

D66  
1974  
6

STICHTING WETEN-  
SCHAPELJUK BUREAU

Amsterdam  
Langestraal 61



INTERIM NOTA  
GLOBALE STRUCTUURSCHEETS  
GEZONDHEIDSZORG

FEBRUARI 1974  
MV 6

Interim-nota : Globale Structuurschets Gezondheidszorg

INLEGVEL

D'66 had vanaf september 1968 met betrekking tot de gewenste volksverzekering tegen ziektekosten in het programma staan, dat hierbij een eigen risico ingevoerd diende te worden, rekening houdend met inkomen en gezinsgrootte. Ook het Beleidsplan voor de periode 1971-1975 bevatte een dergelijke passage.

Op voorstel van de werkgroep Volksgezondheid en Sociaal-Economische Zaken werd door het leden-congres van D'66 op 9 maart 1974 dit programmapunt (invoering van een eigen risico) voor het herziene programma geschrapt.

De werkgroep Volksgezondheid heeft t.a.v. het eigen risico de volgende uitgangspunten :

Het basispakket van de volksverzekering tegen ziektekosten moet voldoende voorzieningen bevatten die van hoge kwaliteit en voor iedereen bereikbaar zijn. Een eigen risico of een soort "no claim" of bonus zou onverantwoord zijn, speciaal voor de eerste lijns gezondheidszorg. Het zou een ernstige belemmering kunnen vormen om tijdig en volledig dit dienstenpakket te gebruiken, met alle risico's hieraan verbonden, vooral wanneer de consument zelf moet beslissen. Bovendien zou het een ernstige discriminatie betekenen t.o.v. al degenen, die een aangeboren slechte gezondheidsconditie hebben of die door een slecht leef- of werkklimaat een goede conditie niet kunnen verwerven of handhaven.

Voor bestrijding van misbruik of overconsumptie passen andere middelen zoals goede voorlichting en het aankweken van persoonlijke en collectieve verantwoordelijkheid. Wel zou overwogen kunnen worden of een eigen risico voor een zekere franje aan het basispakket verantwoord is, mits dit geen invloed heeft op de toewijding of de kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg.

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

SECRET

Approved for Release by NSA on 05-08-2014 pursuant to E.O. 13526

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

666  
1974  
6  
DOCUMENTATIECENTRUM  
NEDERLANDSE POLITIEKE  
PARTIJEN

INTERIM-NOTA

G L O B A L E S T R U C T U U R S C H E T S  
G E Z O N D H E I D S Z O R G

van de Subgroep Structuur  
Gezondheidszorg uit de Open  
Werkgroep Volksgezondheid van  
de Stichting Wetenschappelijk  
Bureau D'66

Februari 1974

MV 6

STICHTING WETENSCHAPPELIJK BUREAU D'66

Globale structuurschets Gezondheidszorg.

Interim nota van de subgroep Structuur Gezondheidszorg uit de Open Werkgroep Volksgezondheid, waarin opgenomen het rapport: "Ziektekostenverzekering" van de gelijknamige werkgroep.

INHOUD

- Paragraaf 1. Voorwoord.
- " 2. Speurwerk in de gezondheidszorg.
- " 3. Onderwijs en opleiding.
- " 4. Maatschappelijke gezondheidszorg.
- " 5. De 1ste lijns gezondheidszorg.
- " 6. De tandheelkundige zorg.
- " 7. De intra-murale gezondheidszorg.
- " 8. Geneesmiddelenvoorziening.
- " 9. De psychiatrische hulpverlening.
- " 10. Ziektekostenverzekering.

Paragraaf 1: Voorwoord

Deze "Globale Structuurschets van de Gezondheidszorg" is opgesteld door de Werkgroep Structuur Gezondheidszorg welke een subgroep is uit de Open Werkgroep Volksgezondheid van de Stichting Wetenschappelijk Bureau D'66.

De structuurschets pretendeert niet te zijn een volledige atlas van de gewenste toekomstige structuur, maar meer een ideeënschets, die tracht nieuwe gedachtenkaders aan te geven. Dit betekent dat de onderwerpen in dit stuk zeker niet uitputtend behandeld zijn. Elke paragraaf zou een werkgroep geruime tijd kunnen bezig houden en waarschijnlijk zal het in de toekomst noodzakelijk zijn, dat bepaalde onderwerpen verder worden uitgediept. Hopelijk is deze interim-nota mede aanleiding om de discussie over de gezondheidszorg, die lang het stiefkind is geweest van vele politieke partijen, op gang te brengen, zowel binnen als buiten D'66.

In de structuurschets is als par.10 een aangepaste versie van het rapport "Ziektekostenverzekering" opgenomen, dat de gelijknamige werkgroep onder voorzitterschap van de heer K.H.Klaver indertijd heeft uitgebracht.

Deze interim-nota kwam tot stand dank zij de gewaardeerde belangeloze en deskundige medewerking van zowel buitenstaanders als leden van D'66, waaronder met name: Mevr.A.H.M.van den Bergh-Braam (àtp); R.Coppes (lid D'66); Mevr.J.Deys-Thijssenaar (àtp); prof.dr.F.Doeleman (lid D'66); dr.F.Engel (àtp); drs.J.W.Gruijters (lid D'66); mevr.drs.J.H.Kam (lid D'66); mevr.A.W.Klinkert-Blokhuis (lid D'66); G.J.Sollewijn Gelpke (àtp); mevr.G.Takken (lid D'66); dr.W.Vasbinder (àtp); alsmede voor par.10: K.H.Klaver (lid D'66).

Amsterdam, februari 1974

Drs.E.Nypels

Directeur Stichting  
Wetenschappelijk Bureau  
D'66

Paragraaf 2: Speurwerk in de Gezondheidszorg

Door vele universitaire en niet-universitaire instellingen wordt in Nederland research verricht met betrekking tot gezondheid, ziekte en gezondheidszorg. In het algemeen kan daarvan gezegd worden dat nog steeds het zuiver medisch onderzoek meer aandacht krijgt dan onderzoek naar organisatie- en management-problemen in de gezondheidszorg, hoewel aan dit laatste steeds dringender behoefte bestaat.

Voor een aantal sectoren van de gezondheidszorg bestaan min of meer specifieke instituten: voor de sector milieuhygiëne: het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid RIV) in Bilthoven en het Instituut voor Milieuhygiëne en Gezondheidstechniek TNO (IG-TNO) te Delft; voor de huisartsgeneeskunde: het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) te Utrecht; voor de intramurale sector het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) te Utrecht. Voor de sector van de maatschappelijke gezondheidszorg (G.G.D.'en, kruisverenigingen, jeugdgezondheidszorg etc.) ontbreekt een specifiek research instituut; het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde TNO (NIPG-TNO) te Leiden is vrijwel het enige onderzoekinstituut dat zich tot op zekere hoogte op dit terrein beweegt.

