

11 januari 2008

Mondzorg:

Consultatievraag 1. Uit uw voorstel blijkt dat u deze vraag niet holistisch maar gefragmenteerd beschouwt, waarmee U de integriteit of de algehele gezondheid van onze samenleving geen recht doet. Bij Uw vraagstelling betreft U niet de spanning tussen sociaal constructivisme en "la petite bonté", waarvan het besef essentieel is wanneer men over zorg durft te spreken. Dat getuigt van een niet adequaat maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef. Iedere patient zijn eigen ziekenhuis. Zorg op maat. Maar van privé universiteiten hebben we nog nooit gehoord.

Consultatievraag 2. In een sociaal constructivisme, dat aan hervorming toe is, verdienen proefballonnen geen prioriteit. Experimenten dienen dan als wanhoopswaardigheden betiteld te worden. Consultatievraag 3. Neen. Uw beschrijving van aanbieders van mondzorg betreft slechts het deel dat de behandeling/uitvoering betreft. De facto hebt U het over aanbieders in de mondbehandeling. Een bronvermelding lijkt mij hierbij niet van toepassing. De werkers in de gezondheidszorg hebt U ten onrechte gereduceerd tot leveranciers van al dan niet isogenormeerde prestaties.

Consultatievraag 4. Ook hier hebt U het weer over het aanbod van mondbehandelingen. De relatie tussen behandelcapaciteit en prestatiekwaliteit enerzijds en mondzorg anderzijds is veel gecompliceerder. Tijdsgewricht en cultuur afhankelijke, alsmede vele, individueel bepaalde factoren, kunnen hierbij een rol spelen.

Consultatievraag 5. Als er is ooit voldoende aanbod van zorg zou zijn, pas dan zou wellicht de vraag naar isogenormeerde behandelingen in verband met meetbare fysieke imperfecties afdoende gelengd kunnen worden. Alléén cybernetisch gecontroleerde benaderingen zullen dit nooit kunnen. Wellicht bestaat er bij benadering een omgekeerd verband tussen mondzorg en mondbehandelingen in kwantitatieve zin.

Consultatievraag 6. Als het gaat om - naar industriële analogie- een grotere productie van gewenste fysieke condities, zou die taakherschikking mogelijk zo plaats kunnen gaan vinden. Of dit gewenst is, en deze voorgestelde hervorming het leven en onze gezondheid meer recht doet, is daarmee geenszins gezegd.

Consultatievraag 7. Zie vraag 1.

Consultatievraag 8. Het nog niet volledig ter beschikking stellen van alle collectieve financiële middelen voor het tot stand brengen van enige meetbare fysieke verbetering, wordt door mij wel ervaren (iedere patient zijn eigen ziekenhuis), maar vooralsnog niet als een gemis. Het ontbreken van toetredingsdrempels voor "zorg" verleners, die zorg uitsluitend naar levering van meetbare fysieke perfectie vertalen, vind ik veel verontrustender.

Consultatievraag 9. Daar waar de markt niet transparant is, en de NZa niet transparant is, waar het de definiering van zorg, behandeling en gezondheid betreft, is het te hopen dat zorgvrager en dienstverlener elkaar tenminste nog helder kunnen verstaan.

Consultatievraag 10. Als dat zou kunnen voor mondzorg, zou dat prachtig zijn. (Aflleggen eed bv.) Als U bedoelt voor mondbehandelingen is dit natuurlijk zinvol, maar verdient bij de onderliggende redenen voor hervorming geen prioriteit.

Consultatievraag 11. Zie antwoord vraag 10.

Consultatievraag 12. Zie antwoord vraag 10

Consultatievraag 13. Omdat tandartsen niet alleen leveranciers zijn van isogenormeerde prestaties, maar op de eerste plaats in deskundigheid hun beroepsverantwoordelijkheid willen kunnen blijven uitoefenen om, in overleg met de zorgvrager, autonoom indicaties te kunnen blijven stellen, en waar nodig te herzien. Om niet enkel "cure" maar ook "care" verantwoord te kunnen waarborgen. Daarbij helpt in ieder geval een bredere horizon.

