

Reactie van de KAMG op de discussienota “Zorg voor de toekomst”

In deze notitie geeft de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), koepel van 9 verenigingen van artsen werkzaam in de publieke gezondheidszorg, zijn reactie op de discussienota Zorg voor de toekomst. Onze centrale boodschappen:

1. Neem de volksgezondheid als een der centrale uitgangspunten van het gezondheidszorgbeleid. Dat is *niet* hetzelfde als het huidige centrale uitgangspunt (= individuele zorg) maar is naar aard, urgentie en doelstelling nadrukkelijk en in hoge mate collectief. Collectieve volksgezondheidszorg dient ook qua financiering en maatschappelijke autoriteit in balans te zijn met individuele gezondheidszorg.
2. Faciliteer de sociale geneeskunde als leidinggevende sector in een duurzame collectieve volksgezondheidszorg, die opereert in nauwe interactie met burgers, gezondheidszorg, sociaal domein, beleidsmakers en vooral ook de maatschappelijke actoren die medebepalend zijn voor de (on)gezondheid van mensen. Neem als overheid daarin de verantwoordelijkheid, door de zorg voor gezondheid en veerkracht bij *alle* departementen te beleggen, met een duidelijke regisseur.
3. Zorg voor een evenwichtige medisch-professionele workforce die de juiste balans tussen collectieve en individuele zorg reflecteert, met evenredige aantallen opleidingsplekken, dezelfde wijze van financiering van de vervolgopleidingen, en voldoende opgeleide specialisten in alle sectoren.

Premisse

Wereldwijd en dus ook in ons land zijn, volgens tal van deskundigen, preventie van leefstijlgerelateerde aandoeningen, een integrale aanpak van multimorbiditeit en het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen de drie grote, onderling nauw verbonden uitdagingen op het gebied van volksgezondheid. De preventie en collectieve aanpak van pandemieën is door COVID-19, de meest recente, opnieuw in beeld gekomen als een grote uitdaging voor de volksgezondheidszorg. We kunnen meer van zulke pandemieën verwachten. Andere belangrijke collectieve gezondheidsrisico's zijn bevolkingsgroei, verstedelijking, migratie, milieuvraagstukken, klimaatverandering, toenemende perinatale sterfte en geestelijke gezondheidsproblemen. Deze uitdagingen, samen te vatten als het effectief beschermen en bevorderen van de gezondheid en het welzijn van de bevolking, zijn niet goed aan te pakken in ons systeem van gezondheidszorg, waarin de verhouding tussen zorgverlener en individuele patiënt het dominante uitgangspunt is.

Vertrekpunt van de discussienota “Zorg voor de toekomst”

De discussienota “Zorg voor de toekomst” ontbeert deze visie en gaat in haar voorstellen op het gebied van preventie niet uit van de collectiviteit maar hoofdzakelijk van het individu, en niet van volksgezondheid maar van de – veelal curatieve - zorgcontext. In de slagschaduw van de COVID pandemie en die andere grote volksgezondheidsrisico's die ons wachten, hebben we echter een overheid nodig die bereid is te investeren in de “verzekeringspremie” van vooral collectieve



(naast individuele) volksgezondheidszorg, een duidelijke kwestie van de kost die (soms ver) voor de baat uitgaat maar die zich de afgelopen en huidige periode dubbel en dwars zou hebben uitbetaald als deze investering gedaan was. Daarmee is helder dat ook een stevige heroriëntatie op de organisatie van en regie over de zorg plaats moet vinden.

