

Gezondheidszorg



Recent is een aantal politiek-wetenschappelijke studies verschenen inzake de gezondheidszorg. Drs. F.J.M. Werner en drs. C.J. Klop, voorzitter en secretaris van de studievereniging van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, bespreken:

'Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg', prof. mr. B.M. Teldersstichting, 's-Gravenhage 1986, 116 pag., f 20,___;

'Zorgvernieuwing door structuurverandering', Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Van Loghum Slaterus, Deventer 1987, 144 pag., f 18,___;

'De kwaliteit van de gezondheidszorg', Wiardi Beckmanstichting, Van Loghum Slaterus, Deventer 1987, 130 pag., f 24,___;

'Gezondheid en gezondheidszorg', Groen van Prinstererstichting, De Vuurbaak, Barneveld 1987, 64 pag., f 9,90;

'Bereidheid tot verandering', Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker), 's-Gravenhage 1987, f 35,___.

Het was een goed vooruitziende blik, waarmee het CDA besloot om in 1987 te discussiëren over de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening. Uiteraard was het in 1985, toen de partijraad om deze discussie vroeg, nog niet bekend dat bij regeerakkoord 1986 de

commissie-Dekker zou worden ingesteld. Dat wisten ook de politiek-wetenschappelijke instituten van CDA, PvdA en VVD nog niet, maar alle drie hadden zij dit thema wel in hun lopende studieprogramma staan. Dat er iets aan de hand was en iets moest gebeuren in deze sector was duidelijk. Inmiddels is de discussie volop losgebrand, zowel binnen het CDA als in de omringende samenleving. In deze bespreking zullen wij, aan de hand van de indeling van het 'Discussiestuk Volksgezondheid', dat bij de partijpolitieke discussie in het CDA gebruikt wordt, de verschillende politiek-wetenschappelijke rapporten bespreken. Verwacht mag worden dat de deelnemers aan deze partijpolitieke discussie aldus het beste gediend worden.

De structuur

Met de term 'structuur' wordt de verdeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden om te beslissen over de wijze waarop zorg in ons land aangeboden en gefinancierd wordt, aangeduid. Globaal gesproken zijn er drie modellen beschikbaar, waarop dit kan gebeuren: men kan de overheid een dominante rol toekennen

Drs. F.J.M. Werner (1943) is directeur Financiën van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Drs. C.J. Klop (1947) is adjunct directeur van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

(genationaliseerde gezondheidszorg), men kan het primaat leggen bij het niet op winst gerichte particulier initiatief, en men kan kiezen voor het commerciële marktmodel. De voorstellen die zijn vervat in de verschillende politiek-wetenschappelijke geschriften liggen alle tussen de uitersten van staatszorg aan de ene kant en de commerciële markt aan de andere kant. Niemand kiest echter voor een volledige onbelemmerde toepassing van deze extreme modellen. De Teldersstichting zit nog het dichtst bij de commerciële marktwerking, maar ook daar zijn een groot aantal regulerende maatregelen in de voorstellen vervat. Niet de minste daarvan is het voorstel om in ons land één verstrekingenpakket voor alle Nederlanders verplicht voor te schrijven. De particuliere verzekeraars, die deze algemene verzekering willen aanbieden, zullen aan een aantal voorwaarden moeten voldoen, zoals een acceptatieplicht. Gereguleerde marktwerking is het recept van de Teldersstichting. Commerciële aanbieders van gezondheidszorg kunnen in deze gereguleerde markt aan bod komen.

De commissie-Dekker zit voor wat betreft de structuur van het beleidsterrein dicht bij de voorstellen van de Teldersstichting. Ook dit rapport bepleit gereguleerde marktwerking. De commissieleden laten zich verschillend uit over de vraag of commercieel aanbod van gezondheidszorg in dit systeem mogelijk is. Voorzitter Dekker zelf zei, bij de presentatie van de voorstellen, dat dit aan de contracterende verzekeraars dient te worden overgelaten. Het commissielid Dunning sloot in een interview in Trouw echter commercie uit.