Consultatievraag 14 t/m 18 : Betreffen alleen mondbehandelingen en geen mondZORG.

Consultatievraag 19 t/m 23: Als je markt en prijzen vrijgeeft, kunnen er natuurlijk allerlei verschuivingen gaan plaatsvinden, waar het de mondbehandelingen betreft. Een vrije markt kan ook onverwacht prachtige nieuwe ontwikkelingen opleveren, en tegenstellingen meer manifest maken. Maar het probleem zit bij de mondzorg. Door je nu maar voortdurend en uitsluitend te concentreren op de mondbehandelingen, blijft de mondzorg vanzelf helemaal in het onderbewustzijn.

Herziening bekostigingstructuur mondzorg:

Consultatievraag 1 t/m 16:

Uw rapport gaat over financiering van de zorg. De vraag kan gesteld worden in hoeverre U, - nu U Uw analyses, van hetgeen door U zelf eerder in uw toenmalige hoedanigheid van CTG en CTZ tot stand gekomen is, door het veld wil laten toetsen -, geloofwaardig leiding kunt geven aan hervormingen. Het sociaal constructivisme lijkt niet alleen de financiering van de gezondheidszorg in een crises gebracht te hebben, maar ook de bestuurlijke organen zelf. Vraag 1 t/m 16 gaan alleen over machtsvorming, niet over machtsuitoefening. Het proces van machtsvorming heeft het proces van machtsuitoefening, historisch gezien, altijd overheerst. Dat mag U met mij ook op een niet-gereguleerde vrije markt verwachten, en de geschiedenis leert, dat het toch veel kan opleveren. Wetenschappelijk zijn Uw analyses op de meeste punten even correct, als dat zij academisch niets-zeggend zijn en met betrekking tot de onderhavige problematiek volstrekt zinloos. Op het moment dat er over vrije markt gesproken ging worden, werd er een zorgwetbelasting ingevoerd. Userpathie van sociaal constructivisme zonder enige samenhang. Maar daarvoor werden dan weer transparantie eisen opgesteld. U herhaalt dit gedrag en draagt het zelfs uit. Een dergelijke fragmentering in regelgeving is een aanslag op iedere weldenkende burger en potentieel schadelijk voor zijn geestelijke toestand.

Herinner U de woorden van Napoléon, 200 jaar geleden: "Justice égale et intelligible pour tous". Gelijk en voor iedereen begrijpelijk recht. "Mon seul code par sa simplicité, a fait plus de bien en France, que la masse de toutes les lois, qui m'ont précédé". De enkele door mij opgestelde regels hebben Frankrijk meer goed gedaan, dan de hele stapel wetboeken van voor mijn tijd bij elkaar.