Tegen de achtergrond van de allerwege noodzakelijk geachte regionalisatie van de gezondheidszorg, gepaard gaande met betere onderlinge afstemming van extra- en intra-murale voorzieningen, dient er met spoed een onderzoekinstituut te komen dat zich bezig houdt met vraagstukken op het gebied van organisatie, planning, evaluatie, personeelsvoorziening, management e.d. voor de gezondheidszorg als totaliteit en dat met de begeleiding van herstructureringsprojecten belast zou kunnen worden.

Een tweede leemte waar dringend in voorzien moet worden is een nationaal instituut dat belast wordt met het verzamelen, opslaan, en bewerken van alle mogelijke gegevens over de gezondheidstoestand van de Nederlanders en over de gezondheidszorg die verstrekt wordt.

De uitkomsten van deze statistische onderzoeken dienen openbaar te zijn. Thans worden wel tal van gegevens verzameld door het Centraal Bureau voor de Statistiek, de afdeling epidemiologie en informatie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Geneeskundige Hoofdinspectie, het Nationaal Ziekenhuis Instituut, de Stichting Medische Registratie, de Ziekenfondsorganisaties etc., maar deze data zijn niet op elkaar betrokken, slechts zeer ten dele openbaar en vaak voor het beleid weinig relevant. Nader onderzoek dient uit te maken of één der bestaande instellingen (het C.B.S. bv.) met de bovengenoemde taak belast dient te worden, dan wel het eerder genoemde research-instituut.

In de derde plaats dient het onderzoekbeleid in al zijn onderdelen gecentraliseerd en versterkt te worden. Er zijn momenteel twee raden die zich hiermee bezig houden, t.w. de Raad voor Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek, ingesteld door de Koninklijke Akademie van Wetenschappen, en de Raad voor de Gezondheidsresearch TNO. Deze twee adviesraden beschikken reeds over een gemeenschappelijk bureau. Het is echter gewenst dat beide raden geheel geïntegreerd worden tot één zware adviesraad met een goed bemand apparaat, dat in staat is in samenwerking met de betrokken hoogleraren en onderzoeksinstituten gefundeerde adviezen voor het wetenschapsbeleid op te stellen. Tegelijkertijd zal contact gelegd moeten worden met de daarvoor in aanmerking komende buitenlandse instituten om te komen tot een supra-nationale benadering van het onderzoeksbeleid.



### Paragraaf 3: Onderwijs en Opleiding

Zoals ook de gezondheidszorg een geïntegreerde aanpak vereist, zal ook de problematiek van de recrutering en opleiding van alle werkers in de gezondheidszorg als één complex onderzocht en gehanteerd dienen te worden.

Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dat uitvoering gaat geven aan de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en straks aan de Wet Gezondheidsvoorzieningen, zal ook de opleiding van artsen moeten gaan controleren. Het ministerie zal studies moeten maken van de toekomstige behoeften aan artsen (aantal en soort). De behoeftenberekeningen zullen niet incidenteel, maar periodiek gedaan moeten worden. Ook berekeningen van de toekomstige behoefte aan alle werkers in de gezondheidszorg zijn dringend noodzakelijk. Voor bepaalde beroepen (o.a. maatschappelijk werk) zal dit moeten gebeuren in samenwerking met het Ministerie van C.R.M.

Bij de opleiding van de medici zullen de niet-academische ziekenhuizen een belangrijke rol kunnen vervullen. Om meerdere redenen is een stelsel, waarbij de "perifere" ziekenhuizen een duidelijke taak hebben bij de opleiding, verkieslijk:

- Het praktische deel van de opleiding kan in vele gevallen beter gegeven worden.
- De relaties van de specialisten en de perifere ziekenhuizen met de huisartsen zijn doorgaans hechter dan in de academische ziekenhuizen. Dit kan bevruuchtend werken op de arts in opleiding, die zich makkelijker een beeld kan vormen van de medische problematiek van alle dag, en ervaring op kan doen met de samenwerking tussen specialist en huisarts.
- De artsen die in de perifere ziekenhuizen zijn belast met de opleiding zullen een prikkel krijgen om hun medische kennis te vernieuwen en "up to date" te houden, hetgeen uiteraard de kwaliteit van het medisch werk ten goede komt.
- Tenslotte kan van het méér betrekken van de perifere ziekenhuizen bij de opleiding tot gevolg hebben, dat bepaalde centrale universitaire voorzieningen niet getroffen behoeven te worden - en voorts - dat ook in de

periferie, geen aparte onderwijsvoorzieningen tot stand hoeven te komen doordat de normale voorzieningen, die voor de bevolking zijn getroffen zonder veel aanpassing voor opleidingsdoeleinden kunnen worden benut. Hierover zal echter de nodige studie moeten worden verricht.

De opleiding van Verpleegkundigen is tot op heden een aan- gelegenheid van de ziekenhuizen zelf. De Inspectie Volksge- zondheid ziet er op toe, dat deze opleiding aan de eisen voldeet, en tracht door studietoetsen de uniformiteit van de opleiding en de objectiviteit bij het examineren te bevorderen. Toch blijven vragen bestaan over de kwaliteit van de huidige opleidingen. De opleidingen moeten verder worden losgemaakt van de ziekenhuizen, en in scholen worden ondergebracht. In deze scholen zal moeten worden opgeleid voor het diploma a en b, het "z-diploma" het diploma zieken- verzorgende, en ook voor "diploma Wijkverpleegkundige".

Voorts is het ten zeerste gewenst om in deze scholen de opleiding van sub-disciplines onder te brengen, zoals van apothekers-assistenten, medische analisten, praktijk- assistenten en O.K.assistenten. Deze bundeling maakt een "professioneler" aanpak mogelijk doordat nu beter leer- krachten kunnen worden geselecteerd en effectiever kunnen worden ingezet. Het lijkt wenselijk om de Opleiding van Verpleegkundigen e.a. onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen te brengen.

Nauwe samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid is geboden op het vlak van de inhoudelijkheid van de oplei- dingen en de behoefte-ramingen voor in de toekomst benodigd verplegend personeel. De Werkkracht-eis voor de leerling- verpleegkundige moet worden uitgeschakeld. De nodige prac- tische ervaring moet worden opgedaan door middel van stages in de ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere insti- tuten.

