ook niet verbazen dat wij de discussie met de commissie 'Keuzen in de zorg' niet uit de weg zijn gegaan, en in het verdere traject ook niet zullen gaan. Ons kompas is en blijft daarbij de professionele kwaliteit van ons werk, waarbij de vertrouwensrelatie tussen de individuele patiënt en diens dokter de centrale plaats inneemt. Dat laatste is iets wat vele beleidmakers moeilijk kunnen accepteren. '*Vind je dan niet dat een dokter een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft, en dat hij dus het belang van die ene patiënt met een naam en een gezicht, moet afwegen tegen dat van al die naamlozen, die langer op een wachtlijst moeten staan wanneer patiënt Jansen nu geholpen wordt?*'

In gesprekken met collega's merk ik keer op keer dat ook zij enigszins vertwijfeld worden heen en weer geslingerd tussen hun gevoel voor verantwoordelijkheid voor die ene patiënt en hun sociale geweten. Hier is sprake van een paradox, die alleen kan worden opgelost door zich te realiseren waar de fout zit. Die zit hem daar in, dat de logica van het macrodenken niet zonder meer mag worden losgelaten op het microniveau. Er zijn natuurlijk verbanden, maar die zijn statistisch van aard. Het is het oude probleem van het verschil tussen statistiek en casuïstiek, dat zo dikwijls tot grote verwarring en onbegrip aanleiding geeft.

De oplossing is daarmee ook gegeven. Op het macro- en mesoniveau moeten afspraken worden gemaakt: protocollen, consensus, standaarden. Medical Technology Assessment en kosteneffectiviteitsanalyse moeten het denken over de problemen van nieuwe technologieën doen starten vóór ze geïntroduceerd en op de televisie den volke verkondigd worden, in plaats van daarna. Scholing en continue bij- en nascholing moeten ervoor zorgen dat het gemiddelde kwaliteitsniveau hoog is en blijft, dat obsoleete methoden overboord worden gezet, dat onderzoek en therapie rationeel, doeltreffend en doelmatig zijn en dat onverklaarde verschillen in medisch handelen verminderen. Om daarvan een zelfregulerend systeem te maken, moet de cirkel worden gesloten door zaken als uitkomstmetingen – waartoe de noodzakelijke kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria verder moeten worden ontwikkeld – intercollegiale toetsing en andere vormen van peer review, en periodieke herregistratie van professionals. Daar ligt de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep op het macro- en mesoniveau en het zal niemand hopelijk ontgaan dat wij die allang in deze zin waarmaken.



Bij zo'n systeem hoeft niemand er nerveus van te worden als een individuele arts, in de beslotenheid van de behandelkamer of aan het ziekbed, beredeneerd en controleerbaar afwijkt van een protocol. Het totaal van al die individuele beslissingen van professioneel-autonome artsen kan niet anders dan een gemiddelde opleveren dat precies overeenkomt met de protocollaire norm. Als dat niet zo is, moet ernstig aan de realiteitswaarde van die norm worden getwijfeld.

Er zit nog een ander aspect aan deze voortdurende neiging individuele artsen aan te spreken op hun maatschappelijke geweten. Degenen die dit bij voortduring blijven doen zou ik willen vragen hun blik eens te richten op die andere professie: die der advocatuur. Wij hechten er grote waarde aan dat mensen die van een strafbaar feit worden verdacht, hoe ernstig ook en hoe vrijwel zeker hun schuld, worden verdedigd door een advocaat die voor hun belangen opkomt. Als zij onvoldoende middelen hebben om hun eigen verdediger te kunnen betalen, krijgen ze er een op staatskosten, zo belangrijk vinden wij dit recht van de verdachte. Er is een scheiding in zittende en staande magistratuur en de verdediging. De verdediger wordt niet geacht op het puntje van de rechtersstoel te gaan zitten. Wij spreken een advocaat niet aan op zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid door van hem te verlangen dat hij bepaalde misdadigers niet verdedigt. Sterker nog: het is de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de advocaat ervoor te zorgen dat zijn cliënt alle kansen krijgt zich in een eerlijk proces te verdedigen tegen de aanklacht. Evenzeer is het de maatschappelijke verantwoordelijkheid van een arts ervoor te zorgen dat zijn of haar patiënt alle kansen krijgt zich te verdedigen tegen aanvallen op zijn gezondheid.

#### Conclusie

Ik ben er niet gerust op dat het nieuwe stelsel zal leiden tot een betere beheersbaarheid van de kosten met behoud van kwaliteit. Hoewel de recente berekeningen van de VNO door de staatssecretaris in twijfel worden getrokken, ben ik er lang niet gerust op dat wij niet zullen worden geconfronteerd met sterke kostenstijgingen, zowel in de collectieve als in de private sector, een onderscheid dat voor de gemiddelde burger die uiteindelijk beide sectoren betaalt, zij het dan op geheel verschillende wijze, minder waterdicht is dan voor macro-economen. Nadat eerst door de Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziekteverzekeraars (wellicht niet de meest objectieve bron) de alarmklok werd geluid, komt nu ook het Nationaal Ziekenhuis Instituut met dezelfde schattingen van 1,5 à 2 miljard gulden stijging van de beheerskosten. In hoeverre dergelijke schattingen overdreven zijn valt moeilijk te overzien, maar dat maakt het alleen maar zorgelijker. Indien deze becijferingen realiteitswaarde bezitten, dan kan daarvan alleen maar een nog grotere druk op de kwaliteit uitgaan. Wat kan er voor 1 à 2 miljard gulden niet allemaal worden gedaan in de zwakzinnigzorg, om maar eens een terrein te noemen dat de terechte grote aandacht van de staatssecretaris heeft.