Er is al bij wet afgesproken, waar de beperkte financiële solidariteit binnen de mondzorg dient plaats te vinden. Van weinig betekenis hoe dit deel gefinancierd en gehonoreerd moet worden. Zorg dat deze wetgeving een behoorlijke duurzaamheid heeft. Daarbij zijn experts of wijze mannen/vrouwen onmisbaar. En voor het overige is er dan dus de vrije, niet-gereguleerde markt. Daarbij past geen bemoeienis van de NZa ten aanzien van bekostigungsstructuren. Bekostiging is dan de verantwoordelijkheid van de zorgvrager en dienstverlener, zonodig zowel door zorgvrager als door dienstverlener of prestatievarancier in grotere verbanden (zorgverzekeraars, ketenzorg, groepspraktijken met gedifferentieerde tandartsen, mondhygiënist etc.) georganiseerd. Maar zonder inmenging van overheidswege. Natuurlijk zal dat hier en daar in het reservaat der Nederlanden met zijn onbeperkte tolerantie(of onverschilligheid?) protest en pijn opleveren. Zeker als je de dwaze mening bent toegedaan dat je gezondheid -zoals nu gedefinieerd door de WHO sedert 1948- geheel rechtvaardig kunt verdelen onder de burgers. Laat de beroepsorganisaties desgewenst maar enige simpele, begrijpelijke richtlijnen opstellen. En wat betreft de invoering: niet besturen met terugwerkende kracht, dat is tegen de natuurlijke gang des levens, maar tijdig aankondigen. Tijdig, bv 1-2 jaar van te voren, en de duur van dit traject dient dan onvoorwaardelijk te zijn, niet onderhevig aan de tijdspanne van democratische bestuurstrajecten en geen voorwerp van politiek correct georganiseerde brede maatschappelijke discussies. Voor alle duidelijkheid: in 1-2 jaar VOLLEDIGE terugtrekking van IEDERE staatsbemoeienis uit dat deel van de mondzorg, dat door experts, wijze mannen/vrouwen als duurzaam behorend tot de eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van de burger beschouwd kan worden. Wat er nu op bestuurlijk niveau gebeurt kan in medische termen het best omschreven worden als: "L'art pour l'art", geneeskunst omwille van de geneeskunst, besturen omwille van het besturen. Je kunt je afvragen of dat niet feitelijk een economisch-bestuurlijk delict is, welliswaar door lieden met een schier onschendbare status. Is het niet gewoon ambtelijk improviseren op wetenschappelijk geschoolde en politiek correcte wijze door relativistische, sociale wetenschappers, die zich voor hun eigen zelfverwerkelijking gelegitimeerd achten zich overal mee te kunnen bemoeien?

Consultatievraag 11a:Honorarium. Geen - in een economische oorlogvoering - onderhandelde tarieven voor isogenormeerde diensten, maar ere-lonen die ruimte geven aan zorg, aan liefdevolle bekommernis, aan indicatie stelling, zeker mede op basis van een groot sociaal-maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef en historisch bewustzijn. Traditie en ervaring dienen naast evidence-based medisch handelen ook een rol te spelen. Omdat het niet alleen om ons biologisch kostuum gaat, dat eindeloos versted kan worden, maar ook om een positionering ten aanzien van het contingentie in de mens: lot (met lotsaanvaarding) of keuze (met maakbaarheid). Daarbij is enige argwaan en geen naïviteit gewenst ten aanzien van het zelfreinigend vermogen van medische beroepsbeoefenaars en hun opleiders met soms meer wetenschappelijke scholing dan academische vorming.

Consultatievraag13: De ANT-classificatie benoemt in ieder geval de juiste begrippen. Gezondheid en risico ipv isogenormeerde prestaties. Bovendien strekt de ANT classificatie zich uit over een tijdstraject, zodat bezinningsmomenten een onlosmakelijk onderdeel vormen van het zorgproces. Daarbij wordt ook de noodzakelijke ruimte aan objectieve en subjectieve (die zeker ook mede sociaal - maatschappelijk-economisch bepaald worden) behandelingsbehoefte en indicatie gegeven om onze beroepsverantwoordelijkheden naar eer en geweten vorm te kunnen geven. Iedere arts en patient zou deze zelf-reflectie moeten toepassen.

Consultatievraag 17a t/m c: Uw voorstel zou je eens uit kunnen proberen, er zijn vast nog meer mogelijkheden, achteraf zal pas kunnen blijken welke echt gewerkt hebben. Ruimere financiële mogelijkheden voor risicovolle jongeren, maar zeker output gecontroleerd en gelimiteerd, lijkt mij de moeite van het proberen, van het experiment, van de proefballonnen, waard. Het zou dan geheel in de basisverzekering ondergebracht kunnen worden, ten einde de ingezette lijn te blijven volgen.

Tot slot: 1. Indien er meer dan 500.000 WW-ers in Nederland zouden komen, zou de toenmalige minister-president Lubbers aftreden. Nederland kreeg géén 500.000 WW-ers in die periode maar wel bijna 1.000.000 WAO-ers. Het politiek-economische probleem werd opgelost door arbeid te medicaliseren. Op grote schaal en in korte tijd werden hele medische infrastructuren (met keuringsambtenaren met geneeskundige scholing, die zich arts mochten noemen) en sociaal-medische indicaties hiertoe georganiseerd.