Het rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA staat evenals de beide zojuist genoemde rapporten een basisverzekering tegen ziektekosten en maatschappelijke zorg voor, waarin een belangrijke plaats wordt toegekend aan het overeenkomsten model, maar niet een marktmechanisme waarin commercieel

aanbod mogelijk is. Bovendien onderstreept het rapport, en daarmee verschild het fundamenteel van het rapport-Dekker en van de Teldersstichting, dat een regionale uitvoering van deze basisverzekering essentieel is en geeft hier vorm aan middels *Kamers voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening*. Het CDA-rapport bepleit een gereguleerde regionale competitie tussen non-profit-instellingen in de vorm van het overeenkomstenstelsel tussen verzekeraars en ziekenfondsen enerzijds en de aanbieders van gezondheidszorg anderzijds. Dit stelsel van bilaterale contracten wordt aangevuld met genoemde kamers ten einde op regionaal niveau de samenhang en de substitutie in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zichtbaar en beïnvloedbaar te maken voor betrokkenen.

Het rapport van de Groen van Prinstererstichting, dat een inleidend karakter heeft, doet geen aanbevelingen voor de structuur van het beleidsterrein. Hoewel men terecht constateert dat bijvoorbeeld het vestigingsbeleid van huisartsen door de gemeentebesturen de keuzevrijheid van de burger om op grond van zijn levensovertuiging een hulpverlener te kiezen in de knel dreigt te komen (p. 29) trekt men hieruit geen consequenties voor de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen overheid en bijvoorbeeld ziekenfondsen, die evengoed het vestigingsbeleid voor hun rekening zouden kunnen nemen. Het CDA-rapport bepleit dat dat wel gebeurt, onder auspiciën van de regionale kamers voor gezondheidszorg.

In het rapport van de Wiardi Beckmanstichting worden geen erg concrete uitspraken gedaan over de meest wenselijke structuur van het beleidsterrein. Het stuk heeft een sterk filosofisch-sociologische inslag en men krijgt de indruk dat het laatste hoofdstuk met beleidsaanbevelingen enigszins los staat van de voorafgaande hoofdstukken. Concreter en daarom ook interessanter is de notitie die de Tweede

Kamerfractie van de Partij van de Arbeid heeft ingediend ten behoeve van de Kamerberaadslagingen over het rapport-Dekker. Deze notitie 'Naar een algemene wet ziektekostenverzekering' (Nummer 19931, 1986-1987, nr. 1-2) bevat twee modellen voor de structuur van het beleidsterrein. In model 1 is elke verzekeraar die de beoogde algemene verzekering aanbiedt (ook particuliere verzekeraars mogen dit doen!) verplicht om te contracteren met elke in het kader van de WVG (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) erkende instelling, zij het dat de verzekeraar aan de overheid intrekking van de erkenning kan verzoeken. Bij deze contractering gelden de COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg)-tarieven als maxima, hetgeen ook het CDA-rapport voorstaat. Men kan dus al onderhandelend op lagere tarieven uitkomen. De commissie-Dekker wil de rol van het COTG evenals de Teldersstichting op den duur beperken, hoever wordt niet helemaal duidelijk. In dit eerste model concurreren ziekenfondsen en non-profit ziektekostenverzekeraars om de gunsten van de verzekerden 'met kwaliteit van dienstverlening als voornaamste competitie-element', aldus de notitie. Maar zelfs is er concurrentie mogelijk op het punt van een nominaal premiedeel, dat als mogelijkheid door de PvdA-fractie open wordt gehouden. In combinatie met het bereiken van lagere tarieven via onderhandelingen, zal er ook concurrentie op het punt van de premie mogelijk zijn. De PvdA-fractie zit hier heel dicht bij het CDA-rapport. Het enige verschil is dat het laatstgenoemde de contracteerplicht geheel wil opheffen, ten einde hetzelfde doel te bereiken: kwalitatief betere dienstverlening bij de te contracteren aanbieders van zorg.

