

271 Geen onderscheid als het er werkelijk toe doet over politieke beslissingen en de [ziekenhuis]zorg

DE TRECHTER VAN DUNNING. Wat – zul je je wellicht afvragen – mag dan toch wel ‘de trechter van Dunning’ zijn? Ik help je! Arend Jan Dunning (1930–2009) was hoofd cardiologie van het AMC en hoogleraar cardiologie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij is [voor mij] echter vooral bekend geworden als voorzitter van de Commissie **KEUZEN IN DE ZORG** (1991, de ‘Commissie Dunning’). Daarin was een beslismodel opgenomen hoe tot keuzes over de kwaliteit en het volume van de zorg zou kunnen worden gekomen. De essentie van de vraagstelling was: **wanneer is er wel en wanneer is er niet sprake van goede en te vergoeden zorg?** De vraag spitste zich toe op de ziekenhuiszorg.

Stel je een trechter voor. De totale behoefte aan ziekenhuiszorg giet je in die trechter. Achtereenvolgens neem je op basis van **vier criteria** [het werden er later vijf] een beslissing die invloed heeft op de omvang en kwaliteit van de zorg. Bij de uitloop van de trechter houdt je – volgens Dunning c.s. – minder volume aan **goede** en te **vergoeden** zorg over. Ook in 1991 ging het dus al over de vraag hoe [ziekenhuis]zorg betaalbaar kon blijven. Maar het geheim van de trechter van Dunning was dit:

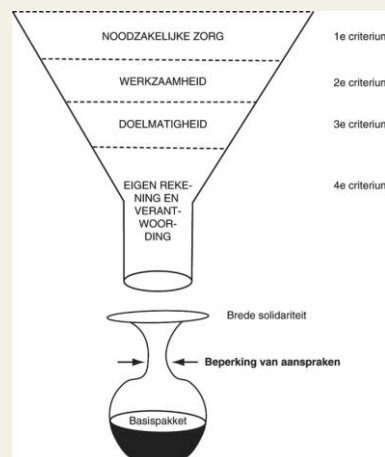
De vraag hoe zuiniger/beter met het zorg**geld** zou kunnen worden omgesprongen werd primair beantwoord aan de hand van *niet financiële* maar *kwaliteitscriteria*. Toepassing daarvan zou tot én betere én qua volume [beter] beheersbare zorg kunnen leiden. Minder kosten door betere kwaliteit en betere organisatie. In ‘modern Nederlands’: **niet money-driven maar quality-driven**. Ach, kom daar nu eens om!



Ik was, toen de ‘trechter van Dunning’ werd gepubliceerd, al vijf jaar voorzitter van de Raad van Bestuur van het Sint Josephziekenhuis in Eindhoven en we hadden net een nieuw ziekenhuis in Veldhoven [zie foto] geopend. In de jaren daarvoor waren we opgezadeld met forse bezuinigingen in de dagelijkse zorg en in de kosten van de nieuwbouw. Intensieve beleidsdiscussies met de rijksoverheid en met zorgverzekeraars hadden minimaal resultaat. Dat was teleurstellend omdat in ons *financieel* beleid ook toen al de vraag centraal stond of we primair op basis van *kwaliteitscriteria* tot besparing van kosten konden komen. Maar we hadden daar nog geen goede instrumenten voor in handen. Tot Dunning die ons verschaftte. Onze beleidsagenda kreeg daardoor een nieuw fundament.

De eerste en belangrijkste criteria voor goede zorg zijn:

- Is er sprake van *noodzakelijke* zorg? Dunning c.s. constateerden dat de *poliklinieken* en de *spoedeisende hulp* [de primaire ingangen van een ziekenhuis] vindplaatsen waren van niet noodzakelijke zorg. Het Haga ziekenhuis in Den Haag onderzocht – drie decennia na het advies van Dunning c.s. – of iedere patiënt met een doorverwijzing van de huisarts gezien had moeten worden op de polikliniek. Het antwoord luidt: nee, in vijf tot tien procent [!] van de gevallen was dat niet nodig. Bij de SEH is er vooral sprake van overbodige zorg in het weekend, als een burger rechtstreeks naar de SEH gaat [b.v. omdat er geen huisartsenpost(geopend) is].
- Is er sprake van *werkzame* zorg? Hierbij gaat het vooral over de volgende vragen.
 - doen de medicijnen wel wat ze geacht worden te doen?
 - is de behandelend arts ook werkelijk de meest aangewezen om adequaat te behandelen?
- Is er sprake van *kosteneffectieve, doelmatige* zorg? Het zal duidelijk zijn dat betere sturing op de eerste twee *kwalitatieve* criteria ook grote invloed heeft op de *zorgkosten*. Bij de vraag naar de kosteneffectieve zorg komt ook een heel andere vraagstelling aan de orde: hoeveel mag [b.v. enkele maanden of een jaar] levensverlenging kosten? Dat hierbij medische ethiek ook van groot belang is spreekt voor zich.