Lessen uit de COVID-19 pandemie

Van meet af aan heeft de curatieve zorg op dit terrein alle ruimte en aandacht gekregen, terwijl we aanvankelijk erg weinig wisten van het gedrag en verspreiding van het virus, en de publieke en extramurale zorg eveneens met grote uitdagingen te maken kregen. We zagen aankomen dat de lockdowns veel andere ellende voor werk, welzijn en gezondheid zouden veroorzaken, maar dat was aanvankelijk nauwelijks een issue. De belangrijkste adviseurs en bepalers van het beleid en de media gaven er, zeker aanvankelijk, geen blijk van dat naast het curatieve, ook het sociaal-medische en het publieke belang zorgvuldig werden meegewogen. Natuurlijk moesten we onze kwetsbare medeburgers met ernstige corona-infectie behandelen, maar het duurde geruime tijd voordat onze landsbestuurders ook aandacht hadden voor aspecten die niet in ziekenhuizen en wel in allerlei, deels nieuwe, kwetsbare groepen speelden. GGD-en werden opgezet met werkzaamheden die ze vanwege langdurige besparingen niet aankonden. Er was schaarste aan van alles in de hele zorgketen (IC- en verplegingsbedden, personeel voor bron- en contactonderzoek, beschermingsmiddelen, toegang tot zorg voor mensen met andere zorgvragen e.d.). Het testen kwam zeer moeizaam op gang en de opzet van het vaccinatieproces kende en kent ook tal van hobbels.

Wat is er misgegaan?

Sociaalgeneeskundigen die in allerlei sectoren van de (publieke) gezondheidszorg en de private sector werken, weten dat het overheidsbeleid al lange tijd niet meer voorziet in tijdige en adequate bewaking, bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Dat werd extra duidelijk tijdens de coronapandemie. Wat daarachter schuilgaat zijn karige, uitgekledde publieke gezondheidsvoorzieningen, en weinig “drive” en interesse bij overheden in het bevorderen van gezondheid in de bevolking, en het tijdig signaleren, voorkómen en hanteren van ernstige gezondheids crises. Dit hangt samen met een decennialang overheidsbeleid dat vrijwel uitsluitend gericht is op individuele, vooral specialistische behandeling van ziekten en niet op de collectieve aanpak van ziekteverwekkende maatschappelijke factoren en het bevorderen van gezondheid. Het langdurige efficiencybeleid in de gezondheidszorg heeft geleid tot extreme decentralisatie, liberalisering en het wegsnijden of privatiseren van “overbodige” voorzieningen, waarvan we in de coronapandemie de wrange vruchten plukken.

Welke aanpak is nodig?

De genoemde uitdagingen vergen een multidisciplinaire, duurzame, collectieve aanpak, met actieve betrokkenheid van burgers, gezondheidszorg, beleidsmakers en niet te vergeten de maatschappelijke actoren die medebepalend zijn voor de (on)gezondheid van mensen (bouw en ruimtelijke ordening, weg- en luchtvervoer, zware industrie, voedingsindustrie, werkgevers, onderwijs, detailhandel etc.). Dit laatste veronderstelt uiteraard ook een veel bredere overheidsverantwoordelijkheid dan louter die van het ministerie van VWS.

Hier ligt een belangrijke leidende taak voor de sociale geneeskunde. Immers, alleen afgaan op de inbreng en inspanningen van de curatieve zorg biedt vaak onvoldoende oplossing voor grote en



weerbarstige volksgezondheidsvraagstukken, zoals we onder meer in de COVID-19 pandemie hebben gezien.

Sociale geneeskunde is onderverdeeld in twee terreinen: maatschappij en gezondheid, en arbeid en gezondheid. Er zijn ongeveer 4000 specialisten sociale geneeskunde.

- Artsen maatschappij en gezondheid (M + G) werken bij de jeugdgezondheidszorg, GGD-en, academische afdelingen sociale geneeskunde, de IGJ, NZA, het Zorginstituut Nederland, het RIVM, bij zorgverzekeraars, bij Sanquin (bloedbanken), in de geneesmiddelenketen (vaccins!) en in beleids-, management- en onderzoeksfuncties in tal van organisaties.