H.B.O.V.-opleidingen op universitair niveau. Voordelen:

- betere gesprekspartners met andere werkers van de gezond- heidszorg; mogelijkheid tot beter team-work;
- degelijke scholing op het vlak van mens- en maatschappij- wetenschappen, wat de patient ten goede komt;
- betere carrièremogelijkheden voor de verpleegkundigen, zodat het werk interessant blijft, óók voor de intel- ligenten;
- training in onderzoekmethoden, zodat men eindelijk eens

met een verpleegkundige research kan starten. Zeer veel waardevolle ervaringen liggen verspreid en ongebondeld in de verplegingswereld. Deze bronnen moeten systematisch worden benut.

Naast de beroepsopleiding in scholen is het wenselijk dat de inservice-training blijft bestaan. Sommigen geven de voorkeur aan het al doende leren. Ook zullen de ziekenhuizen met deze regeling gediend zijn. De opleiding tot wijkverpleegkundige zal, gezien de toekomstige behoefte aan Wijkverpleegkundigen en de veranderende functie-eisen, op korte termijn herzien moeten worden. Het lijkt overbodig, dat de toekomstige Wijkverpleegkundige de hele a-opleiding volgt. Beter ware het, dat zij in de hierboven bedoelde school samen met andere verpleegkundigen een bepaald basispakket krijgen toegemeten, waarna bv. na twee jaar de specifieke Wijkopleiding een aanvang kan nemen, waarin aan g.v.o., preventie, gesprekstechnieken ruime aandacht wordt besteed.

Naast de specifieke vakopleidingen in de gezondheidszorg, vraagt de opleiding voor bepaalde leidinggevende functies om een meer professionele aanpak. Als eerste aanzet hiertoe dient een experimentele "School of Public Health". In deze school zouden opleidingen en bijscholingen gegeven moeten worden voor bepaalde functies van artsen, verpleegkundigen, tandartsen, managers, economen, maatschappelijk werkenden e.a.

Paragraaf 4: Maatschappelijke gezondheidszorg e.a.

## voorlopige versie

Op het terrein van de maatschappelijke en ook de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn talrijke organisaties werkzaam. Op verschillende punten overlappen de werkzaamheden elkaar zodanig, dat integratie van bepaalde diensten wenselijk en zelfs noodzakelijk is.

Integratie van de vele diensten lijkt eveneens wenselijk om zodoende tot een bundeling van bestuurskracht te komen en de mogelijkheid te openen ook de dagelijkse leiding op meer professioneel niveau te brengen.

Wij denken hierbij aan het instellen van districtsgezondheidsdiensten. Aan deze regionale diensten voor gezondheidszorg zouden de taken van o.m. de provinciale kruisverenigingen, de G.G.D.'s, de schoolgeneeskundige diensten, de bureaus voor geestelijke gezondheidszorg, de specifieke verenigingen voor t.b.c.-bestrijding en de jeugdtandverzorging kunnen worden overgedragen.

Wanneer de maatschappelijke en ambulante geestelijke gezondheidszorg geregionaliseerd zal worden, dan is het organisatorisch ook mogelijk om duidelijke verbindingen te leggen met de curatieve voorzieningen in de 1ste en de 2de lijn.

Met name de werkers in de 1ste lijn (o.a. huisartsen, wijkverplegenden, maatschappelijk werkenden) zullen op ruime schaal gebruik moeten kunnen maken van de consultatiemogelijkheden die door deze districtsgezondheidsdiensten geboden worden.

Voorts is het gewenst, dat wanneer de Wijkgezondheidscentra gestalte krijgen, hierin ook de diverse diensten die gebundeld zijn in de districtsgezondheidsdiensten, hun "pied à terre" zullen hebben.

Elke districtsgezondheidsdienst moet beschikken over een manager, die belast is met de beleidsvoorbereiding voor het bestuur, met de bewaking van de doelstellingen (w.o. de gerichtheid op de behoeften van de consument), met de planning en de evaluatie, met de externe relaties en die

verantwoordelijk is voor het personeelsbeleid, het financieel beheer, het materiëel beheer en de informatieverzameling en -bewerking.

Ten aanzien van een drietal onderwerpen zij, in het kort, het volgende opgemerkt:

De consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters zouden samen met de schoolgeneeskundige diensten geïntegreerd moeten worden in een dienst voor de jeugdgezondheidszorg. Deze dienst zal zodanig geëquipeerd moeten worden, dat naast de somatische verschijnselen ook aandacht gegeven kan worden aan de psychische en sociale gezondheidsaspecten van het kind. De diensten voor jeugdgezondheidszorg zullen een onderdeel vormen van de districtsgezondheidsdiensten.

Ook de sociaal-psychiatrische diensten, de Medisch Opvoedkundige Bureaus, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden zullen door integratie in de districtsgezondheidsdiensten, hun activiteiten beter op elkaar af kunnen stemmen.

Wat betreft de G.G.D.'s, zijn wij van mening dat deze zich dienen te beperken tot beleidsvoorbereiding voor Burgemeester en Wethouders en de zorg voor de gemeenteambtenaren. Alle andere werkzaamheden, met name de werkzaamheden die zich richten op de bevolking als geheel, zouden moeten worden overgedragen aan de districtsgezondheidsdiensten.

Om een duidelijk beeld te kunnen vormen van de taak en de plaats van de districtsgezondheidsdiensten wordt voorgesteld om de reeds verrichte studies hierover te evalueren en een "pilot area" aan te wijzen waarin geëxperimenteerd kan worden met een dergelijke dienst.

Paragraaf 5: De 1e lijns gezondheidszorg

De huidige situatie in de 1e lijn van de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een weinig samenhangend patroon van hulpverleners en hulpverlenende instanties. De maatschappij stelt andere en ook hogere eisen aan de 1e lijn. Prof. Dijkhuis<sup>1</sup> stelt, - sprekend over de "huisarts nieuwe stijl" - dat.

"de talrijke problemen die de huisarts ontmoet, hem "noodzaken zich nieuwe vaardigheden eigen te maken zoals "het opstellen van medische werkhypothesen, het evalueren "van resultaten, medische "problem solving" en medische "begeleidingstechnieken. Verder zou hij zich moeten bekwamen "op het terrein van psychologie en de sociologie, de sociale "geneeskunde van het gezin en de epidemiologie van de " "community"; terwijl daarnaast onderwerpen als sexuo- "logie, pedagogie, gerontologie en antropologie, de "aandacht vragen."