2. Projectie. Niet alleen bij de WAO-ers werden sociaal-economische problemen gesomatiseerd. Het is een bekend verschijnsel, waarvan de omvang niet onderschat mag worden, ook niet in de mondzorg.

3. Fysieke perfectie als fetish. Heeft alles te maken met positionering van hetgeen een mens toevalt: is het lot of is het maakbaar. Moet je iets aanvaarden, een verlies incasseren, of geen enkele fysieke imperfectie accepteren. Je kunt ervan gaan tandenknarsen, hetgeen op ruime schaal voorkomt.

Met U deel ik de bezorgdheid om mondzorg. Sympathie heb ik voor Uw pogingen om tot universele en werkbare concepten te komen, die niet onnodig kostbaar zijn. Patienten en artsen dorsten naar gerechtigdheid, naar een adequate benadering van tekortkomingen, die er altijd overvloedig zullen blijven bestaan. In die zin zijn wij allen patient en lijdend. Geef de arts-patient relatie daarom de volledige ruimte, met transparante materiele dimensies en rechtstreekse financiële betrokkenheid. Dus bij voorkeur geheel zonder enige inmenging van overheden of zorgverzekeraars. Dat werkt alleen maar depriverend en leidt gemakkelijk tot obscurantisme, waardoor de arts-patient relatie alleen maar verduisterd wordt en bizarre dimensies kan gaan aannemen. Voorzie/help verder collectief alleen in voorzieningen en behandelingen, die onomstreden effectief grote tekorten in /bedreigingen voor gezondheid duurzaam elimineren en waarin de gemiddelde burger zelf niet (alleen) kan voorzien. (hygiene, vaccinaties en een absoluut minieme basisverzekering). Met het faciliteren van medisch consumentisme door -op economische gronden - ook direct toegankelijke lager geschoolde hulpkrachten toe te laten, met een remplacerend nog meer negeren en niet onderkennen van fenomenen als somatisering, projectie, verlangen, gerechtigdheid, integriteit en heelheid, ontglipt ons eerder de essentie van gezondheid, dan dat wij haar beter gaan begrijpen.

P.B. Rooyackers.

19 maart 2008

Wat is de betekenis van transparantie in kosten/kwaliteit op micro-niveau voor de consument, als op macro niveau de kostenstructuur voor patient/burger obscurant blijft? Volgens ESPICOM werd er in Nederland ongeveer € 4300 per burger in 2007 aan zorg uitgegeven, waarvan slechts ongeveer een derde min of meer rechtstreeks uit de portemonnee van de consument betaald werd. Gezondheid heeft sterke connotaties met heelheid, gaafheid en integriteit. "Curare ad integrum". In de herziening kostenstructuur beperkt U zich slechts tot een klein gedeelte van de financiering. Bovendien hanteert U daarbij dezelfde mechanismen, die er juist de oorzaak van zijn om thans de financiering te hervormen: het verrichtingsstelsel, met een falende kwaliteitscontrole. Wetenschappelijke pogingen om kwaliteit in gezondheidszorg te definiëren, faalden. Het verrichtingsstelsel met een toegankelijkheid voor iedereen, heeft de afgelopen halve eeuw in een geleide economie gefunctioneerd. Naast het goede heeft het onder andere ook geleid tot fragmentering met latent gebleven intra- en inter-disciplinair tribalisme, obscurant