- Op het terrein arbeid en gezondheid werken bedrijfsartsen, die adviseren over ziekte, ziekteverzuim en de preventie daarvan op de werkplek, en verzekeringsartsen die adviseren in geval van (claims inzake) langdurige ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Sociale geneeskunde richt zich op het bewaken, beschermen en bevorderen van volksgezondheid, gelijke kansen op gezondheid, en collectieve en individuele maatregelen om deze doelen te bereiken. De sociale geneeskunde legt de verbinding tussen de geneeskunde en de samenleving. Sociaal geneeskundigen werken op posities waarin zij de gezondheid van individuen en (delen van) de bevolking onderzoeken en vaststellen, (potentiële) gezondheidsbedreigingen signaleren en monitoren, en daardoor tijdig kunnen anticiperen of interveniëren door over de aanpak te adviseren en deze (mede) uit te voeren en te evalueren. Daarbij is intensieve interactie tussen onderzoeks-, beleids-, zorg- en politiek domein cruciaal. De sociale geneeskunde heeft zulke coalities nodig om ten volle effectief te kunnen zijn in haar verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid.

Het “verzekerings”aspect dat het investeren in publieke zorg feitelijk is (de kost kan immers erg lang voor de baat uit gaan), is naar onze mening voor onze overheid een reële en noodzakelijk optie geworden. Het is hoog tijd om te erkennen dat steeds meer investeren in de curatieve zorg geen antwoord biedt voor het snel groeiende aandeel van welvaartsziekten en multimorbiditeit in onze ziektelast, noch voor pandemieën en andere grote gezondheids crises die op ons afkomen. Een heroriëntatie in het overheidsbeleid voor de volksgezondheid is noodzakelijk, opdat er een gezonde (!) balans en wisselwerking wordt gerealiseerd tussen public health, eerstelijns zorg en specialistische medische zorg, en er (eindelijk!) eens brede aandacht komt voor het stimuleren van gezondheid en veerkracht. Daarvoor moet niet alleen het ministerie van VWS, maar de gehele overheid “aan de bak”.

Inzoom op de medisch-professionele workforce

Een andere visie op de volksgezondheidszorg en een juiste balans tussen de collectieve en individuele zorg nopen tot een evenredige verdeling van (medische) professionals in de diverse zorgdomeinen. Nu zijn er grote verschillen, waarbij de ‘markt’ en de basisartsopleiding in hoge mate meebepalen welke medische beroepen populair zijn en welke niet.



De klinisch specialistische geneeskunde en de bijbehorende (ziekenhuis)sector krijgt onevenredig veel geld en aandacht, terwijl de sociale geneeskunde en de public health het kind van de rekening zijn. Dit weerspiegelt zich in grote verschillen in aantallen specialisten, maatschappelijk aanzien, invloed, aandacht van de overheid, en salariëring.

Een overheid die zich serieus herbezint op de inrichting van het zorglandschap, zal ook zorg dragen voor een geneeskundig specialistenlandschap, dat aansluit bij de hier geformuleerde visie op de grote uitdagingen voor de collectieve volksgezondheid. Wil je als overheid werk maken van volksgezondheid en preventie, dan betekent dat dat de preventief werkende artsen een betere plek krijgen in het stelsel. Haal de ongelijkheid uit het systeem van de medische vervolgopleidingen, die er nu is doordat de opleidingen tot medisch specialist, huisarts en specialist ouderengeneeskunde volledig via de overheid worden vergoed en de opleidingen tot sociaal geneeskundigen slechts zeer ten dele. Trek dat volledig gelijk. Zorg voor overlap tussen de opleidingen, zodat geneeskundig specialisten in opleiding leren kijken over de grenzen van hun eigen (sub)specialisme. Vrijwel alle aandacht in ons zorgstelsel gaat nu naar individuele zorg, maar de grote volksgezondheidsproblemen los je enkel op met collectieve zorg. Daar hoort een adequaat en kwalitatief hoogwaardig professioneel personeelsbestand bij.



Elise Buiting, arts Maatschappij + Gezondheid, voorzitter KAMG