De wijkverpleegkundigen zijn zelf eveneens van mening dat de maatschappij hogere eisen aan hen stelt. De wijkverplegende is degene die, doordat zij in veel gezinnen komt, bepaalde ziekten of moeilijkheden kan onderkennen, waarvoor men in het geheel niet of mogelijk te laat hulp zou hebben ingeroepen. Zij is dus in staat in een vroegtijdig stadium de feiten te signaleren en daarbij dan de juiste persoon of instantie in te schakelen. Ook de voorlichting en de preventie zijn terreinen, waarop wijkverplegenden veel werk kunnen en ook moeten verrichten. Momenteel geven de wijkverplegenden voorlichting over een gezondere manier van leven, zodat bv. TBC, hart- en vaatziekten, kanker, reuma, geslachtsziekten door de betrokkenen zelf gesignaleerd, en wellicht voorkomen kunnen worden. De wijkverplegenden zien zelf nog grote hiaten in de voorlichting op het gebied van het druggebruik en de woon- en opvoedingsproblemen. Een ander belangrijk werkterrein is de nazorg

---

<sup>1</sup> Dijkhuis, Prof.H.J.P.M.: Algemene artsen, huisartsen nieuwe stijl en huisartsen-specialisten.

ten behoeve van patiënten, ontslagen uit ziekenhuizen, verpleegtehuizen e.d. Nazorg houdt o.m. in verpleging van de thuisliggende patiënt, begeleiden bij het navolgen van de door de arts voorgeschreven leefregel, toezien op de naleving van het diëet, hulp bij het verrichten van voorgeschreven revalidatie-oefeningen, het voorzien in de nodige verplegingsartikelen enz.

De maatschappelijk werkenden zouden volgens Aakster' primair hun taak moeten vinden in de crisis-interventie. Momenteel wordt de maatschappelijk werkende nog vaak beschouwd als degene, die de weg weet bij financiële moeilijkheden (bijstand) en huisvestingsproblemen. De veranderde eisen die de maatschappij stelt roepen gevoelens van onbehagen en insufficiëntie op bij vele werkers in de 1e lijn. Vandaar ook dat vele pogingen worden ondernomen om door middel van groepspraktijken en allerlei soorten samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, wijkverplegenden en maatschappelijk werkenden, zich beter te equiperen. Jammer genoeg zijn er al veel spontaan opgerichte samenwerkingsverbanden mislukt, of komen bepaalde initiatieven niet verder omdat financiële en structurele problemen een belemmering vormen. Immers, huisartsen, wijkverplegenden en maatschappelijk werkenden worden zeer verschillend gehonoreerd en zijn zeer verschillend "georganiseerd". Het is duidelijk, dat de persoonlijke motivatie van de onderscheiden 1e lijns werkers ook een grote rol speelt bij het welslagen van een samenwerkingsverband. In de opleiding zal de daarvoor vereiste aandacht gevraagd moeten worden.

Veel is reeds gedacht en geschreven over gezondheidscentra. Duidelijk komt tot uiting dat de relaties tussen de genoemde 1e lijnwerkers verbeterd kunnen en moeten worden, en dat evenzeer de relaties tussen 1ste lijn en 2e lijn (de ziekenhuizen) aan verbetering toe zijn. In concreto komt het hierop neer, dat verwacht wordt, dat wanneer de 1ste lijnwerkers een goed geformuleerd samenwerkingsverband hebben, ondersteund door de vroedvrouw, de apotheker,

eventueel de fysiotherapeut en de arts, en de instanties welke genoemd zijn bij de districtsgezondheidsdiensten (par.4) , de 1ste lijn kan gaan functioneren als een (nog betere) "zeef" voor de 2e lijn. Voorts zullen beter geformuleerde relaties tussen 1ste en 2e lijn het mogelijk maken, dat een snelle en adaequate gegevens-uitwisseling over patiënten tot stand gebracht wordt en dat zo ook de continuïteit in de zorg voor de patient beter is gewaarborgd.

Het is de overtuiging van de werkgroep, dat van overheids-  
- wegen meer steun gegeven zal moeten worden aan verder onderzoek ten aanzien van het functioneren van gezondheidscentra. De meest effectieve steun zou o.i. zijn dat er één of enkele "pilot areas" zouden worden gekozen waarin met bepaalde vormen van gezondheidscentra zou kunnen worden "proefgedraaid". De taak van de overheid zou dan met name zijn, de financiële belemmeringen op te heffen en toe te zien op een juiste evaluatie van de proefnemingen.



Paragraaf 6: De tandheelkundige zorg

De situatie met betrekking tot de tandheelkunde is thans zodanig dat op velerlei plaatsen onder verschillende omstandigheden wrijvingen ontstaan in en om de hulpverlening. In de afgelopen decennia is, om tal van redenen, aan deze sector van de gezondheidszorg en bescherming te weinig aandacht besteed. Zo die aandacht leidde tot maatregelen bleven zij beperkt tot incidentele noodmaatregelen. Een goede en duurzame oplossing van bestaande en aanstaande problemen kan nu nog alleen maar gevonden worden in maatregelen van meer fundamentele aard.

Het betreft hier een complex van ziekten waaraan 99% van de bevolking in ernstige mate lijdt. Deze ziekten zijn meestal ongeneeslijk en de hulp kan in het beste geval het proces tot staan brengen en de aangerichte schade gedeeltelijk herstellen. De omvang van dit gezondheidsprobleem is zo groot dat het absoluut onmogelijk is om het ook maar bij benadering en voor iedereen op adaequate wijze op te kunnen lossen, noch uit medisch-tandheelkundig oogpunt, noch binnen praktische en financiële mogelijkheden.

Deze situatie bestaat al tal van jaren, maar begint eerst nu zeer duidelijke moeilijkheden te veroorzaken, omdat enerzijds de gezondheidstoestand van de mond en het gebit nog steeds verslechtert naar zowel omvang als hoedanigheid en anderzijds door de toenemende vraag naar meer en betere hulp. Een snel groeiende groep van de bevolking is dan ook weinig content met de hulp die door tandartsen wordt verleend en in vele gevallen is het niet eenvoudig om ook dat minimum aan hulp te krijgen. Bij de tandartsen evenwel bestaat er een even grote ontevredenheid die zich op tal van wijzen kan uiten. Zij moeten een verzorging realiseren die niet voldoet aan thans redelijkerwijze te stellen eisen, die hen geen voldoening schenkt.

Alle voorwaarden voor een maatschappelijk conflict zijn hier dus aanwezig. Het enige lichtpunt is, dat de etiologie van de belangrijkste ziekten in dit gebied van het tandkaakstelsel bekend is. Daardoor komt de preventie binnen

het bereik, vooral als blijkt dat die preventie praktisch uitvoerbaar, veilig en efficiënt kan zijn.

