

Op herhaling

*medisch contact
eigen bijdragen*

Nederland is niet gerechtigd ongelimiteerd veranderingen in het verstrekkingspakket aan te brengen. Ons land heeft twee verdragen bekrachtigd: het Verdrag nr. 102 (1952) van de Internationale arbeidsorganisatie, dat voor Nederland in 1963 in werking trad, en de Europese Code inzake Sociale Zekerheid met protocol (1964); code en protocol traden in 1968 in werking. Er bestaat bij de ondertekenaars van verdrag en code een communis opinio over de noodzaak dat een aantal (medische) voorzieningen van zodanig belang is dat deze voor iedere inwoner dienen te zijn gewaarborgd. Er mogen wel eigen bijdragen voor geneeskundige hulp worden geheven, mits deze geen al te grote belasting voor de betrokkenen gaan vormen. Ook moet een groot aantal voorzieningen in een verplicht pakket worden gehandhaafd. Deze internationale verplichtingen bepalen dus mede op welke wijze pakketverkleining kan plaatsvinden.

Er zijn drie mogelijkheden: versmallen, ondieper maken of schonen van het verstrekkingspakket. In het eerste geval worden bepaalde verstrekkingspakket uit het pakket gelicht; deze kunnen vervolgens desgewenst op vrijwillige basis worden verzekerd. Het pakket ondieper maken houdt in het integraal handhaven van het verstrekkingspakket, maar mét invoering van een eigen bijdrage of een eigen risico. Het 'schonen' houdt in het verwijderen van overbodige franje uit het pakket, van onderdelen die niet beslist noodzakelijk worden geacht. Een gradueel verschil met 'versmallen'!

Tot zover de beschouwing die wij, nu bijna drie jaar geleden, aan de mogelijke invoering van een eigen bijdrage voor ziekenfondspatiënten hebben gewijd¹. Aanleiding was toen een adviesaanvraag van de vorige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Van der Reijden (CDA) en van de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Nu ligt er bij de Ziekenfondsraad een analoog verzoek van de huidige staatssecretaris van WVC, de VVD'er Dees, die in het voetspoor van zijn voorganger schijnt te willen treden.

Drie jaar geleden werd aanvankelijk ook de eerstelijngeneeskunde niet ge-

J. C. van Es

Fixatie op bezuinigen tast kwaliteit gezondheidszorg aan

spaard, maar uiteindelijk werd ingezien dat een eigen bijdrage dáár de verwijzing naar de tweede lijn zou bevorderen en het vragen van medische hulp zou kunnen belemmeren. Toen werd een besparing van bijna 500 miljoen gulden verwacht door eigen bijdragen bij verwijzingen naar specialisten, bij fysiotherapeutische en psychotherapeutische behandelingen en bij ziekenhuisopnamen. Thans schijnt men ook de eerste lijn niet langer te willen ontzien.

Besparing? We kunnen herhalen wat we in 1983 hebben geschreven: thans is de zo vaak misbruikte term 'ombuigen' werkelijk op zijn plaats. Immers: de totale kosten van de gezondheidszorg worden door deze ingreep geen cent lager. De verdeling van die kosten verandert alleen: zij die veel medische hulp nodig hebben, herhaaldelijk in een ziekenhuis moeten worden opgenomen of vaak fysiotherapeutische behandeling nodig hebben, betalen in de toekomst meer dan zij die een goede gezondheid genieten. Er komt dus een *ongelijke lastenverdeling*: de gebruiker betaalt. Hiertegen bestaat geen bezwaar, zolang er een vrijheid van keuze bestaat. Maar bestaat die vrijheid als men een bril nodig heeft, als de blindedarm moet worden verwijderd of als men het advies ontvangt zich voor observatie te laten opnemen?

De invoering van een eigen bijdrage is reeds een oud discussiepunt. In 1963 bepleitte L. S. Godefroi in een uitgave van de Teldersstichting de invoering van een eigen risico op verschillende gronden²: a) de verzekerde moet een zichtbaar offer brengen voor de hulp die hij ontvangt; b) de solidariteitsgedachte moet slechts betrokken zijn op ernstige ziekterisico's; en c) een eigen bijdrage

vormt een rem op de vraag naar medische hulp. In de wens tot het invoeren van een eigen bijdrage spelen deze gedachten ongetwijfeld ook nu een rol. Echter: de mogelijkheid wordt geopend het risico van de eigen bijdrage te herverzekeren. In dat geval verdwijnt het destijds door de Teldersstichting beoogde effect geheel; dan wordt alleen de premie van de ziekenfondsverzekering wat verlaagd en komt er een premie voor de aanvullende verzekering bij. Alleen zij die geen aanvullende verzekering afsluiten kunnen bij ziekte voor honderden guldens de boot in gaan. Wie doen dat? Men kan verwachten: de minst draagkrachtigen, de armsten, die de premie moeilijk kunnen opbrengen, zij die hierop onvoldoende zicht hebben en de onverstandigen. De hele operatie komt erop neer dat de totale kosten niet omlaag gaan, maar dat slechts dat deel dat een collectieve last wordt genoemd 600 miljoen gulden lager wordt. Behalve als men herverzekering ook tot de collectieve lasten rekent: dan verandert er ook in dit opzicht niets. Trouwens, wat zijn collectieve lasten? Behoort een ziekenfondsverzekering daar wel toe, maar een particuliere verzekering niet?

Na drie jaar is het oude stokpaard van het eigen risico opnieuw van stal gehaald. Voegen we deze eerste stap van de bewindsman bij de vooral op kostenvermindering gerichte taakopdracht van de Commissie Structuur en Financiering (commissie-Dekker), die deze maand haar werk zal beginnen, dan biedt dat een zeer teleurstellend beeld: het beeld van een paard dat keer op keer achter de wagen wordt gespannen. De voortdurende fixatie op bezuinigen – en wat het des te erger maakt: een fixatie uit keuze – zonder zicht op structurele verbeteringen, moet op den duur de kwaliteit van de gezondheidszorg aantasten. □

1. Es JC van. Eigen bijdrage. Medisch Contact 1983; 38: 1383.

2. Godefroi LS. Het ziekenfondswezen in Nederland. Den Haag, 1963 (Geschriften van de Prof. Mr. B. M. Teldersstichting, nr. 10).