Het tweede model in de PvdA-notitie schetst een samenwerking tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen op regionaal niveau, waarbij beiden gezamenlijk onderhandelen met de aanbieders van zorg in de regio. Er is dan geen ruimte

voor tariefverschillen tussen de verschillende contracten. Uiteraard kunnen er wel verschillen tussen regio's ontstaan, maar niet binnen regio's. Ook de nominale premie wordt onderling binnen de regio afgesproken tussen de verzekeraars en de ziekenfondsen. In dit model is geen sprake van concurrentie, maar van regionale budgettering op basis van samenwerking.

Bij de vraag naar de structuur van het beleidsterrein gaat het niet alleen om de bevoegdheid tot beslissen, maar ook over de onderwerpen waarover beslist kan worden. Ook op dit punt van de reikwijdte van de verantwoordelijkheden verschillen de diverse rapporten. Het CDA-rapport en de commissie-Dekker willen een breed verzekeringspakket, waarin ook het maatschappelijk werk, de gezinszorg en de bejaardenoorden zijn opgenomen. Aldus kunnen de verzekeraars substitutie van zorg bewerkstelligen, zodat zorg op maat tot stand komt. De Teldersstichting en de Wiardi Beckmanstichting/de PvdA-fractie gaan zover niet. Zij beperken zich tot het Ziekenfondspakket (Teldersstichting) of het ziekenfonds- plus het AWBZ-pakket (PvdA-fractie). In de visie van deze beide rapporten blijven gescheiden circuits bestaan, waarbij de (lagere) overheden de zorg op maat van de niet in het verzekeringspakket opgenomen zorg moeten bewerkstelligen. Dit lijkt een ernstig manco. Juist de schotten tussen de verschillende zorgvormen verhinderen de substitutie, omdat planning en financiering niet in één hand zijn. Bij de PvdA-fractie is op dit punt nog het meest mogelijk, daar zijn in elk geval kruiswerk (wijkverpleging) en tweede lijnszorg (ziekenhuizen) substitueerbaar. De Teldersstichting laat zich hier toch wel erg kennen als voornamelijk geïnteresseerd in kosten en niet werkelijk in zorgvernieuwing. De gedachtengang van de PvdA-fractie, waarbij bejaardenoorden en gezinszorg niet in het verstrekkingenpakket worden opgenomen is het bestuderen waard en werd bijvoorbeeld ook door dr. Van der Meer op de studieconfe-

rentie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA op 25 april jongstleden naar voren gebracht. Hij zag zulk een sterke samenhang met het huisvestingsbeleid dat de voorkeur bij hem naar de lagere overheden uitging als regelende instantie. De vraag dringt zich daarbij op of de bejaardenoorden substitueren met gezinszorg, dan wel dat zij feitelijk steeds meer op verpleeghuizen gaan lijken door de zeer hoge gemiddelde leeftijd bij opname en de scherpe indicatiestelling. Het CDA-rapport huldigt dit laatste standpunt. Als dat zo is dan zou de consequentie van het PvdA-standpunt zijn dat ook de verpleeghuizen uit de AWBZ moeten worden overgeheveld naar de gesubsidieerde provinciale sfeer. Wij blijven een voorkeur houden voor het brede verstrekkingenpakket, omdat bejaardenoorden en verpleeghuizen in functie steeds meer naar elkaar toegroeien, evenals de wijkverpleging en de gezinszorg. Deze processen zijn onder invloed van de zorgvernieuwing thans al gaande. Het onderbrengen van deze voorzieningen in één financieringsregime bevordert de samenhang en flexibiliteit, die ook in het advies van de commissie-Dekker wordt aanbevolen.

