

Beteugeling van kosten 2381

Maart 1983 deelden de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en het Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) per brief aan staatssecretaris van Volksgezondheid Van der Reijden mee dat zij een bijdrage wilden leveren aan de oplossing van de financieringsproblemen binnen de gezondheidszorg. Daartoe hebben beide organisaties een stichting Projectorganisatie VNZ/KLOZ in het leven geroepen, die zich bezighoudt met de kostenbeheersing, de problemen van vrijwillige ziekenfondsverzekering en bejaardenverzekering en noodzakelijk geachte veranderingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Thans, tien maanden later, ligt er een (concept-)rapport over de kostenbeheersing van de gezondheidszorg onder de titel: 'Betaalbaar perspectief; uitgangspunten voor een betaalbare gezondheidszorg in de toekomst' (zie ook blz. 188).

Uitgangspunt van het rapport is, dat maatregelen moeten worden genomen die de werkelijke kosten van de gezondheidszorg doen dalen. Dit heeft tot gevolg dat het rapport zich vooral bezighoudt met de aanbodkant van de gezondheidszorg. Dit betekent dat de stichting Projectorganisatie de betaalbaarheid van de gezondheidszorg mogelijk wil maken door structurele veranderingen. In het rapport worden derhalve geen voorstellen gedaan over de invoering van eigen bijdragen of eigen risico, omdat daarmee – zoals ook eerder in deze kolommen is betoogd – slechts een verschuiving van de lasten naar degene die hulp nodig heeft wordt bewerkstelligd. In deze keuze wordt zowel het nuchtere rekenmeesterschap van de financier als het vasthouden aan het collectieve karakter van het verzekeringsstelsel zichtbaar.

Om het systeem betaalbaar te maken worden voorstellen gedaan waarmee – eindelijk! – terugkoppelingsmechanismen worden ingevoerd. Tot dusverre wordt alleen het opvoeren van het aantal verrichtingen beloond, iets waarop bij herhaling in deze kolommen is gewezen. Met name geldt dit voor het verwijsmechanisme. Terecht wordt daarom veel aandacht besteed aan de spilfunctie van de huisarts in de eerste lijn en van het ziekenhuis in de tweede lijn. Sinds 1974 wordt in verschillende toonaarden gepleit voor een verschuiving van taken van de tweede- naar de eerstelijnsgezondheidszorg. In het voorliggende rapport worden, nog meer dan bijvoorbeeld

J. C. van Es

Financieringsstelsel
beïnvloedt taak van
huisarts en specialist

in het rapport-Van Mansvelt*, hiervoor de instrumenten ontworpen. De huisarts wordt een centrale plaats toegekend: de enige toegangspoort tot de tweede lijn van zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg; bovendien zal hij taken moeten overnemen die thans veelal door specialisten worden verricht.

De mechanismen waardoor deze accentverschuiving wordt bevorderd zijn voornamelijk financieel-structureel van aard. Deze liggen zowel in de eerste als in de tweede lijn. In het rapport wordt voorzien in een honoreringstelsel voor huisartsen met een basisinkomen en een variabel inkomen. Het basisinkomen, dat zowel per ziekenfonds- als per particuliere patiënt wordt betaald, dient ter bestrijding van de vaste lasten en het bieden van een minimum-inkomen. Het variabele deel hangt af van bepaalde daadwerkelijk verrichte handelingen. Hiermee kan de belangstelling voor bepaalde handelingen worden gestimuleerd; dit heeft vooral het beoogde effect als dit ook vormen van hulpverlening zijn die nu vooral in de tweede lijn plaatsvinden. Dit betekent een uitbreiding van het feitelijke takenpakket van de huisarts met bijvoorbeeld een uitgebreidere nazorg van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Belangwekkend is dat in dit kader ook wordt voorgesteld de nu bij het kruiswerk ondergebrachte zorg voor baby en peuter tot taak van de huisarts te verklaren. De wijkverpleegkundige zal zich in dit concept dan ook weer veel meer moeten bezighouden met curatieve taken: een logische consequentie van het bevorderen van de thuiszorg.

De spilfunctie die de huisarts in de eerste lijn bezit wordt in de tweede lijn door het ziekenhuis vervuld. Het ziekenhuis, met alles wat daarbinnen gebeurt, wordt als een eenduidige organisatie beschouwd. Deze organisatie ontvangt een budget voor

de financiering van alle te vervullen taken. De honorering van specialisten valt dan volgens deze conceptie ook onder het ziekenhuisbudget. Nadrukkelijk wordt daarbij aangetekend dat dit 'ge-earmarked' geld is, dat dus niet voor andere doelen mag worden gebruikt. Dit stelsel houdt geen opgelegd dienstverband voor specialisten in. Wel is duidelijk dat uitbreiding van het aantal specialisten een aanslag kan betekenen op het gemiddelde inkomen van specialisten. De hoogte van hun honorarium wordt dus per ziekenhuis vastgesteld. Naast de budgetfinanciering wordt ook een 3%-beddennorm voorgesteld als instrument ter beheersing van de kosten. Een aantal opmerkingen in het rapport verdient aandacht: de goodwill-problematiek moet op aanvaardbare wijze worden opgelost; de hoogte van het later te genieten pensioen in relatie tot de premie dient nader te worden onderzocht; de academische ziekenhuizen – in de toekomst zes in getal volgens het rapport – zullen exclusief de rol van klinisch researchziekenhuis (!) dienen te vervullen. Al met al biedt het rapport dat door de stichting Projectorganisatie VNZ/KLOZ is opgesteld een voorstel tot beteugeling van de kosten zoals uit die hoek is te verwachten: met behulp van financiële teugels. In concreto hoopt men 1.675 à 2.075 miljoen gulden in de tweede lijn te besparen, terwijl de eerste lijn 350 miljoen gulden meer zal gaan kosten.

Het rapport pretendeert geen originaliteit, wel een samenhang van maatregelen. In dit laatste schuilt ook zijn kracht: de wisselwerking van de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg wordt goed onderkend en als leidraad voor de voorstellen gebruikt. In dit, en ook in andere opzichten verschilt het in sterke mate van de rapporten die tot dusverre door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur op het gebied van de gezondheidszorg zijn geproduceerd. ■

* Structuur honorering medische specialisten; commissie-Van Mansvelt brengt eindrapport uit. Medisch Contact 1982; 37: 1169-72.