Het pakket van voorwaarden, waaraan voldaan moet worden om tot een verbetering van de tandheelkundige gezondheidszorg en bescherming te komen, is dan ook duidelijk omschreven. Het vergt met hoge prioriteit een gering aantal maatregelen van de centrale en/of regionale overheden, waarmee een relatief gering beslag wordt gelegd op de schaarse overheidsmiddelen.

De gezondheidstoestand van de mond en het gebit heeft thans een zodanig laag niveau bereikt dat de noodzaak tot het verwezenlijken van een effectieve preventie zeer groot is. Immers, zonder dat zal een adequate, moderne en betaalbare verzorging voor de toekomst niet gewaarborgd kunnen worden. De verschillende, deze preventie ten dienste staande wegen zullen dan ook, in overeenstemming met de recente rapporteringen van de Gezondheidsraad, met kracht ter hand genomen moeten worden.

Toch zal rekening moeten worden gehouden met een stijgende vraag naar tandheelkundige hulp door het toenemen van zowel de behandelingsmogelijkheden als de gebitsbewustheid. De nodige mankracht om aan deze curatief-restauratieve vraag te voldoen is echter, op korte termijn niet voorhanden, zodat op zeer korte termijn de ernstige discrepantie tussen vraag en aanbod in dit deel van de gezondheidszorg niet oplosbaar is. Het is in dit verband zeer de vraag of het niveau van het verstrekkingenpakket van de Z.F.-verzekering, zeker bij aanzienlijke uitbreiding van het aantal verzekerden, nog onaangetast zal kunnen blijven. In deze situatie verdient het overweging om het verzorgingspakket voor de volwassenen te beperken ten gunste van een werkelijk goede verzorging van de jeugd. Bovendien moet ernstig worden overwogen om door middel van een actief vestigingsbeleid tot een betere spreiding van de beschikbare mankracht te komen. Als noodmaatregel kan zelfs beperking van de vrije vestiging voor tandartsen worden overwogen. Dit zal alleen dan aanvaardbaar kunnen

zijn, als tegelijkertijd voldoende voorwaarden worden geschapen voor het bereiken van een betere en beheersbare gezondheidstoestand.

Naast de aandacht voor de algemene en de individuele preventie blijft voor de langere termijn-planning de vergroting van het aanbod aan curatieve hulp veel aandacht vragen. De uitbouw van het onderwijs, en de opleidingen op dit gebied zullen dan ook niet mogen stagneren. Het onderzoek naar de mogelijkheden om een belangrijk deel van de dagelijkse werkzaamheden van de tandartsen te delegeren aan medewerkers met een aanzienlijk lager opleidingsniveau, in het bijzonder ten dienste van de georganiseerde verzorging van de jeugd, dient met de meeste voortvarendheid te worden onderzocht. Tevens zal studie gemaakt moeten worden van de effecten die het invoeren van dergelijke hulpkrachten zal hebben en de voorwaarden waaronder het zal kunnen geschieden. Een dergelijke studie zal bijvoorbeeld gemaakt kunnen worden door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Een totale reorganisatie van de thans geldende scholttandverzorging tot een volledig verzorgingssysteem voor de jeugd van 0 - 18 jaar zal daarbij een eerste noodzaak zijn.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat het geheel van de tandheelkundige verzorging zich thans nog zeer geïsoleerd afspeelt met alle gevolgen van dien. Omdat de verbindingen tussen de moderne tandheelkunde en andere delen van de gezondheidszorg veel groter zijn dan men op het eerste gezicht zou vermoeden, is het gewenst om de tandheelkundige verzorging in de toekomst meer te integreren in de gehele 1ste lijns gezondheidszorg, in het bijzonder waar het de ontwikkeling betreft van multi-disciplinaire samenwerkingsverbanden.

Paragraaf 7: De intra-murale gezondheidszorg

De bestuursstructuur van de ziekenhuizen en de andere intra-murale instituten is verouderd. Veldkamp ziet het ziekenhuis juridisch als een doelcorporatie met enerzijds elementen, die sterke overeenkomst vertonen met de ondernemingsvorm, anderzijds elementen die grote verwantschap hebben met overheidsbedrijven en functionele publiekrechtelijke lichamen. Hij pleit voor een nieuw type rechtsvorm, dat beide elementen recht doet wedervaren. Duidelijk is in ieder geval, dat de structuur op de helling moet. Het aantrekken van betaalde bestuursleden kan van nut zijn, maar meestal ligt het probleem bij de Directie, die onvoldoende in staat is zijn functie uit te oefenen. Inspraak in het beleid van de instellingen is onvoldoende gewaarborgd. De besturen opereren vrij autonoom, en misten tot voor kort elke stimulans om met besturen van andere instellingen tot functie-afspraken en samenwerking te komen.

Structueel gezien, is een bestuur, bestaande uit deels representanten van de bevolking en deels representanten van overheidslichamen (bv. prov. raad Volksgezondheid, plaatselijke Volksgezondheidsorganen, inspectie Volksgezondheid) te verkiezen. De representanten van de bevolking kunnen er op toezien, dat het instellingsbeleid "patiëntgericht" blijft en de representanten van de overheid geven de richtlijnen van de overheid door en zien toe op de naleving ervan.

De deskundigheid van het leidinggeven aan de instelling moet bij de directie liggen. Te veel wordt nog gedacht dat het arts-examen een waarborg is voor leiderschap. De instellingsorganisatie eist managers (d.w.z. leiderschapskwaliteiten) aan de top.

Denkend over een nieuwe bestuursstructuur, komen vier factoren naar voren, die in hoge mate de vorm van het bestuur zullen bepalen:

- 1) de noodzakelijkheid van relaties tussen ziekenhuizen onderling. Uit het oogpunt van doelmatigheid is het

niet juist dat elk ziekenhuis streeft naar een zo volledig mogelijk takenpakket. Dit zou een ongewenste versnippering van deskundigheid en mankracht met zich meebrengen, waardoor behandelingsmogelijkheden worden beperkt o.a. door de onmogelijkheid om ervaring op te doen. Eveneens moet men de economische aspecten hierbij incalculeren.