Vrijwilligerswerk, zelf en mantelzorg

Op de 'basis van het zorgsysteem', de zorg die mensen voor zichzelf en voor elkaar hebben gaan de Teldersstichting en de PvdA-fractie niet in. Het CDA-rapport besteedt er een hoofdstuk aan, waarin een schets wordt gegeven van een nieuw evenwicht tussen beroepsmatige en informele hulp, dat perspectief biedt voor de toekomst. Tijdens de gememooreerde studieconferentie heeft prof. dr. J. Hattinga Verschure nog eens uiteengezet, dat hier van moderne vormen van zelf- en mantelzorg sprake is, die sterk verschillen van de levensstijl in de jaren vijftig. De commissie-Dekker is ook positief over het inspelen met een nieuw verzekeringssysteem op deze ontwikkelingen bij mensen zelf. De commissie bepleit bijvoorbeeld

het beschikbaar stellen van financiële middelen aan mensen die kiezen voor thuiszorg, boven opname in een instelling. Thans is de regelgeving zodanig dat opname dikwijls goedkoper is, ook al zouden mensen om kwalitatieve overwegingen voor thuiszorg kiezen. Te denken valt daarbij aan gehandicapten en stervenden. Ook het Wiardi Beckmanstichtingsrapport schetst op constructieve wijze de manier waarop een zorgzame samenleving gestalte krijgt (p. 114)! De gedachte

Serieuze critici onthalen de gedachte van de zorgzame samenleving positief.

aan een zorgzame samenleving blijkt bij serieuze critici op een positief onthaal te kunnen rekenen. De kritiek op het concept wordt meestal door christen-democraten zelf ook beaamd, bijvoorbeeld het feit dat de zorgzaamheidsgedachte te weinig zegt over de verhouding tussen overheid en burger. Dat is ook de grondstelling van het rapport 'Zorgvernieuwing door structuurverandering': alleen als de regelgeving en de financiering worden afgestemd op het in gespreide verantwoordelijkheid beleven van rentmeesterschap (zelfzorg) en solidariteit (onder meer mantelzorg) zal de zorgzame samenleving realiseerbaar zijn, aldus het rapport. Merkwaardigerwijze gaat het rapport van de Groen van Prinstererstichting mee met de modieuze kritiek op minister Brinkman (p. 56), terwijl in het hoofdstuk 'Bijbel en visie op de gezond-

heidszorg' juist uitvoerig wordt ingestemd met de opvattingen van Hattinga Verschure, die zowel aan het optreden van Brinkman als aan het CDA-rapport vruchtbare impulsen hebben gegeven. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de tweeslachtigheid van het regeringsoptreden, waarin een appèl op zorgzaamheid en een individualiserende wetgeving om de voorrang strijden, waarbij het financieringstekort het overheersende motief lijkt te zijn.

De taak van de overheid

In elk geval groeit de consensus op het punt van terugtreden van overheidstaken. Zelfs de PvdA-fractienotitie gaat uit van een beperking van de WVG tot erkenningswetgeving en schept ruimte voor concurrentie op basis van een overeenkomstenstelsel. Alle andere rapporten zijn dezelfde mening toegedaan: planning als hoofdinstrument van overheidsbeleid treedt terug ten gunste van het overeenkomstenstelsel tussen aanbieders en verzekeraars.

De verschillen zitten in de mate van regulering van het overeenkomstensysteem. Alle rapporten beschouwen het vervolgens als een uitdrukkelijke taak van de overheid om een basispakket-verstrekkingen bij wet vast te stellen, door middel waarvan elke Nederlander financiële toegang heeft tot de essentiële zorg. De verschillen lijken op het punt van de omvang van het verstrekkingenpakket wat groter te zijn, dan op het punt van de grondgedachte dat er een dergelijk pakket moet zijn van overheidswege voorgeschreven. Beschouwt men deze verschillen op de keper dan liggen ook hier echter nuances. De PvdA-notitie wil een basisverstrekkingenpakket bestaande uit vrijwel het gehele ziekenfonds- en AWBZ-pakket, maar ook daar is men bereid enkele kleine beperkingen toe te staan: klasseverpleging en esthetische chirurgie horen er niet in thuis, aldus de notitie (p. 12).

