

De geschiedenis van...

de machtsverhoudingen in de

Terwijl de wijkverpleegkundigen en de OGZ-verpleegkundigen in de frontlinie van de strijd tegen corona stonden, ging de aandacht exorbitant veel uit naar de ziekenhuizen en met name de IC's. Het is niet nieuw, zo meent Huub Sibbing in zijn laatste bijdrage aan deze rubriek. Om dit continue patroon te snappen, stelt hij dat we terug moeten naar de begintijden van het 'Koninkrijk der Nederlanden'.

Tekst: Huub Sibbing

Sinds het ontstaan van het Koninkrijk der Nederlanden met de komst van Willem I gold Nederland als een autocratische monarchie. De koning had in feite absolute macht. Er waren weliswaar een Eerste en Tweede Kamer maar er waren geen vrije verkiezingen, geen persvrijheid, geen politieke partijen, geen vakbonden et cetera. Van een 'recht op organisatie' was absoluut geen sprake. Dat veranderde in 1848 onder koning Willem II met de grondwetsherziening onder Thorbecke. Vanaf dat moment waren er (beperkte) verkiezingen, ontstond er (beperkte) persvrijheid en werd het recht op organisatie ingevoerd.

Een van de eerste organisaties die na het opheffen van het organisatieverbod werd opgericht om hun belangen te verdedigen was de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunde (NMG) die we nu nog steeds kennen als de KNMG (de K is van Koninklijk): de organisatie van artsen. De gezondheidszorg in die jaren werd beoefend door een zeer diverse groep: natuurgenezers, kruidendokters, doctores medicinae, chirurgijns en meer. Slechts een klein gedeelte (circa 10 procent) was opgeleid aan de universiteiten en opgeleid volgens het natuurwetenschappelijk model. Zij ijverden via hun organisatie, de NMG, voor een monopoliepositie: alleen zij zouden bevoegd moeten zijn om de geneeskunde uit te voeren.

Na vijftien jaar actief lobbyen kregen ze in 1865, in de geneeskundige wetten van Thorbecke waaronder de WUG (Wet Uitvoering Geneeskunde), het monopolie op het uitvoeren van de geneeskunde. Alle andere vormen waren op slag verboden.

Dat de overheid zich bemoeide met wie zich wel of geen arts mocht noemen was uiterst vreemd in die tijd. Er waren maar een heel beperkt aantal ministeries, bemoeienis met de gezondheidszorg was er nauwelijks en beroepswetgeving al helemaal niet. Het bewijst maar eens dat artsen er al in een heel vroeg stadium in slaagden hun belangen te behartigen in politiek. Die leidende positie hebben ze nooit meer prijsgegeven en

werpt zijn schaduw vooruit in de 20e en zelfs de 21e eeuw. Laten we een paar voorbeelden onder de loep nemen.

De WUG en de Wet BIG

De WUG van 1865, waarin de dominantie van artsen was vastgelegd, werd officieel pas ingetrokken in 1993, bijna 130 jaar later. Het is daarmee op de Grondwet na een van de langst geldende wetten in de Nederlandse historie. Weliswaar waren er talloze beroepen in de gezondheidszorg die een stukje van de medische taken uitvoerden, maar altijd onder controle en toezicht van artsen. Ook de vervanging van de WUG door de Wet BIG is een

'Artsen slaagden er al in een heel vroeg stadium in hun belangen te behartigen in de politiek'

zeer langdurige strijd om de macht geweest. In 1967 werd de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, onder het voorzitterschap van Prof. Mr. J. de Vreeze, ingesteld. Deze commissie kreeg de opdracht, de gehele wetgeving op het gebied van de medische beroepsuitoefening te moderniseren. De commissie-De Vreeze bracht na zes jaar in 1973 haar rapport uit. Op basis van dit rapport werd pas acht jaar later het voorontwerp van de Wet BIG in 1981 opgesteld. Vervolgens duurde het nog eens twaalf jaar totdat, na allerlei wijzigingen en aanpassingen, de Wet BIG in 1993 van kracht werd. Daarmee is het een van de langst durende wetgevingsprocedures in de parlementaire geschiedenis. Maar werd de dominantie van artsen daarmee opgeheven? Er waren weliswaar aanpassingen in vergelijking met de rigide WUG maar de dominantie van artsen bleef, mede door het concept van "voorbehouden handelingen" nog steeds overeind.

gezondheidszorg

Het verrichtingsstelsel

Artsen en met name specialisten hanteerden vanaf het begin het verrichtingsstelsel als basis van hun financiering. Toentertijd was dat nogal logisch want er waren geen alomvattende verzekeringen dus iedere (veelal welgestelde) patiënt betaalde de arts rechtstreeks. Maar toen in het eind van de negentiende eeuw vanuit de vakbonden de eerste ziekenfondsen ontstonden, die de gezondheidszorg ook toegankelijk wilde maken voor het minder welgestelde deel van de bevolking (toentertijd circa 75-80 procent) weigerden artsen hun medewerking aan de 'rode' ziekenfondsen of richtten hun eigen 'doktersfondsen' op om de regie te behouden. Zelfs toen in 1947 de landelijk geldende Ziekenfondswet van kracht werd, wisten de specialisten te bewerkstelligen dat zij, net als bij de toenmalige particuliere verzekeringen, volgens het verrichtingsstelsel gefinancierd werden, terwijl de huisartsen volgens het abonnementstelsel betaald zouden worden.