- 2) De noodzakelijkheid van relaties tussen 1ste lijns gezondheidszorg enerzijds en ziekenhuizen anderzijds. Op de eerste plaats zal er een behoorlijke gegevens-uitwisseling met betrekking tot patiënten moeten kunnen plaatsvinden. De diagnostische gegevens uit de eerste lijn zullen voor de ziekenhuisspecialisten onmiddellijk toegankelijk moeten zijn om dubblures in onderzoek te vermijden. Huisartsen en specialisten zullen voortdurend contact met elkaar moeten hebben over het ziekteverloop van de patiënt. De specialist zal als consultatiegever t.a.v. de huisarts moeten optreden, d.w.z. de huisarts zal een ruime mogelijkheid moeten krijgen om aan specialisten richtlijnen te vragen voor verdere behandeling van zijn patiënten. Voorts is frequent contact tussen specialist en huisarts gewenst met betrekking tot terugverwijzing van patiënten van het ziekenhuis naar de 1ste lijn. De verwachting is gerechtvaardigd dat de huisarts in een groter aantal gevallen de nazorg van patiënten kan overnemen, mits hij voldoende door de specialist is geïnstrueerd en gedocumenteerd. Voorts lijkt het niet onmogelijk, wanneer door de 1ste lijn een goede thuisverpleging kan worden geboden, dat in een aantal gevallen eerder ontslag uit het ziekenhuis mogelijk is, of zelfs met poliklinische behandeling kan worden volstaan.

- 3) De noodzakelijkheid van relaties tussen ziekenhuizen enerzijds en verpleeghuizen anderzijds. Onder verpleeghuis wordt hier verstaan zowel het somatisch verpleeghuis, als het tehuis voor psychisch gestoorde bejaarden. Het ziekenhuis is primair de plaats waar medisch-specialistische zorg (doorgaans continu) wordt geboden.

Bij de verpleeghuizen ligt het accent op verpleging en continue algemeen-medische zorg. Het verpleeghuis moet de mogelijkheid hebben om specialisten van het ziekenhuis in consult te roepen en om op te nemen patiënten te doen observeren in het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet de mogelijkheid hebben om patiënten met een verpleeghuisindicatie naar het verpleeghuis over te plaatsen.

- 4) Een vierde factor, die een belangrijke invloed zal uitoefenen op de vorm van de bestuurlijke organisatie, is het continu verloopend veranderingsproces. Dacht men vroeger dat verandering een eenmalige of periodieke evenwichtsverstoring teweeg bracht, waarna steeds weer een evenwichtsherstel zichtbaar werd, nu vindt de gedachte veld, dat er een continuproces van verandering plaats vindt, dat sneller of langzamer kan verlopen. De bestuursstructuur die wij kiezen zal zodanig moeten zijn, dat niet de verandering wordt geblokkeerd (alsof dat mogelijk zou zijn), maar dat het veranderingsproces binnen nader te bepalen grenzen zich kan voltrekken.

De bestuurlijke organisatie zal zich dus, - gezien bovengenoemde factoren - moeten uitstrekken over meerdere ziekenhuizen, de 1ste lijns organisatie en overige intra-murale instituten en zal zo flexibel moeten zijn, dat verandering kan worden opgevangen en zo slagvaardig dat richting kan worden gegeven aan verandering.

De grootte van het verzorgingsgebied, dat door een dergelijke bestuurlijke organisatie wordt bestreken kan niet theoretisch worden bepaald. Pogingen om regiones af te bakenen zijn in het recente verleden wel ondernomen. De meesten komen dan terecht op regiones van ongeveer 500.000 inwoners. Sommigen redenerend vanuit de samenstelling van het medische dienstpakket (de regio moet een zodanige omvang hebben, dat het dienstpakket zo volledig mogelijk is). Anderen redeneren vanuit de bereikbaarheid van de voorzieningen voor de bevolking. Onzes inziens kleven aan de tot nu toe ondernomen pogingen enkele bezwaren. In de eerste plaats wordt de planning in de gezondheidszorg

nog te veel gescheiden van de ruimtelijke, de economische en de sociaal-culturele planning. In de tweede plaats is er een weinig gemotiveerd streven om alle regiones even groot te maken.

Naar onze mening zal de gezondheidszorg onderdeel moeten uitmaken van de verzorgingsstructuur, die voor een bepaald gebied wordt geplanned, op grond van o.a. historische en/of natuurlijke factoren, of op grond van doelstellingen, die voor een bepaald gebied worden geformuleerd in het kader van het ruimtelijke beleid. De verzorgingsstructuur bevat elementen als onderwijs, cultuur, recreatie, sport, werkgelegenheid, verkeer en uiteraard ook de gezondheidszorg. Met deze elementen kunnen gebieden worden afgebakend, waarvoor een bepaalde verzorgingsstructuur zal gelden. Het zal duidelijk zijn, dat de op deze wijze afgebakende gebieden niet even groot hoeven te zijn en ook niet evenveel inwoners hoeven te omvatten. Bovendien bestaat ruime mogelijkheid om door differentiatie tegemoet te komen aan de specifieke eisen, die de betrokken bevolkingsgroep stelt. Op landelijk niveau zullen de regionale plannen zodanig gecoördineerd moeten worden dat geen hiaten of doublures ontstaan in het medisch dienstenpakket als geheel. Zoals reeds eerder is aangeduid, zullen de besturen zijn samengesteld uit representanten van de bevolking enerzijds, en representanten van de overheid anderzijds, die samen met de medewerkers in de uitvoerende functies, het beleid in hun regio vaststellen.

De voorgestelde veranderingen in de bestuurlijke organisatie zullen ook hun invloed hebben op de positie van de huisartsen en de specialisten in het geheel. In de paragraaf betreffende de 1ste lijns gezondheidszorg hebben wij reeds gezegd dat de solistische opstelling van de huisarts zal moeten worden omgebogen naar een opstelling in teamverband. Wat betreft de specialisten is gesteld dat zij zich in de nieuwe organisatie meer consultatief ten opzichte van de huisartsen dienen op te stellen.

Voorts zal de verschuiving van klinische naar poliklinische activiteit een verandering in tijdsbesteding van de

specialist met zich brengen, die het noodzakelijk maakt dat in teams met niet-medici gewerkt gaat worden.

De opvatting van één van de directeuren van de Nationale Ziekenhuisraad, dat in de toekomst er relatief minder specialisten nodig zouden zijn, delen wij niet. De 1ste lijn zal in de toekomst relatief meer patiënten kunnen behandelen, maar de consultatieve rol en de zwaardere poliklinische taak die wij de specialist toedenken, zal de behoefte aan specialisten zeker niet doen afnemen.

Het honoreringssysteem van de specialisten zal nader bekeken moeten worden. Het verrichtingentarief waardoor, althans voor sommige specialisten, klinische behandeling relatief gunstiger wordt gehonoreerd dan poliklinische behandeling, kan aanleiding zijn tot hetprefereren van klinische behandeling. Voorts lijkt het wenselijk om de specialist verantwoordelijkheid te geven voor dat deel van de organisatie waarin hij werkzaam is. Hierbij lijkt het wenselijk om het dienstverband van de specialist te bevorderen.