Dat betekent dat met de opvatting wordt ingestemd dat het om 'noodzakelijke voor-

zeningen op minimumniveau' moet gaan. Het rapport 'Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij' sprak over 'vloeren' die de overheid in de samenleving moet handhaven. En ook het liberale concept van de 'waarborgstaat' gaat van deze basisfilosofie uit. Er lijkt zich dus consensus af te tekenen tussen de politieke hoofdstromingen in ons land dat de overheid zich met name moet richten op het handhaven van een financiële en sociale bodem in het bestaan. Dit is een opmerkelijke breuk met de filosofie, die aan de verzorgingsstaat ten grondslag lag, te weten dat de overheid zich verantwoordelijk achtte voor 'het totale welzijn van de bevolking', een formule die nog niet zo lang geleden in de programs van CDA en PvdA en mogelijk zelfs in die van de VVD, was te vinden. Er is een verandering in de opvattingen over de staatstaak opgetreden, die als een verandering 'van de tweede orde' kan worden gekwalificeerd, zoals futurologen het noemen.

De discussie spitst zich toe op de vraag wat tot die vloer kan worden gerekend en dat is een typische vraag waarover politiek compromisvorming moet plaatsvinden. Het politieke handwerk hoeft aldus niet meer te gaan over de kaders waarbinnen men moet discussiëren, wat altijd een buitengewone hoeveelheid verwarring oproept, maar op de technische invulling van het kader waarover men het eens is. Dat mag als winst worden beschouwd.

Een tweede opmerkelijk aspect is dat alle partijen het erover eens zijn dat deze vloer kan worden uitgevoerd door maatschappelijke organisaties inclusief de particuliere verzekeraars. Zij krijgen ook de ruimte om door middel van aanvullende verzekeringen en eigen risico's de 'vloer' verder naar eigen inzicht uit te bouwen tot een volledig pakket.

De commissie-Dekker wil in dit aanvullende pakket de geneesmiddelen, de fysiotherapie en de vruchtbaarheidsbehandelingen (zowel in vitro fertilisatie als abortus) kunnen laten opnemen. De inkomens-

consequenties zijn groot, want dit aanvullende pakket dient ook aanvullend particulier gefinancierd te worden. Men argumenteert deze forse ingreep met de stelling dat alleen een substantieel aanvullend pakket ook door iedereen genomen zal worden. Aldus komt een flinke verschuiving van collectieve naar private financiering tot stand die uit een oogpunt van terugdringing van de collectieve lastendruk interessant is en die ook beter aanvaardbaar kan zijn, dan het verschuiven van de eerste twee liggdagen in een ziekenhuis naar de aanvullende verzekering (het oude plan Lansink-Dees). Terzake van ziekenhuisopname heeft de patiënt doorgaans geen keuze, terwijl dat bij de fysiotherapie en zeker bij de vruchtbaarheidsbehandelingen door de bank genomen wel denkbaar is.

Het rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA gaat niet uit van het volledig overhevelen van geneesmiddelen en andere verstrekkingen naar de aanvullende verzekeringen, maar van een veel strakkere indicatiestelling. Interessant is de in dit rapport geopperde mogelijkheid om sportblessures die in georganiseerd verband worden opgelopen ook via een aanvullende verzekering, waarvoor de premie in de verenigingscontributie wordt opgenomen, te dekken. Dit sluit aan op in een aantal sporten reeds bestaande praktijk en legt als criterium voor pakketbeperking voornamelijk de eigen verantwoordelijkheid aan. De commissie-Dekker heeft deze gedachtenlijn overgenomen en breidt deze uit tot ziekten als longkanker, alcoholverslaving en verkeersongevallen. Al deze verstrekkingen zouden kunnen worden gefinancierd uit afzonderlijke heffingen en accijnzen die direct de lasten verbinden en aldus een directe verantwoordelijkheidsbeleving bij de burger bewerkstelligen. Ook het CDJA-rapport 'Is er toekomst voor de gezondheidszorg in Nederland?', dat in april verschenen is, dringt hier sterk op aan. In deze lijn moet over de pakketbeperking

worden doorgedacht.

