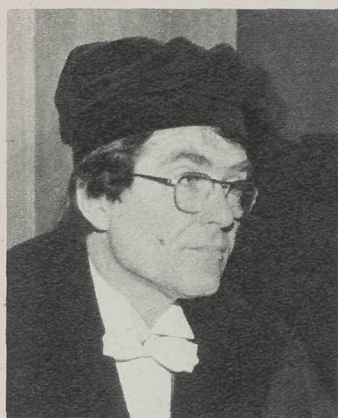




Eerste opstap naar gezondheidszorg 'kwalitatiever'

Prof. Van Aalderen over wetsontwerp Hendriks en Mertens

In de loop van augustus werd voortijdig het nieuws bekend, dat het kabinet akkoord was gegaan met een wetsontwerp van de staatssecretarissen Hendriks (Volksgezondheid) en Mertens (Sociale Zaken): een ontwerp Algemene Wet Gezondheidsverzekering.

Het meest in het oog sprong het plan om het onderscheid tussen fondspatiënten en particulieren af te schaffen. Alle Nederlanders zouden — wanneer het ontwerp in deze vorm wet zou worden — vallen onder het pakket voorzieningen dat thans wordt verstrekt door ziekenfonds- en AWBZ-verzekeringen (AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). De tarieven zouden moeten worden vastgesteld door een Centraal Orgaan Gezondheidstarieven, bestaande uit veertien, door de Kroon te benoemen „wijze mannen”, wier beslissingen ook weer door de Kroon zouden kunnen worden geschorst of vernietigd, zodat het parlement controle zou kunnen uitoefenen. Het was verder de bedoeling dat de nieuw te vormen regio's (26 stuks) gaandeweg de uitvoering van het nieuwe stelsel ter hand zouden gaan nemen. Opvolger van de huidige ziekenfondsraad zou de Raad voor de Gezondheidsverzekering moeten worden. Naast vertegenwoordigers van de medewerkers, artsen, apothekers, tandartsen etc. zouden ook de verzekeren daarin moeten worden vertegenwoordigd.

Aan het ontwerp ontbrak de financiële paragraaf nog. Wel werd gemeld dat men bij de premieheffing „zo min mogelijk verschuivingen” in de inkomens wilde veroorzaken. De eerste reacties op het ontwerp waren, vooral omdat nog niets bekend was over de financiering, „afwachtend” te noemen. Ook was er waardering te bespeuren voor het feit dat de staatssecretarissen zich er toe hadden gezet de „lappendeken” van de gezondheidszorg wat te vereenvoudigen.

Kritiek kwam in eerste instantie vooral van medische zijde. Zo liet de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) weten, het onaanvaardbaar te vinden wanneer de beloning van de medewerkers (en daarmee van de „omvang en inhoud van de diensten”) eenzijdig zou worden vastgesteld door een centraal orgaan. „Voor een goede uitvoering van de gezondheidszorg moeten de medewerkers hun stem kunnen laten horen over alle aspecten ervan, willen zij hun verantwoordelijkheid waar kunnen maken”.

Een nieuwe wet gezondheidsverzekering zou moeten voldoen aan een aantal uitgangspunten, zo meende de KNMG: de wederzijdse vrijheid in de relatie tussen arts en patiënt; de vrijheid van beroepsuitoefening; het recht van elke burger op gelijke toegang tot en bereikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen; verantwoordelijkheid van iedere arts voor de kwaliteit van zijn werk, niet aan te tasten door hiërarchische verbanden; zo efficiënt mogelijk gebruik maken van mankracht en middelen; adequate medezeggenschap en medebeslissingsbevoegdheid zonder welke geen verantwoordelijkheid kan worden gedragen.

Noodzakelijke stap

Naar aanleiding van het nieuwe wetsontwerp had VU-magazine een gesprek met prof. dr. H. J. van Aalderen, directeur van het huisartseninstituut aan de VU. Het ging vooral over de vraag, of de plannen wel of niet pasten in het soort gezondheidszorg dat prof. Van Aalderen voor ogen staat en dat hij destijds in zijn inaugurele rede schetste (zie VU-magazine maart '74: „Arts moet beter leren luisteren”). Nu beoordeelde hij het wetsontwerp als „een noodzakelijke stap in de goede richting die andere gewenste veranderingen in de gezondheidszorg mogelijk maakt”. Maar, zo zei prof. Van Aalderen er met nadruk bij, het is maar „één stap. Wanneer men het hierbij zou laten, wordt er slechts op zeer beperkte schaal iets gewonnen”.

Naast het feit dat het ontwerp perspectieven biedt voor een anders gestructureerde gezondheidszorg in de toekomst, zag prof. Van Aalderen twee voordelen die meteen in

werking treden, wanneer het wetsontwerp wet zou worden. Het onderscheid tussen particuliere patiënten en fondspatiënten zou allereerst verdwijnen. Allerlei ongewenste discriminatie zou daarmee uit de hulpverlening binnen de gezondheidszorg worden weggewerkt. „Wanneer ik „discriminatie” zeg, dan denk ik aan de fondspatiënt die in het verleden slechter af was dan de particuliere patiënt, maar voor wat betreft de laatste tijd, denk ik eerder aan discriminatie jegens de particuliere patiënt.”

Omdat hij meer moet betalen?

„Dat niet alleen. De particuliere patiënt is opgehangen aan een verzekeringsstelsel dat hem veel sneller naar een hoger échelon (letterlijk: sport van de ladder. Hier wordt bedoeld: de specialist, het ziekenhuis) stuurt. We weten de laatste tijd steeds beter, dat het geestelijk en lichamelijk geen ongevaarlijke zaak is, je bloot te stellen aan de medische wetenschap. Binnen het particuliere verzekeringswezen bestaat de tendens om verzekeringen af te sluiten, waarbij de huisarts wordt overgeslagen. De patiënt kan alléén maar hoger op. Soms gaat dat zelfs zo ver, dat de patiënt niet voldoende is verzekerd voor poliklinische hulp en dan wordt het zijn belang in het ziekenhuis te worden opgenomen. Al zal hij zich daar niet van bewust zijn, is naar mijn idee de particuliere patiënt er in dit opzicht een beetje ongelukkiger aan toe dan de fondspatiënt. Want vaak speelt nog de gedachte mee, dat hoe hoger en hoe intensiever onderzoek men van de medische wetenschap ontvangt, hoe beter het is. Dat is een gedachte die mede door de dokters is gepropageerd, maar waarachter zo langzamerhand grote vraagtekens worden geplaatst.”

„Een ander voordeel is dat er geen onderscheid meer zal zijn tussen ziekenfonds en AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Daarmee is een zekere uniformiteit aangebracht in de geldstromen die naar de instanties van gezondheidszorg toegaan. Dit kan een opstap betekenen naar een wat meer heldere structuur van de financieringsstromen. In de huidige situatie zitten we met de ellende, dat de ene soort gezondheidszorg wordt betaald via een overeenkomst, waarbij werkgevers en werknemers via de zieken-