



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD

ZORG

Ic-zorg moet altijd beschikbaar zijn en dus met collectieve middelen worden gefinancierd



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Reageer via expert@fd.nl.



Het zal niet de eerste keer zijn dat een mantelzorger, professional, politicus of geïnteresseerde krantenlezer verzucht dat de gezondheidszorg veel te ingewikkeld is georganiseerd. Er zijn talloze wetten, regelingen, organisaties en beroepsgroepen die een deel van dit omvangrijke werkveld bedienen. Met de komst van covid-19 komt weer een loot aan de stam van het zorgstelsel volledig in beeld: de publieke gezondheidszorg.

Dit is een deel van het stelsel dat de gemiddelde burger vooral kent van de hielprick bij de pasgeborenen, de vaccinaties tegen infectieziekten en de bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld screening borstkanker en darmkanker). Het domein is in de Wet Publieke Gezondheid als volgt omschreven: 'De gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder het voorkómen

en vroegtijdig opsporen van ziekten'. Het gaat dus om zorg, gevraagd of ongevraagd, die de overheid aanbiedt. Maar ook om maatregelen die de overheid kan opleggen om gezondheidsschade van de gehele bevolking, of van specifieke groepen, op te sporen en te voorkomen.

Bij de publieke gezondheidszorg is de gezondheid van de hele samenleving in het geding. Daarom neemt de overheid hierin het voortouw. We hebben het de afgelopen weken in de praktijk gezien: de premier, de minister van Volksgezondheid en de voorzitters van de veiligheidsregio's nemen het voortouw.

Een heel belangrijk onderdeel van de wet is de infectieziektebestrijding. Hier speelt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) een belangrijke rol als adviseur van het kabinet. In Nederland is het verder zo geregeld dat de 25 gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD's) verantwoordelijk zijn voor de preventie en bestrijding van infectieziekten. De GGD's voeren deze taak uit in nauwe samenwerking met het RIVM. De Veiligheidsregio's zijn verantwoordelijk voor de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR), brandweerbijstand, rampenbestrijding en crisisbeheersing. De GGD-regio's en de veiligheidsregio's hebben dezelfde geografische grenzen.

A-INFECTIEZIEKTE

In de wet is ook vastgelegd wie de bestrijding leidt van een dreigende infectieziekte-epidemie. In principe ligt deze taak bij de burgemeester. Maar als er sprake is van een A-infectieziekte ligt dat anders. Bij een A-infectieziekte dreigt een ernstig gevaar voor de

gezondheid van de hele bevolking. Op 28 januari is bij ministeriële regeling het coronavirus als een A-infectieziekte aangemerkt. Vanaf dat moment vond opschaling plaats naar landelijk niveau en had de minister van Volksgezondheid — eerst Bruno Bruins en later Hugo de Jonge — de regie bij de epidemiebestrijding. De voorzitter van de veiligheidsregio is belast met een belangrijk deel van de uitvoering. We hebben Hubert Bruls, de voorzitter van het beraad van de veiligheidsregio's, in die hoedanigheid veelvuldig aan het woord gezien.

Op het eerste gezicht heeft de publieke gezondheidszorg gefunctioneerd zoals bedoeld en wettelijk omschreven. Toch wringt er iets. De afgelopen acht weken werd duidelijk hoe essentieel ic-bedden en ic-personeel zijn voor het kunnen bestrijden van deze ongekende pandemie.

De ic-zorg en breder, het organiseren en bieden van intensieve nazorg op een daartoe ingerichte verpleegafdeling, is belegd bij de ziekenhuizen. In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) wordt deze zorg op regionaal niveau afgestemd. Initiatiefnemers zijn de elf ziekenhuizen met een traumacentrumfunctie. De beschikbaarheid en financiering van ic-capaciteit (personeel, bedden en middelen), in gewone tijden maar ook in crisistijd, is een zaak van ziekenhuizen en verzekeraars. De term 'intensive care' komt in de Wet Publieke Gezondheid niet voor. Dat moet anders.

Zorg op de intensive care en vervolgzorg op een verpleegafdeling in het kader van een epidemie dienen te worden gefinancierd als een beschikbaarheidsfunctie (net als de brandweer). Dit dient te worden betaald uit

de collectieve middelen en te worden ondergebracht bij de genoemde Wet Publieke Gezondheid. De elf ziekenhuizen met een traumafunctie moeten door de wetgever worden aangewezen om deze zorg te verlenen. Zij dienen dit zo in te richten dat op- en afschalen van ic-capaciteit en intensieve vervolgzorg mogelijk wordt, in nauwe samenwerking met de GGD.

Zo wordt de financiering dus niet onderworpen aan plafonds, onderhandelingen en in- en verkoopstrategieën van verzekeraars en ziekenhuizen, maar is deze bij wet geregeld omdat de gezondheid van de hele bevolking in het geding is. Burgers moeten er op kunnen vertrouwen dat, als het er op aankomt, er voldoende middelen en gekwalificeerde personeelsleden zijn om intensieve zorg te verlenen.

BREDERE VISIE

Het verbinden van publieke gezondheidszorg aan de curatieve zorg, en in het bijzonder aan de intensieve zorg, heeft veel voordelen. Opnieuw is gebleken hoe belangrijk epidemiologische kennis (het domein van de publieke gezondheidszorg) is voor de inrichting van de curatieve zorg. Die kennis wordt nu nog onvoldoende benut.

Een ander voordeel van deze aanpak is dat gebruikgemaakt kan worden van bestaande besluitvormingsstructuren: regionaal wat kan, landelijk wat moet.

Gerichtheid op de publieke gezondheid, tenslotte, draagt bij aan een bredere visie op wat goede zorg zou moeten zijn. We moeten toe naar meer aandacht voor kwaliteit van leven, voor sociaal-economische gezondheidsverschillen en voor de psychische kwetsbaarheid van mensen die diep geraakt kunnen worden door een pandemie.

Beschikbaarheid en financiering van ic-capaciteit is nu nog een zaak van ziekenhuis en verzekeraar