Voor de lagere overheden blijven na intrekking van de planningswetgeving een aantal belangrijke taken aanwezig. De openbare gezondheidszorg (hygiëne, besmettelijke ziektenbestrijding, riolering, ect.), facetbeleid (huisvesting, milieubeleid, verkeersveiligheid, criminaliteit) vergen veel aandacht omdat daar ook een krachtige preventieve werking van uit gaat. De Rijksoverheid zal zich voorts met het kwaliteitstoezicht (de inspectie, de keuringsdienst van waren, etc.) bezig houden. Daarover zijn het CDA-rapport en de commissie-Dekker het eens. Ook de Teldersstichting denkt in deze richting. De PvdA-notitie ziet een verdergaande rol voor de (lagere) overheden: provincies en gemeenten bepalen voornamelijk de plaats en de formele capaciteit, de ziektekostenverzekeraars onderhandelen vervolgens met de instellingen en hulpverleners over de feitelijke capaciteit, c.q. het feitelijk gebruik. Daartoe dient de WVG in stand te blijven. Hier ligt een fundamenteel punt van verschil.

Ook het CDA-rapport kent de provincies een toetsende rol toe bij grote investeringen, de commissie-Dekker denkt er ook zo over. Deze toetsing moet in plaats van adviserend (de huidige situatie) beslissend worden. Uitbreiding van de bevoegdheid van de provincie derhalve op een beperkter gebied (alleen grote investeringen). Niet zinvol lijkt het om alle vestigingen aan goedkeuring van gemeenten en provincies te onderwerpen, zoals de PvdA-notitie wil. De gang van zaken met het vestigingsbeleid van huisartsen, dat tot merkwaardige politieke beslissingen aanleiding geeft bij gemeentebesturen, spreekt voor zich. Het PvdA-voorstel trekt planning en financiering toch weer te veel uit elkaar en vermindert daarmee de mogelijkheden om tot een effectief zorg-opmaat-beleid bij de instellingen en de verzekeraars te komen. Uiteraard hebben lagere overheden via de ruimtelijke ordening een instrument om voorwaardenschap-

pend ten opzichte van vestiging van intramurale instellingen op te treden. Laat dat voldoende zijn.

Een laatste aspect van het overheidsop-treden, dat alleen in het rapport van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA voorkomt, betreft de democratisering. Als de plannende overheid terugtreedt, heeft de burger dan nog een beïnvloedingsmogelijkheid van de te contracteren zorg?

Elementair onderdeel van gespreide verantwoordelijkheid is democratisering.

Opmerkelijk is dat de PvdA-notitie hierover niets zegt. De commissie-Dekker lost dit vraagstuk via de marktwerking op. Zou de burger niet op een constructievere wijze, bijvoorbeeld als verenigingslid bij de gezondheidszorg zijn te betrekken? Wij erkennen dat de verenigingsdemocratie in ons land niet altijd floreert, maar zou dit ook niet te maken hebben met een gebrek aan bevoegdheden? Een ziekenfonds heeft thans geen macht ten opzichte van de aanbieder. Wij kunnen ons voorstellen dat in een situatie, waarin het ziekenfondsbestuur moet beslissen over de hoogte van de nominale premie en de verstrekkingen die daar (eventueel aanvullend) tegenover staan, dat in elk geval de regionale pers zich op deze vergaderingen richt en dat zich discussies ontplooiën die ook de participatiegraad zullen verhogen. Deelname van mensen aan de beslissingen die hun leven beïnvloeden is in elk

geval een elementair onderdeel van het kernbegrip gespreide verantwoordelijkheid, zo constateerden wij in de studiecommissie.