gebleven regie, aanbod geïnduceerde vraag, upcoding, gedepriveerde zorgvragers én zorgverleners, universiteiten met medische faculteiten, die verworden zijn tot politiek gecontroleerde scholen voor toetsbare trucs met een beperkte houdbaarheidsduur, en onbeheersbaarheid van collectieve lasten. Patientenorganisaties, beroepsorganisaties, opleidingsinstituten en overheden hebben hier allemaal een rol in vervuld, zonder daarbij enige zelfbeperking in acht te nemen of ook zelfs maar te overwegen. Het paradigma van het verrichtingsstelsel verder uitbouwen door meer verrichtingen voor een lager bedrag is natuurlijk een verdere usurpatie van de bestaande structuren zonder enig zelfreinigende werking van betrokken partijen, in plaats van een meer voor de hand liggende werkelijke hervorming met een bereidheid tot integrale verandering, zoals deze door de commissie Dekker/Dunning in het verleden reeds voorgesteld is. Als U verbetering van de zorg beoogd, kunt U het "curare ad integrum", het streven naar heil en integriteit, niet buiten beschouwing laten. Wanneer wezenlijke keuzes in een geleide economie daarbij vermeden worden en onbesproken blijven, is Uw optreden slechts een gedachtenloos werkgelegenheidsproject, zonder enige betekenis, waarbij de problemen hooguit verplaatst zullen worden en de onderliggende factoren onderbewust zullen kunnen blijven. Met U deel ik de noodzaak om over signalen en verbeteringen na te denken. Zorg heeft ook een connotatie van wederkerigheid. Nu de bedrijfsgebonden zorgverzekeringen van b.v. Philips en Daf, met nog enige levende niet-geconstrueerde solidariteit en wederkerigheid, ongeveer 30 jaar geleden op gezag van de overheid zonder enige terughoudendheid geannexeerd zijn, is gezondheidszorg langzaam maar zeker verworden tot een industrieel productieproces van isogeenormeerde prestaties voor elke meetbare fysieke verbetering, met een verregaande erosie van financiële betrokkenheid voor de consument. Juist daarin ligt een bedreiging voor het "curare ad integrum".

Gezondheidszorg gaat behalve over "evidence based medicine" ook over leven en dood, gerechtigheid, ongeschondenheid en zelfbeperking. Gezondheid gaat ook over de natuurstaat en het aanvaarden van beperkingen. Onder welke omstandigheden wel en wanneer niet. Wanneer het "cure" over dient te gaan in "care". Dat is het domein van de patient en de arts, en is persoons-, tijds- en cultuurafhankelijk. Een overheid, een rechtsstaat, die monomane beheersing van dit domein door een toenemende tirannie van een hybride economische wetgeving met een steeds verder uitdijende bureaucratie met betrekking tot isogeenormeerde prestaties wil afdwingen, zonder voldoende duidelijke en expliciete erkenning van - en ruimte voor de natuurstaat, kan de faciëring van het "curare ad integrum" verder bemoeilijken en bedreigen. Omdat "curare ad integrum" nooit uitsluitend en alleen maakbaar is en zorg altijd enige intermenselijke wederkerigheid impliceert. Een dictatuur van het protocollair nastreven van meetbare fysieke perfectie, zonder enig verlies te willen accepteren, is niet synoniem aan gezondheidszorg, maar zal slechts een fetish blijken voor wat gezondheidszorg zou dienen in te houden. Een democratie kan een dergelijke deus ex machina wel wensen, medische beroepsorganisaties, patientenorganisaties en een zorgautoriteit, die deze beweging zonder enige (zelf)beperking aanhoudend uit blijven dragen, lopen het risico opium voor het volk te worden en de patient via client en consument uiteindelijk tot een quantité négligeable te reduceren. Zonder genezing maar met een toenemende deprivatie, deformatie, verdierlijking en geestelijke nood als retributie.