Deze vraagstellingen hebben in deze eeuw geleid tot belangrijke veranderingen in de organisatie van de medische zorg. Er ontstonden en ontstaan nog steeds netwerken van ziekenhuizen waarbinnen onderscheid wordt gemaakt tussen ziekenhuizen/specialismen/specialisten, waarbij vooral concentratie van complexe en/of zeldzame behandelingen in een beperkt aantal ziekenhuizen [niet zelden zeer tegen de zin van burgers én sommige politici] tot betere, meer werkzame én doelmatige zorg heeft geleid.

Je kunt je voorstellen dat de politiek ‘de trechter van Dunning’ met beide handen aangreep. Die trechter bood immers voortreffelijke *kwaliteitscriteria* op basis waarvan [ook] *financieel* gestuurd kon worden: alleen *noodzakelijke, werkzame, doelmatige en kosteneffectieve* zorg moet gehandhaafd en vergoed worden en hoort dus in het basiszorgpakket thuis. Wat kon de politiek zich meer wensen?

Helaas, ik moet je teleurstellen. J. Dunning c.s. mochten veel complimenten in ontvangst nemen en daarbij klonken woorden als ‘veelbelovend’ en ‘vernieuwend’. Maar daarna verdween het rapport in de politieke bureaulades¹. De politiek bleef en blijft liever primair werken met uitsluitend financiële taakstellingen en uitgangspunten. Enkele politieke partijen en hun lijsttrekkers toonden met hun uitsluitend financieel gestuurde opvattingen over het basispakket [bezuinigingen

zonder aandacht voor de gevolgen daarvan voor de inhoud van de zorg] en het eigen risico [verhogen!] aan, geen enkel inzicht te hebben hoe de ziekenhuiszorg zich sinds 1991 inhoudelijk en organisatorisch heeft ontwikkeld.² Geen wonder dat Wouter Bos (nu Ceo zorgverzekeraar Menzis) de bevrozing van het basispakket 'totaal onrealistisch' noemde en zeker weet dat het dit niet door zal gaan.

Weet je wat pas echt ernstig is? Er zijn politici die mogelijk ooit het nieuwe kabinet gaan vormen, die met hun niet op kwaliteitsoverwegingen gebaseerde bezuinigingen op de twee pijlers van een maatschappelijk gezonde samenleving – de gezondheidszorg en het onderwijs – **de tweedeling in onze arme samenleving alleen maar versterken.**

* * *

Gedurende zestien jaren mocht ik vrijwel elke werkdag door een huis voor zieke mensen lopen. Ik zag en ontmoette daar elke dag blij en verdrietige mensen, soms ook boze mensen, mensen zoals jij en ik.

Het zijn *niet* de artsen, verpleegkundigen en alle anderen die direct of indirect bij de zorg betrokken zijn, die discriminerend onderscheid maken tussen mensen.

Het zijn *wel* politici die maatschappelijke waarden veronachtzamen of zelfs ontkennen waardoor discriminerend onderscheid ontstaat in de zorg.

Kosten besparen in de zorg, het kan zeker als je stuurt volgens de principes van de trechter van Dunning! Maar het mag niet zo zijn dat politieke partijen de gezondheid van rijken, welgestelden en kansrijken een grotere dienst bewijzen dan

de gezondheid van kwetsbaren, arme(re)n, maatschappelijk achtergestelden en chronisch zieken. Dat dreigt wel te gebeuren door het bevroren van het basispakket en het ongedifferentieerd verhogen van het eigen risico, waarmee partijen miljarden willen besparen.



**Het ziekenhuis - een huis voor zieke mensen,
zonder onderscheid.**

**Ik koester hoop – beleid komt immers niet tot stand in verkiezingsprogramma's of verkiezingsdebatten, maar daarna, aan de onderhandelingstafel.
De politici zijn nog niet aangeschoven – alles kan nog!**

NOTEN

In deze blog beperk ik me tot de zorg zelf. Het is echter evident dat veel meer preventiebeleid en goede politieke sturing op het gebied van bewegen en gezonde en ongezonde voeding tot betere gezondheid en [dus] lagere zorgkosten zal leiden!

1. Meer weten over de trechter van Dunning? Lees dan in 8 minuten het artikel [Haal trechter van Dunning uit de la](#)
2. Na de trechter van Dunning verschenen, mede als uitwerking daarvan, een belangrijke wet [let wel: van minister Borst van D66; zou de huidige D66 fractie die wet wel goed kennen?] en twee richtinggevende rapporten
in 2000 Wet Integratie Medisch-specialistische Zorg
in 2018 rapport De juiste zorg op de juiste plek
in 2020 rapport Samenwerken aan passende zorg

MUZIEK

1. Niet alleen voor de jongsten onder ons 😊: [Kinderen voor kinderen – Bewegen is gezond](#)
2. Ik weet het, het is niet de eerste keer. Maar Louise en ik luisteren en kijken hier zo graag naar – voor het slapen gaan: “[Und Morgen wird die Sonne wieder scheinen](#)”
3. Wat is blaasmuziek toch geweldig. Luister maar naar het [Andante Cantabile](#) van Pjotr Iljitsj Tsjaikovski. Maar ja, dan die prachtige cello! [Aarzel niet](#)