Toen in 2005 de huidige Zorgverzekeringswet werd ingevoerd bleef het verrichtingsstelsel voor specialisten en paramedici dominant.

Culturele invloed

De dominantie van artsen en met name specialisten leidde in de jaren 50-60 van de vorige eeuw tot een omslag in het kijken naar de gezondheidszorg. Tot die tijd hadden huisartsen, zeker ook op lokaal niveau, nog een behoorlijke invloed, maar het aantal ziekenhuizen en daarmee ook het aantal medisch specialisten groeide in die jaren explosief. Steeds meer verschoof de focus naar de ziekenhuizen en de specialisten. En die trend is nog steeds dominant, zoals onlangs nog weer eens bleek tijdens de coronacrisis.

'Bij de "consumptie van gezondheidszorg" hebben artsen een monopoliepositie'

In zijn artikel: 'Crisis legt verhoudingen bloot: cure gaat stevast voor care', in *Zorgvisie* van 4 maart 2021, waarin hij de besluitvorming tijdens de coronacrisis analyseert laat auteur Joost Bijlsma hoogleraar Public



Affairs aan de Universiteit Leiden Arco Timmermans aan het woord. Het is hem tijdens de coronacrisis duidelijk geworden naar wie in deze sector het beste wordt geluisterd. 'Bovenin de pikorde staan de medisch specialisten en de ziekenhuizen. Hun sterke lobby bepaalt al jaren de agenda. Onderin vind je de verpleeg-

De geschiedenis van...

kundigen en de ouderenzorg en de preventie. Om met George Orwell te spreken: alle dieren zijn gelijk, maar sommige dieren zijn meer gelijk dan anderen.'

Tegenbeweging?

Reeds in de Structuurnota (1973), later in het rapport van de Commissie Dekker (1986) en vele rapporten daarna werd ervoor gepleit om het verrichtingensysteem af te schaffen, omdat het overbehandeling stimuleert en preventie blokkeert. Echter zonder succes. Decennialang zijn er vanuit de politiek, adviesorganen, de wetenschap,

en vanuit maatschappelijke organisaties initiatieven ontplooit om tot fundamentele veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg te komen. Keer op keer stuitte de politiek op de daarmee gepaard gaande belangen, met name van de specialisten. Want als je aan de financieringsstructuur in de gezondheidszorg komt, komt je aan de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg.

Hoe komt het nou, dat een betrekkelijk kleine groep van medisch specialisten er al decennialang uitermate succesvol in slaagt om fundamentele veranderingen te blokkeren, tegen alle maatschappelijke en politieke stellingnames in. Wie heeft het nou in de gezondheidszorg voor het zeggen. Is het de lange traditie van beïnvloeding, al vanaf 1849 of hebben ze een geheim wapen in handen, dat machtiger en invloedrijker is dan alle politieke maatschappelijke en economische debatten en analyses bij elkaar.

Om inzicht te krijgen in de machtspositie van de belanghebbenden gaan we te rade bij P. Juffermans in zijn boek *Staat en Gezondheidszorg in Nederland* uit 1983. Hij introduceerde een begrip wat van essentieel belang blijkt te zijn: dwangconsumptie.

Gezondheidszorg als economisch systeem

Juffermans dwingt ons om naar de gezondheidszorg als economisch systeem te kijken. Een essentieel onderdeel van de economische theorie is de Wet van de ruilwaarde/ Wet van de prijsvorming. Deze wet komt er kort gezegd op neer dat de uiteindelijke prijs/ruilwaarde van een product een evenwicht zoekt tussen wat de producent ervoor vraagt en wat de consument bereid is ervoor te geven. Deze wet gaat er vanuit dat de invloed van de producent beperkt is, omdat de consument alternatieven heeft, er is sprake van 'vrije' consumptie. Als het door de gebruiker gewenste vervoermiddel (auto) erg onaantrekkelijk wordt (bijvoorbeeld autorijden door een extreem hoge benzineprijs) heeft de gebruiker een alternatief (bijvoorbeeld de trein of bus of thuiswerken).

Echter, zo stelt Juffermans; als het gaat om de gezondheidszorg bestaat er uiteindelijk geen reëel alternatief. Als men gezondheidszorgconsumptie nodig heeft, is men in praktijk ook vrijwel gedwongen om daar, tegen de geldende voorwaarden, op in te gaan.

Daarmee is de consumptie van gezondheidszorg in de ogen van Juffermans geen 'vrije consumptie' maar 'dwangconsumptie' waarbij artsen een monopoliepositie hebben.