Financiële kaders

Het rapport van de commissie-Dekker en de PvdA-fractienotitie zijn het meest gedetailleerd in hun berekeningen van de gevolgen van stelselwijziging. Deze consequenties kunnen voor de inkomens aanzienlijk zijn en voor de collectieve sector ongunstig uitpakken. Interessant is dat de commissie-Dekker twee berekeningen heeft gemaakt van de inkomensconsequenties, waarvan één met bijzondere aandacht voor gezinnen met kinderen. Deze leidraad mist men tot dusver in het regeringsoptreden. De Teldersstichting en het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA kiezen veel meer voor een bepaald beheersmodel van de gezondheidszorg (respectievelijk marktmodel en een model van non-profit-concurrentie) dan voor gedetailleerde berekeningen van de financiële consequenties. Dit lijkt op het eerste gezicht een manco, maar er valt meer van te zeggen. Overheidsbeleid is in toenemende mate een eigen papieren werkelijkheid geworden, die met de realiteit aan de basis lang niet altijd in overeenstemming is. Het fiasco van de werkloosheidscijfers is een sprekend voorbeeld, waarvan de portée nog onvoldoende lijkt te worden beseft. Inkomensplaatjes zijn ook een onderwerp waarover in de politiek hooglopende debatten kunnen worden gevoerd, terwijl we nauwelijks weten in hoeverre de werkelijke inkomensverdeling ermee overeen stemt. De studiecommissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA heeft er de voorkeur aan gegeven organisatorisch het roer om te gooien en ten principale te kiezen voor een dynamische motoriek in het veld van de gezondheidszorg zelf. De werking van deze motoriek zal op zichzelf kostenbesparend zijn, mits de overheid strak aan de randvoorwaarden vasthoudt. Die randvoorwaar-

den zijn de vaststelling van het basispakket en de vaststelling van de premies voor collectief gefinancierde onderdelen van de gezondheidszorg. Daarmee is een vloer in de verstrekkingen en een financieel kader voor de van overheidswege gegarandeerde zorg gegeven. Op dit kader zal onontkoombaar druk worden uitgeoefend. Elke vloer die van overheidswege aangebracht wordt komt onder druk, of het nu het minimumloon is of de bijstand aan bijstandsmoeders of het budget voor de basisscholen. De samenleving is er nog steeds teveel op ingesteld om haar problemen door de overheid te laten oplossen. De tijd dat het als een schande werd ervaren om naar de bijstand te gaan ligt ver achter ons. De kwestie is dus niet of er opwaartse druk zal komen als de voorstellen van de commissie-Dekker worden gerealiseerd (die druk is er overigens ook nu), maar of de politiek bij machte zal zijn om die druk te weerstaan.

De korte termijn

De voorstellen tot herstructurering van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening die op tafel liggen zijn revolutionair. Sommige onderdelen van deze voorstellen zullen nog veel studie vergen en mede afhankelijk zijn van de introductie van andere beleidsvoorstellen, zoals die van de commissie-Oort. Het is van belang de voorgestelde beleidswijzigingen niet als een *master-plan* te zien, waar geen steen uit kan worden gemist. Het is heel denkbaar om al in de komende winter enkele belangrijke onderdelen van de voorstellen te realiseren. Wij noemen er enkele:

- 1 De contracteerplicht kan worden opgeheven. Dit vergt slechts wijziging van één artikel in de Ziekenfondswet. VVD, CDA en commissie-Dekker zijn er vóór, de PvdA is onder voorwaarden vóór.
- 2 De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg kan worden ingetrokken. VVD, CDA en commissie-Dekker zijn vóór, de PvdA wil hem in afgeslankte vorm be-

houden.

De vraag is of de functies die de PvdA-fractie aan de WVG in de nieuwe situatie nog toekend (bepaling van plaats en formele capaciteit van de zorg, alsmede een erkenningenbeleid op grond waarvan de contracteerplicht kan worden opgeheven) ook niet op andere wijze kunnen worden vervuld. Het ruimtelijke ordeningsinstrumentarium is een middel om invloed op vestigingsplaats uit te oefenen. Wat precies met formele capaciteit bedoeld wordt en in hoeverre dit van de feitelijke capaciteit kan en mag verschillen is een onduidelijkheid in de PvdA-voorstellen. Denkbaar is dat de provincies, zoals CDA en Dekker voorstellen, beslissende toetsing uitoefenen op grote investeringen (zoals nieuwbouw en hoogwaardige specialisaties). De overige capaciteit zou vooralsnog ter bepaling kunnen worden overgelaten aan de (gedemocratiseerde) ziekenfondsen en de verzekeraars, verenigd in regionale kamers van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Na een jaar zou een evaluatie van het in deze kamers gevoerde beleid kunnen volgen waar gemeenten en provincies bij betrokken kunnen worden ten einde eventuele manco's te signaleren. Mocht de zaak na een aantal jaren niet goed blijken te lopen dan kunnen de PvdA-voorstellen alsnog weer in beschouwing worden genomen. Intrekking van de Wet is een cruciaal signaal aan het veld om weer eigen verantwoordelijkheid op zich te nemen voor de totstandkoming van het aanbod zorg op maat. Dat signaal moet in 1987 worden afgegeven.