Duidelijke, simpele en duurzame afspraken met betrekking tot welke bewezen efficiënte, tandheelkundige verrichtingen er in de rechtsstaat minimaal solidariteit betracht dient te worden, tegen ongecompliceerde, duidelijk vastgestelde, en daardoor eenvoudig te controleren en te handhaven tarieven / voorwaarden, lijkt een vele malen eerlijkere, pragmatischere, simpelere en voor iedereen begrijpelijker weg met veel lagere en meer voorspelbare collectieve lasten. Deze opstelling is veel belangrijker en verdient veel meer prioriteit dan een visie aangaande enige ingewikkelde wijziging in een - reeds veel te lang bestaande - buitensporig complexe financieringsstructuur (factoring, externe integratie, het ad hoc financieel benadelen van experts ten opzichte van minder bekwaamen in casu de orthodontietarieven, zorgwetbelastingen en zorgwettoeslagen, gesubsidieerde opleidingen met of zonder numerus fixus, aantrekken buitenlandse tandartsen etc, etc.). Een transitieproces via gereguleerde concurrentie met prikkels aan vraag- en aanbodzijde - zonder duidelijke vaststelling tot hoever men nu volledig solidair wil zijn - als halve maatregel van de zoveelste zachte heilmeester, zal wellicht op korte termijn tot minder maatschappelijke ongewenste uitkomsten leiden, maar de wond uiteindelijk nog verder doen laten stinken en de transparantie nog verder doen verduisteren. Een duidelijke, transparante en politiek duurzame opstelling

betreffende het deel van de tandheelkundige gezondheidszorg dat tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger gerekend dient te worden, zonder enige inmenging van het publieke stelsel, met een luid en bewust publiekelijk afstand nemen van het aanvaarden van al dan niet nauwkeurig omschreven verantwoordelijkheden, schept de ruimte voor "vormen van welzijn en welbevinden"(zoals een deel van de WHO definitie van gezondheid luidt) met onbekende horizons . Een transparante, dynamische en veel kleurrijkere markt, zonder enige bureaucratie, zal zich zelf reguleren, waarbij verschillen meer zichtbaar worden en gebreken in zelfreinigende werking niet structureel gemaskeerd kunnen blijven. De bestedingen mogen onbeheersbaar blijven, omdat zij niet collectief opgebracht hoeven te worden en competitie zal uitdagen tot innovaties, met op voorhand niet te kennen resultaten. Opgedane ervaringen in de USA en Australië kunnen hierbij enigszins als referenties aangedragen worden.(zie o.a. Cutler : international medical-care reform). Een onlangs aangenomen resolutie van de WHO (Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention d.d. 23-05-2007) vergemakkelijkt de hier gepropageerde opstelling evenwel niet. Deze WHO verklaring ligt meer in de lijn van ieder zijn eigen ziekenhuis, niemand mag iets onthouden worden, en de staat is hiervoor verantwoordelijk . En in de lijn van het Europese, emancipatoire gedachtegoed van Jean- Jacques Rousseau, de ontwerper van het "contract social", en daarmee de architect van onze rechtsstaat: niemand mag afhankelijk zijn van een ander. Zijn eigen kinderen bracht hij (daarom ?) , kort na hun geboortes, naar een vondelingentehuis. De vraag is gewettigd , hoeveel recht deze concepten (waaraan zeker ook de staat voortdurend haar zelfverwerkelijking, in niet onbelangrijke mate, probeert te ontlenuen) doen aan onze bio-psycho-sociale entiteit. Een bezinningsmoment op orientaties van medici, overheid en patienten , lijkt meer dan ooit nodig, nu door onze gezamenlijk politiek arbeid grootschalig gemedicaliseerd is (WAO) , door onze gezamenlijke politiek het onderscheid tussen ziekte en verzuim juridisch structureel vervaagd is, en door onze gezamenlijke politiek patienten grootschalig tot consumenten gepromoveerd worden. Het inzomen op een zeer beperkt deel van de financieringsstructuur, waarbij proefballons worden op gelaten vanuit dit bizarre politiek-economische slagveld, in plaats van een integrale aanpak, is daarbij volstrekt onvoldoende en onjuist, en geeft eerder aan dat men zijn verantwoordelijkheid in deze nog steeds niet onder ogen wil zien, maar liever wil blijven ontlopen.