Paragraaf 8: Geneesmiddelenvoorziening

Om te komen tot een adaequate geneesmiddelenvoorziening (buiten de intramurale instituten) is het dringend noodzakelijk dat de taak en functie van de apotheker opnieuw wordt geformuleerd. Zijn pharmaceutische en ook pharmacotherapeutische kennis zal volledig ten dienste van de huisarts en de patiënt dienen te staan. Daarom zal de apotheker zijn plaats in het gezondheidscentrum moeten innemen. De ontkoppeling van het inkomen van de apotheker van de omzet van de apotheek dient te worden nagestreefd in het kader van het tot stand brengen van een adaequate geneesmiddelenvoorziening, omdat niet getolereerd kan worden dat de apotheker een "premie" ontvangt als gevolg van een overconsumptie van geneesmiddelen, noch dat hij inkomen derft doordat hij, samen met de huisarts, met succes de overconsumptie weet in te dammen.

Binnen de instituten zijn onzes inziens de ontwikkelingen gunstig te noemen. De apothekers staan in dienstverband en zijn opgenomen in de medische staf. De mogelijkheid voor de specialist om de apotheker te raadplegen is optimaal aanwezig.

## Paragraaf 9: De psychiatrische hulpverlening

(voorlopige versie)

Men kan niet heen om de discussies die in de afgelopen jaren zijn ontbrand over de organisatie van de psychiatrische hulpverlening, over het functioneren van de sociaal psychiatrische diensten, over de positie van de zelfstandig werkende zenuwarts d.q. psychiater. Hoezeer ook bovenstaande zaken nog in ontwikkeling zijn beginnen zich toch al bepaalde lijnen af te tekenen. De zelfstandig werkende zenuwarts zal sterker bij de 1ste lijns zorg betrokken worden, omdat het gescheiden functioneren van psycho-sociale begeleiding en behandeling als ondoelmatig moet worden beoordeeld.

De psychiater kan vanuit zijn spreekkamer de patiënt niet integraal begeleiden. Hij zal daarom meer in contact moeten treden en samen moeten werken met de Sociaal-Psychiatrische Dienst, of andere instellingen zoals Medisch Opvoedkundige Bureaus en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, of met sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Om een effectieve integrale begeleiding van de patiënt/cliënt te kunnen waarborgen zullen er multidisciplinaire teams gevormd dienen te worden, die wisselend van samenstelling kunnen zijn. In een dergelijk team kunnen zitting hebben: de betrokken huisarts, de psychiater, de psycholoog, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en eventueel andere disciplines. Naast begeleiding zullen leden van het team zich bezighouden met de behandeling en uiteraard ook de wijze van behandeling vaststellen. De beslissing over al of niet opnemen van de patiënt in een ziekenhuis of psychiatrische inrichting wordt altijd door het team (in overleg met de directie van het betrokken instituut) genomen.

De hulpverlening zal er op gericht moeten zijn, dat de patiënt slechts bij uiterste noodzaak uit de maatschappij behoeft te worden gehaald; m.a.w. opnemng van de psychiatrische patiënt kan slechts dan overwogen worden als dit duidelijk een beter alternatief is.

Meer dan in welk vlak van de gezondheidszorg ook stelt zich in de sector van de psychiatrische hulpverlening de eis van coördinatie en integratie van de 1ste en 2de lijns voorzieningen. Door een goed relatiepatroon tussen 1ste en 2de lijn is adaequate crisisinterventie mogelijk. Crisisinterventie kan verleend worden in het eigen milieu van de patiënt en in daarvoor ingerichte centra. Crisisinterventie in psychiatrische instituten of op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, ware te vermijden door te zorgen voor voldoende en goed bemande crisisinterventiecentra.

Paragraaf 10: Ziekttekostenverzekering'

De huidige wetgeving op het terrein van de ziektekostenverzekering leidt tot onrechtvaardigheden uit het oogpunt van lastenverdeling. Een oorzaak hiervan vormt o.a. de veelheid van verzekeringsvormen zoals: verplichte verzekering, vrijwillige verzekering, bejaardenverzekering, particuliere verzekeringen en voorzieningen voor bijzondere groepen. De premielast voor de verschillende bevolkingsgroepen is niet evenredig aan de draagkracht naar inkomen en gezinsgrootte, waar het gaat om het basisrecht op voldoende geneeskundige verzorging. De bestaande premielast voor bejaarden heeft met name een onaanvaardbaar peil bereikt. De consument heeft geen of nauwelijks inspraak bij het vaststellen van de omvang van de medische verzorging en de kosten daarvan. Dit geldt in het bijzonder voor de overeenkomsten tussen ziekenfondsen en de medische beroepsbeoefenaars en de medische diensten. Het ziekenfondsstelsel leidt verder in de praktijk tot discriminatie. De fondspatiënt wordt bij de medische dienstverlening anders benaderd dan de particuliere patiënt, welk statusverschil door niets wordt gerechtvaardigd. De artsenkeuze is beperkter dan bij de particuliere ziektekostenverzekeringen ditzelfde geldt voor de keuze van de verzekeringsinstelling. Doordat de verplichte ziekenfondsverzekering in de loonsfeer is opgenomen, wordt de vrijheid van overgang naar zelfstandige beroepen beperkt. Daarnaast leidt het bestaande ziekenfondsstelsel in bepaalde gevallen tot een vlucht in de loondienst. De arbeidsvrijheid wordt dus belemmerd. De ziekenfondsen kennen geen onderlinge concurrentie, waardoor de stimulans tot efficiency en een goede actuariële benadering ontbreekt.

---

' De inhoud van deze paragraaf is ontleend aan het desbetreffende rapport van de Werkgroep Ziekttekosten. De strekking hiervan werd door het ledencongres van D'66 in december 1970 aanvaard en werd grotendeels opgenomen in Keerpunt '72, het regeerakkoord dat D'66 in 1972 sloot met P.v.d.A. en P.P.R.

Geconcludeerd mag worden, dat de consument van medische diensten zijn mondigheid nog zal moeten vinden in rechtstreeks relatie tot de medische wereld en tot het verzekeringsbedrijf. Een nieuwe integrale volkswetgeving op ziektekostengebied is hoog nodig om het recht op medische verzorging op zodanige wijze economisch te waarborgen, dat in het licht van de sociale verhoudingen van deze tijd de bevoogding van de consument wordt beëindigd. Opnemng van deze nieuwe ziektekostenverzekering in een toekomstige algemene wet op de Sociale-zekerheid, welke zich leent om ingepast te worden in de toekomstige Europese integratie, dient te worden nagestreefd. De benodigde reorganisatie zou gebaseerd kunnen zijn op de volgende uitgangspunten:

a) Het is noodzakelijk dat met betrekking tot ziektekosten een algemene verplichte volksverzekering tot stand komt, welke basisvoorzieningen omvat en waarvoor de premie als een sociale bestemmingsheffing wordt geheven door de belastingdienst. De ontvangen gelden worden in doorsnee premie-eenheden doorgegeven aan de verzekeringsinstellingen.