Ik heb u uiteengezet welke de positie is die de KNMG bij dit alles wenst in te nemen. Vanuit die positie zullen wij de ontwikkelingen kritisch volgen. Zo komen een overheid die vooral gepreoccupeerd is met de kostenontwikkeling en een beroepsgroep die zich primair bekommert om de kwaliteit elkaar tegen wanneer juist wij constateren dat de kosten te hoog lijken te worden. Het zal u duidelijk zijn dat dit minder onverwacht is dan het op het eerste gezicht lijkt. Als – wat niet te hopen valt – de kosten inderdaad sterk zullen stijgen zal daarvan een roep uitgaan om volumebeperking, met bedreiging van de kwaliteit, eventueel gecombineerd met een pleidooi voor versterkt overheidsingrijpen. Het eerste is zonder meer destabiliserend en bij overrekking van de mogelijkheden van het tweede dreigt het droeve lot van de duizendpoot. De systeemtheorie leert dat de

stabiliserende mechanismen binnen de subsystemen moeten worden gevonden. Ik ben er in het geheel niet van overtuigd – bijvoorbeeld – dat de verzekeraars de kennis in huis hebben om op meer dan oppervlakkige wijze te oordelen over de kwaliteit van de door hen in te kopen zorg. In het samenspel tussen partijen is het mechanisme dat de kwaliteit moet garanderen naar mijn idee onvoldoende zelfstabiliserend.

Ik zie de taak van de beroepsgroep van artsen als tweeledig: enerzijds de verdere concretisering van ons kwaliteitsbeleid tot een werkelijk zelfregulerend, zelfcorrigerend systeem, waarvan ik u in het voorgaande enkele belangrijke elementen noemde, waaraan volop wordt gewerkt. Een overheid die een beheersbaar gezondheidszorgsysteem van uitstekende kwaliteit wil moet dergelijke ontwikkelingen aanmoedigen en faciliteren, teneinde ze tot een integraal deel van het stelsel te maken.

Daarnaast hebben wij een signalerende verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteitsbedreigende factoren buiten onze directe invloedssfeer. Het is in dat verband geen principieel punt welk stelsel vigeert. Wij zullen het moeten beoordelen op zijn effecten in de praktijk, opdat ongewenste resultaten kunnen worden tegengegaan. Bij die monitorfunctie zie ik een belangrijke rol weggelegd voor de leden van de KNMG: bijna 25.000 paar ogen en oren die – met de patiënt – als eerste waarnemen wat er mis gaat. Die feedback is nodig om tijdig te kunnen tegensturen.

Als op beleidsniveau de doelen concreet zijn geformuleerd en de feedbackmechanismen op alle niveaus een integraal onderdeel vormen van het systeem, dan is elk systeem in hoge mate adaptief. Dan doet het er betrekkelijk weinig toe hoe het er op een bepaald moment uitziet, omdat het de eigenschap heeft zich tot op zekere hoogte 'automatisch' aan te passen aan nieuwe omstandigheden en eisen. Zelfs ontwerpfouten, mits niet al te groot, worden vanzelf gecorrigeerd; op soortgelijke wijze als een goed functionerende markt vanzelf onevenwichtigheden wegregelt. Zo'n systeem heeft de kenmerken van een levend organisme: het is dynamisch, flexibel, adaptief en robuust. Het zal duidelijk zijn dat ik in deze vergelijking meer zie dan een oppervlakkige analogie.

#### Literatuur

1. Weissmann, Gerald. The doctor with two heads and other essays. Vintage Book, Random House, Inc. New York, 1991.
2. Von Bertalanffy, Ludwig. Een biologisch wereldbeeld. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1965.
3. Simon, H. The Sciences of the artificial. 2nd Edition, The MIT Press, Cambridge, MA, London, England, 1981.
4. Leenen, H.J. Systeemdenken in de gezondheidszorg, inaugurele rede. Samsom, Alphen a/d Rijn, 1971.
5. Rutten, FFH en Ven, WPMM van de. Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg. Economisch Statistische Berichten, nr 3507 (1985), 521-525.
6. Maessen, L.J.G. van der. Transformatie van de Gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987. Over de kosten en het geneeskundig paradigma bezien vanuit politiek-economische veronderstellingen. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1987.
7. Tijmstra, T.J. Het imperatieve karakter van medische technologie en de betekenis van 'geanticiperde beslissingsspijt'. Ned Tijdschr Geneesk 131 (1987), 1128-1131.