Aanbod geïnduceerde vraag is een prachtige basis voor een gezonde samenleving, waarin iedereen, zonder enig onderscheid, een gelijk stemrecht krijgt toebedeeld. Waarom is er ongerustheid over aanbod geïnduceerde vraag ?? Misschien omdat de vraag niet gerechtigd is, of het aanbod niet klopt ?? Misschien omdat de vraag gesteld mag worden, of je zo wel met gemeenschapsgeld om kunt gaan ?? Of ligt de reden hierin, dat mensen met een onvoorwaardelijk stemrecht alsnog beschermd moeten worden, in een door ons collectieve onderbewustzijn, de overheid, tot stand gekomen reservaat ?? Is dat dan juist niet het evidente bewijs dat niet de vrije markt, maar de GEREGULEERDE markt in dit mensenpark, gefaald heeft en aan ons geweten knaagt ?? Als grotere kundigheid met betere, snellere en op een meer comfortabele wijze tot stand gekomen resultaten voor de patient, niet beloond wordt, maar gestraft wordt door een lagere prestatie prijs (tarieven orthodontie) , is dat dan geen dusdanige blijk van een verregaande SCHEFGROEI IN HET GEREGULEERDE marktmechanisme , dat hier van een GEPERVERTEERDE interventie door overheidsorganen, van een totale ontwrichting van een "normale" object verhouding, gesproken dient te worden ?? Een structureel anonieme financiering, een aanhoudende financiering door overheidsgeld, creëert natuurlijk uitwassen voor zorgverzekeraars, opleiders , zorgverleners en patienten, die het volstrekt dwaze, blinde en ongelimiteerde recht op een niet nader te definiëren welzijn en welbevinden toebedeeld krijgen. Als grote weldoener van deze menselijke genade voelen politici en ambtenaren zich geroepen hieraan van harte mee te werken voor hun eigen zelfverwerkelijking. Het is zeker voor een belangrijk deel de verdienste van de sociale wetenschappers (gezondheidseconomen) , dat deze vraagstukken nadrukkelijker over het voetlicht gebracht worden. Maar zolang bedwelmde zorgvragers en zorgverleners structureel de mogelijkheden geboden blijven worden om de materiële dimensies van hun verstandhouding op een collectief onderbewustzijn te dumpen, kan van economisch geschoolde ambtenaren natuurlijk moeilijk genezing verwacht worden, maar hooguit een onbeholpen poging tot een buitengewoon gebrekkige en steeds hopelozere wordende symptoombestrijding. Het is de prijs die wij moeten betalen voor deze uiting van democratie, een inspraak- en medezeggingsstructuur voor en door iedereen, waarbij wij in onze geschoolde ijdelheid en zelfgenoegzaamheid, vrijwillige erkenning van enige door ons zelf in acht te nemen - door de natuur aan een ieder van ons gegeven - beperkingen liever achterwege laten. Het nieuwe en eindeloze projectiescherm van ons eeuwige verlangen, de gezondheidszorg schreeuwt welliswaar om een carte blanche, maar dient omwille van onze

eigen bio-psycho-(en vooral) sociale entiteit zowel door zorgverleners en ambtenaren als door zorgvragers gedimensioneerd te worden, wil ons gezondheidssysteem behoed worden voor corrumperen. Zolang zorgverleners de grenzen van een gezond bio-psychisch functioneren zelf niet duidelijk omschreven aan willen geven en hun eigen verantwoordelijkheid in deze niet willen nemen door zich luid en duidelijk te beperken in - op de eerste plaats door zorgverleners zorgvuldig omschreven - zorg, te betalen uit vooraf nauwkeurig vast te stellen collectieve middelen, en zolang diezelfde zorgverleners niet hun volledige vrijheid juridisch kunnen herwinnen voor zorg betaald uit private middelen (opheffing UPT) , zal gezondheidszorg meer en meer gediceerd gaan worden door sociaal-democratische factoren en kan VWS getransformeerd worden tot WS. Daarbij zijn abonnement- , budget-, uurtarief- , verrichtigen- en productsystemen slechts iso-communistisch genormeerde pleisters op een houten been, waar geen dokter of honorarium nog aan te pas hoeft te komen en die enkel als een perpetuum mobile de administratieve werkgelegenheid en obscuriteit zullen blijven bevorderen.

Paul Rooyackers.