- 3 Er moet een mogelijkheid worden geopend voor de ziekenfondsen om tot substitutie van ziekenhuiszorg door thuiszorg te kunnen overgaan. In de standaardpolis van Nationale Nederlanden hebben de verzekerden sinds een half jaar recht op honderd dagen thuiszorg tegen een vergoeding van f 250,- per dag (dat is bijna 24 uur thuisverple-

ging), als zij geïndiceerd zijn door een arts voor ziekenhuisopname. Deze thuiszorg wordt thans ingehuurd via particuliere bureau's. Als het door de overheid geregelde systeem niet snel een dergelijke substitutiemogelijkheid opent, zullen de wijkverpleging en gezinszorg daar de nadelen van ondervinden. Op korte termijn zou budgettair neutraal de gezinszorg overgeheveld kunnen worden naar de AWBZ.

4 Er moet wetgeving komen ter democra-

tisering van de ziekenfondsen en ter instelling van regionale kamers voor gezondheidszorg. Dat is een onmisbaar complement van de intrekking van de WVG ten einde de patiënt/verzekerde invloed op de zorg te geven, die hij tot nu toe fictief via zijn overheid had, maar die in werkelijkheid geen herkenbare betekenis voor hem heeft. Voor het CDA zal dit een essentieel kenmerk zijn van de verantwoordelijke samenleving, die wij voorstaan.

Schema

	CDA	VVD	PvdA	Dekker
structuur	WVG intrekken non-profit-concurrentie contracteerplicht opheffen regionale kamers 90% ziekenfondspakket, plus AWBZ, plus maatschappelijke dienstverlening	WVG intrekken markt contracteerplicht opheffen geen regionale component 80% ziekenfondspakket	WVG afslanken non-profit-concurrentie of regionale samenwerking contracteerplicht verbinden aan erkenningen door de overheid ziekenfondspakket plus AWBZ, licht beperkt	WVG intrekken markt contracteerplicht opheffen geen regionale component 85% van ziekenfonds- AWBZ- en maatschappelijke dienstverlening pakket
zelf-en mantelzorg, vrijwilligerswerk	ruime aandacht	geen aandacht	geen aandacht bij fractiestandpunt, wel bij Wiardi Beckmanstichting	geen aandacht
overheids-taak	basispakket wet- telijk vastleggen, premies collec- tieve deel vast- stellen, demo- cratiseringswet- geving, openba- re gezondheids-	randvoorwaar- den marktwer- king vaststellen, basispakket wet- telijk vaststellen, collectieve pre- mies vaststellen.	algemene wet ziektekostenver- zekering vast- stellen, collectie- ve premies vast- stellen, plaats en capaciteit aan- bod plannen, er-	randvoorwaar- den marktwer- king vaststellen, collectieve pre- mies en basis- pakket vaststel- len. Provincies beslissen over

	CDA	VVD	PvdA	Dekker
	zorg en facetbeleid, provincies beslissen over grote investeringen.		kenningenbeleid voeren.	grote investeringen.
financiën	randvoorwaarden: collectieve premies mogen niet stijgen, minima mogen niet achteruitgaan, besparingen door: overeenkomstenstelsel, pakketbeperking, afschaffing bureaucratie.	bezuinigingen door marktwerking en beperking van het verstrekkingspakket.	lichte inkomensconsequenties ook op minimumniveau in combinatie met Oort bezien en zo mogelijk corrigeren, bezuinigingen door aanbodbeperking via volumebeleid.	bezuinigingen door marktwerking en beperking verstrekkingenpakket. Soms forse inkomensconsequenties.