

De dokter en de overheid

Er was een tijd waarin de bemoeienis van de overheid met de dokters zich beperkte tot het garanderen van en het toezicht houden op de kwaliteit van de door artsen (en paramedici) geleverde diensten. Er bestond een soort beschermheerschap: de in 1865 onder Thorbecke ingevoerde wetten garandeerden artsen dat zij het alleenrecht op medische behandeling kregen. Sindsdien is er heel wat veranderd en met name in de laatste decennia is de bemoeienis van de overheid met medici en hun werk enorm toegenomen. De overheid heeft daarvoor een aantal instrumenten ontworpen, waaronder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Op komst is voorts de Wet op de individuele beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (BIG), waarin het alleenrecht van artsen op een andere manier dan onder Thorbecke zal worden geregeld.

Waarom heeft de overheid de behoefte zich zo intensief met de gezondheidszorg en haar beoefenaren bezig te houden? Allereerst, uiteraard, op grond van artikel 22 lid 1 van de Grondwet: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'. Dat heeft de overheid ook gedaan: rechtstreeks door bijvoorbeeld het in het leven roepen van gemeentelijke geneeskundige diensten en gemeentelijke ziekenhuizen, maar vooral indirect door een 'laissez faire en laissez aller'-beleid van oud-liberale oorsprong, dat werd ingevuld door corporatieve organisatievormen stammend uit het verleden van de CDA-bloedgroepen.

Waarom gaan echter nu, anno 1986, de bemoeienissen van de overheid steeds verder? Dat heeft voornamelijk te maken met de behoefte aan kostenbeheersing. De gezondheidszorg is in een merkwaardige positie verzeild geraakt: de dokter, en alles wat hij doet is in feite via het systeem van de ziektekostenverzekering onderdeel van het loonpakket geworden. De dokter kan zichzelf nog wel als een vrije beroepsbeoefenaar beschouwen en zich als zodanig afficheren, in feite is zijn financiële positie afhankelijk geworden van de plaats die hij op het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM) inneemt. Dit financiële overzicht wordt in

J. C. van Es

**De dokter
als begrotingspost:
exit vrij beroep**

toenemende mate als een soort nevenbegroting gehanteerd, hoewel er zeer ongelijksoortige financieringsbronnen in zijn ondergebracht.

Als de overheid besluit te bezuinigen en de gezondheidszorg daaraan moet deelnemen, dan is ook het honorarium van artsen een begrotingspost geworden die onderwerp van bezuiniging kan worden. Als men onder een vrij beroep verstaat wat Van Dale daarvan zegt: 'een beroep waarin men zijn eigen baas is', en als men onder dat 'eigen baas' zijn ook verstaat een 'samen eigen baas zijn binnen een beroepsorganisatie', dan blijkt dat de vrijheid van het beroep is aangetast. De artsen zijn mede bezuinigingsobjecten geworden, waardoor ten aanzien van hen een impliciet inkomensbeleid wordt gevoerd. In dit opzicht is de vrije beroepsbeoefening van de arts gaan verschillen van bijvoorbeeld die van de advocaat of de accountant: zij zijn geen post op enigerlei nevenbegroting.

Voor de diverse artsencategorieën heeft een en ander uiteenlopende consequenties. Het meest de aandacht trekkend en het meest dramatisch is het conflict tussen de LSV en de overheid, waarin een tariefmaatregel als bezuinigingsmaatregel verwordt tot een inkomenspolitieke maatregel voor de specialisten, waartegen zij zich op begrijpelijke gronden verzetten. Het vreemde, het bizarre, van dit conflict is dat men er zich van overheidszijde zo in vastbijt, terwijl de opbrengst procentueel gezien slechts relatief klein kan zijn – dit terwijl veel belangrijkere kostenproducerende factoren, die onder andere in de wijze van werken van huisartsen en specialisten liggen, ongemoeid blijven. Intussen vallen er slachtoffers: ook de beoogde instroom van jonge specialisten wordt ten zeerste belemmerd door de dreiging die de specialisten nog

steeds boven het hoofd hangt en die in potentie altijd aanwezig blijft, zoals Stokvis en De Jong onlangs duidelijk hebben gemaakt*. Aan de instroom van jonge specialisten zal door de zittende specialisten slechts van harte worden meegewerkt als die in een concrete situatie geen al te ongunstige inkomenseffecten heeft. De structuur van de honorering maakt, in combinatie met de in potentie wel aanwezige instroombehoefte, de verhouding van de specialisten met de bezuinigende overheid zo moeilijk.

Bij de huisartsen verschilt de situatie in structureel opzicht van die van de specialisten. Uit beschrijvingen van P. P. Groenewegen en L. Hingstman in dit nummer van Medisch Contact (blz. 469) blijkt dat de gemiddelde praktijkgrootte niet ver af ligt van de normpraktijk. Gegeven de spreiding van de praktijken is het aantal nieuwe vestigingsmogelijkheden zeer gering te noemen. Aangezien huisartsen voor het grootste deel van hun praktijk een honorering per ingeschreven patiënt ontvangen bestaat voor hen een relatief stabiele situatie, een evenwicht dat echter wordt aangetast door zaken als de opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering: huisartsen worden dan meer afhankelijk van een honorering per verrichting, hetgeen net als bij de specialisten destabiliserend op het inkomen kan werken. Wellicht wordt zo langzamerhand een betaling voor alle (ingeschreven) patiënten voor huisarts én specialist de meest aantrekkelijke vorm van honorering.

Rest nog de categorie artsen in dienstverband. Zij moeten hun strijd leveren over onder andere de functiewaardering, een meetlat voor de honorering, die objectief lijkt, maar die in werkelijkheid vooral door de maatschappelijke verhoudingen en door de situatie op de arbeidsmarkt wordt bepaald. Datzelfde geldt voor de omvang van de normpraktijk van huisartsen en voor de opbouw van het inkomen van specialisten. Het blijkt begroting te zijn als begrotingspost te moeten fungeren. □

* Stokvis H, Jong JJ de. Instroom jonge specialisten moet maximaal worden. NRC-Handelsblad 29 maart 1986, blz. 9.