De enorme materiële en emotionele waarde van het dwangconsumptieve product 'gezondheid', gekoppeld



aan een monopolistisch georganiseerde beheersgroep (artsen) verleend tegelijkertijd aan diezelfde artsen als beheersers van het productieproces van de gezondheidszorg een enorme macht. Immers, zij beschikken over iets wat zij alleen beheersen, maar waar bij vrijwel iedereen vroeg of laat een enorme vraag naar is. Dit geldt des te sterker voor diegenen die zich het meest bewegen in het spanningsveld waaraan het medisch handelen zijn dwangconsumptieve waarde ontleent: in het ingrijpingsproces tussen leven en dood: 'de medisch specialist' en met name de cardiologen en chirurgen.

'Bijna per definitie wordt verpleegkundigen het recht ontzegd een kwaliteitsoordeel te vellen over het geleverde product'

Wie in zo'n situatie de macht heeft over een zeer gewenst, gedwongen product kan dan ook vergaande eisen stellen aan de voorwaarden waaronder het product geleverd wordt en kan desgewenst dreigen zijn product niet te leveren als aan zijn of haar wensen niet wordt tegemoet gekomen, waarbij men van goede huize moet komen om politiek en maatschappelijk voldoende kracht te ontwikkelen, om een tegenmacht te vormen. Artsen en met name specialisten hebben daarmee dus een enorme macht en ze zijn zich er ook terdege van bewust, zoals bleek toen Volkskrant-journalist Jet Bruinsma in 1998 de toenmalige voorzitter van de specialistenvereniging interviewde: *'Men moet goed begrijpen dat wij de baas zijn. Wij specialisten kunnen de zorg maken en breken.'*

Macho's

Dat geldt niet alleen op macroniveau maar ook binnen de instellingen. Socioloog C.J. Lammers schreef in 1967 al een analyse van de gezondheidszorg met als titel 'Het ziekenhuis als kastenmaatschappij'. Kenmerkend daarvoor waren: *een rigide hiërarchische ordening van een aantal sociale groeperingen, met een zeer gedifferentieerde statussymboliek de gelaagdheid en gescheidenheid van deze groeperingen beklemtuont.* Dat was 55 jaar geleden, maar het geldt blijkbaar nog steeds. Medisch journaliste Allietta Jonkers, deed onderzoek naar de hiërarchie in de ziekenhuizen. In haar artikel 'Brullen op de apenrots' van februari 2015 op haar

website vatte ze de resultaten samen: *De geneeskunde anno 2014 is nog altijd een hiërarchisch bolwerk.. (...) Zeker vergeleken met het bedrijfsleven is de gezondheidszorg een apenrots. Aan de top van de sociale ladder in het ziekenhuis staan de chirurgen en de cardiologen. Kinderartsen bungelen ergens onderaan. Over geriaters wordt niet eens gesproken.*

En toen Dr. Karim, een Afghaanse arts die in vele landen gewerkt had, in 2017 in de Volkskrant gevraagd werd naar zijn ervaringen in Nederland bevestigde hij dat beeld: *'De hartchirurgen staan bovenaan in de pikorde. Dat zijn de macho's die beslissen over leven en dood.'* Met name dit proces zien we dan ook zeer veelvuldig optreden, wanneer er ook maar de geringste ontwikkeling te bespeuren is om grenzen te stellen aan het verrichtingssysteem c.q. financieringssysteem van medisch specialisten. In dergelijke gevallen verschijnen er de volgende dag krantenkoppen waarin uiteengezet wordt dat de betreffende overheidsmaatregel 'onverantwoord' is, ongetwijfeld talloze 'onnodige sterfgevallen' met zich mee zal brengen et cetera. De monopolistische productiewijze van het geneeskundig product leidt ook tot de stellingname dat enkel de betrokken beroepsgroep der medici 'oordelingskundig' is ten aanzien van het eigen handelen. Bijna per definitie wordt patiënten, verpleegkundigen, politici of sociologen het recht ontzegd een kwaliteitsoordeel te vellen over het geleverde product.

Een wurgende houdgreep

Alle partijen houden elkaar in een wurgende houdgreep. *Het ziekenhuis wil rendabel draaien, de specialist wil verdienen en de patiënt wil absoluut zeker weten dat hij niets mankeert.* Zolang de focus in de gezondheidszorg blijft liggen op Ziekte en Zorg (ZZ) wijzen alle neuzen dezelfde kant op: De arts heeft er belang bij om mensen beter te maken en daarmee een inkomen te vergaren. Probleem daarbij is overbodige en onnodige zorg. Immers, hoe meer hij behandelt, hoe meer hij verdient. De patiënt wil alleen maar beter worden, maar merkt nauwelijks wat het kost, daar is hij immers voor verzekerd. De verzekeraar wil klanten behouden en liefst winnen maar daarvoor moet hij wel behandelaars als patiënten tevreden houden.

Of, zoals Prof. Gert Westert, hoogleraar Kwaliteit van Zorg van de Nijmeegse Universiteit het uitdrukte: *'Iedereen in de zorg heeft er baat bij, dat het geld blijft stromen. We zitten in een pervers systeem waarin we betaald krijgen voor behandelingen bij ziek zijn, niet voor de gezondheid van patiënten.'* 

Huub Sibbing is adviseur van het bestuur van V&VN M&G en redacteur van Tijdschrift M&G