Toelichting: de premieheffing vindt plaats in relatie tot inkomen en gezinsgrootte. De werkgeversbijdrage komt te vervallen. Er wordt een inkomensgrens vastgesteld waarbeneden geen heffing plaats vindt en waarboven zulks wel het geval zal zijn, met een maximum premieheffing. De door de belastingdienst geïnde gelden worden over de verzekeringsinstellingen verdeeld naar rato van het ingeschreven aantal verzekerden. N.B.: de groep der minst draagkrachtigen in de samenleving zal geen premieheffing ondervinden.

b) Ziekenfondsen en alle andere verzekeraars krijgen dezelfde status, waarbij de vrijheid van keuze tussen de diverse verzekeringsinstellingen wordt gewaarborgd. Een en ander binnen normen van de wet op het Schadeverzekeringsbedrijf en onder contrôle van de verzekeringskamer.

Toelichting: De wet op het Schadeverzekeringsbedrijf zal i.v.m. het bovenstaande aanvulling behoeven op het punt van de ziektekostenverzekering. Teneinde de belangen van de verzekerden zeker te stellen, zullen de verplichtingen, die de verzekeringsinstellingen op zich hebben genomen, door de

verzekeringskamer dienen te worden gecontroleerd o.m. aan de hand van over te leggen actuariële berekeningen en statistieken.

c) De verzekeringsinstellingen hebben de wettelijke plicht zonder discriminatie op medische gronden, iedereen die zich aanmeldt, te verzekeren. Voor hen, die zich ondanks de wettelijke verplichting niet bij een verzekeringsinstelling hebben aangemeld, wordt een waarborgsom in het leven geroepen.

d) Onderlinge concurrentie tussen de verzekeringsinstellingen binnen het wettelijk kader, in het bijzonder van de Wet op de Economische Mededinging, is vereist. Daarbij zijn aanvullende bepalingen in de laatste wet noodzakelijk teneinde te voorkomen, dat kartelvorming en bevoordeling van collectief verzekerden boven individueel verzekerden het algemeen consumentenbelang schaden.

Toelichting: Concurrentie tussen de verzekeringsinstellingen zal zich, waar het de verplichte basisvoorziening betreft, voornamelijk beperken tot de service-verlening. Wezenlijke concurrentie op het gebied van voorwaarden en premiestellingen ten voordele van de consument moet daarnaast zeker mogelijk zijn voor eventueel gewenste aanvullende dekking. De toenemende neiging van bepaalde groepen der bevolking om collectieve verzekeringscontracten af te sluiten houdt het gevaar in, dat met name het premievoordeel voor de collectief verzekerden op de rug van de individueel verzekerden wordt afgewenteld. Hiertegen moet zo nodig, evenals tegen prijsverstarring door kartelvorming, kunnen worden opgetreden.

e) De wetgever dient een landelijk overleg-organ alsmede regionale overleg-organen in het leven te roepen, bijgestaan door een wetenschappelijk bureau. In deze overleg-organen hebben zowel vertegenwoordigers van de medische beroepen en diensten als consumentenvertegenwoordigers zitting. Aan de overleg-organen wordt als taak gesteld om de omvang van de medische dienstverlening en de tarieven vast te stellen. Een eveneens bij de wet in te stellen

beroepsinstantie treedt op in het geval van conflict binnen de overleg-organen.

Toelichting: In de voorgestelde overleg-organen krijgt de consument inspraak zowel wat betreft de omvang van het voorzieningspakket als de prijsvorming daarvan. De verzekeringsinstellingen dienen daarbij slechts zijdelings een rol te spelen, omdat niet deze instellingen maar de consument uiteindelijk de prijs bepaalt. Het landelijk overleg-orgaan wordt voornamelijk gezien in verband met het basis-pakket door verplichte verzekering. Voor dit basis-pakket wordt in ieder geval gedacht aan de voorzieningen van de huidige A.W.B.Z., ziekenhuisopname 3e klas, klinische en niet-klinische specialistenhulp, alsmede aan de hulp van de huisarts, de tandarts en de vroedvrouw, en aan apotheekverstrekkingen, en nader te bepalen diensten van Kruisverenigingen. Het verplichte verzekeringspakket zal voor iedere Nederlander gelijk zijn. Plaatselijke verschillen spelen hierbij geen rol. Zo nodig vindt in het kader van de premieverdeling over de verzekeraars een verrekening plaats. De regionale overleg-organen hebben een taak in verband met de mogelijkheid tot aanvullende verzekering boven het basis-pakket (bv. opname in een hogere ziekenhuisklasse). Hier heeft dus per verzorgingsgebied een afzonderlijke tarifiëring plaats. Bij deze nieuwe opzet past het, het abonnementssysteem van de huidige ziekenfondsen te laten vervallen en de betaling van medische hulp en diensten per verrichting te laten plaats vinden. De consument wordt daarbij zelf in het betalingsverkeer betrokken hetzij doordat hij de medische dienstverlening zelf contant betaalt en de kosten daarna bij zijn verzekeraar terugvordert, hetzij doordat hij een betalingsmachtiging afgeeft, die de verzekeraar honoreert.

f) Een eventuele invoering van een eigen risico behoeft nadere bestudering.

Toelichting: Het invoeren van een zeker eigen risico voor iedere verzekerde vormt in het kader van het bestaande ziekenfondsbestel al jaren een punt van discussie, waarbij zowel door voor-als tegenstanders aansprekende argumenten naar voren worden gebracht. Dit punt kan voor verdere studie

en beoordeling worden voorgelegd aan het hierboven voorgestelde landelijk overleg-orgaan. Daarbij zou ook de mogelijkheid in studie kunnen worden genomen:

- a. voor verzekerden in de hogere inkomensklassen een eigen risico in te voeren. De hoogte zou wederom gerelateerd moeten zijn aan het belastbaar inkomen en de gezinsgrootte;
- b. een negatieve vorm van eigen risico in te voeren door toekenning van (voor iedereen gelijke) "bonussen" welke uitbetaald worden aan de verzekerden wanneer gedurende een bepaalde periode geen (of weinig) consumptie plaats vindt van medische dienstverlening;
- c. bepaalde onderdelen van het pakket uit te sluiten, bv. artikelen voor de huisapotheek welke zonder recept verkrijgbaar zijn. Daarbij moeten voor excessieve kosten maxima worden gesteld naar draagkracht.



