

POLITIEK EN GEZONDHEIDSZORG^{*})

SAMENVATTING

In dit artikel wordt aandacht besteed aan: de gezondheidszorg vroeger en nu evenals aan de wijze van financieren. De invloed van de politiek op de structuur van de gezondheidszorg wordt beschreven. Er worden twee politieke vragen gesteld: 1. moet het verzekeringsstelsel overgaan in een voorzieningenstelsel en 2. hoe moeten de maatschappelijke schaarste-problemen in de gezondheidszorg worden opgelost. Tot slot wordt kort een toekomstvisie gegeven.

TOUSSAINT JR. Politiek en gezondheidszorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 534-6.

J. R. Toussaint, econoom

Voorzitter Haagse Ziekenfonds AZIVO.

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde – Gezondheidszorg – Politiek**

Datum acceptatie: 24 oktober 1986.

Adres: Dr. J. R. Toussaint, Olgaland 25, 2591 JA Den Haag.

1. INLEIDINGEN

De gezondheidszorg is al geruime tijd voorwerp van overheidsbeleid en geniet derhalve politieke belangstelling. Bovendien is er een duidelijke ontwikkeling in de wijze waarop tegen de gezondheidszorg wordt aangekeken en inhoud wordt gegeven aan het beleid. Tot enkele decennia geleden ging het vooral om toezicht op de kwaliteit van de zorg, was er aandacht voor de preventie en voor wat we tegenwoordig 'positieve gezondheidszorg' noemen. In de praktische politiek ging het wanneer de gezondheidszorg ter sprake kwam vooral over randvoorwaarden. De zorg zelf was een zaak van het particulier initiatief; de overheid en de politiek moesten daar afblijven. En als er, bij voorbeeld in de Tweede Kamer, over gesproken werd, dan kon dat alleen gebeuren door kamerleden, die arts waren. Ook heden ten dage is de macht over de gezondheidszorg in wezen nog steeds een zaak van het particulier initiatief.

2. KORTE HISTORIE

Sinds 1960 heeft de westelijke wereld en ook Nederland maatschappelijk te maken gehad met een gigantische economische expansie, die werd gevolgd door stagnatie en recessie. De wereld van de gezondheidszorg groeide terzelfder tijd in een tempo, dat dat van de nationale economie nog verre te boven ging. Uitgedrukt als percentage van het Bruto Nationaal Inkomen steeg het beslag van de Nederlandse gezondheidszorg op de nationale middelen van 3 in 1953, tot 8 à 9 nu – terwijl het Bruto Nationaal Inkomen in die periode twee

keer zo groot werd. Die groei van de gezondheidszorg is een gevolg geweest van een bewust overheidsbeleid in voorwaardenscheppende zin (onderwijs, opleiding), maar de invulling geschiedde vooral door het particulier initiatief.

3. DE FINANCIERING

De uitdijende gezondheidszorg werd niet bekostigd uit de openbare financiën, maar door middel van het verzekeringsstelsel. Deze opzet maakte een 'open eind-financiering' mogelijk. De financiële gevolgen van de medische activiteiten werden eenvoudigweg vertaald in premies. Dat was in een tijd van snelle economische groei mogelijk. Institutioneel groeide er in de sfeer van beleids- en besluitvorming in deze verzorgingsmaatschappij, volgens typisch Nederlands patroon, een conglomeraat van organisaties van beroepsgroepen en instellingen, met overlegorganen, adviesorganen en overkoepelende organen. De overheid heeft tot vandaag de dag nauwelijks greep op dat geheel.

De overheid is het begin van de jaren zeventig, onder invloed van de economische stagnatie, pogingen gaan doen om meer invloed te krijgen op de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg. In de Structuurnota van 1974 wordt voor de zogenoemde kostenbeheersing dan ook een centrale plaats ingeruimd. Vervolgens doet in 1977 het zgn. Financiële Overzicht zijn intrede. Met die initiatieven werd een nieuwe fase ingeluid in de verhouding tussen gezondheidszorg en politiek: de grondslagen werden gelegd voor het beheersbaar maken van de sector 'gezondheidszorg'.

Hiermee werd de weg gebaad voor een vermaatschappelijking van de gezondheidszorg. Sociaal-economisch gezien werd de overgang op gang gebracht van een verzekeringsstelsel naar een voorzieningenstelsel. Het uitdijende complex maakte

plaats voor een stelsel, dat met vele andere moet delen in de beperkte hoeveelheid nationale middelen. De gezondheidszorg werd daardoor onderworpen aan de maatschappelijke schaarste. Sindsdien kent ook de gezondheidszorg de problemen van het stellen van prioriteiten bij de verdeling van de beschikbare middelen.

4. TWEE POLITIEKE VRAGEN

De politiek stelt zich vanaf 1975 twee vragen.

1. *Is overgang van een verzekeringsstelsel naar een voorzieningenstelsel wel noodzakelijk?*

Niemand kan er privé hedendaagse medische voorzieningen op na houden. De tijd van een Lodewijk XIV – in zijn tijd de grootste monarch – met een lijfarts, die wat bloedzuigers voor het aderen had, is voorbij. Het moderne medische complex is het resultaat van de technisch-industriële maatschappij. En de kosten om dat complex in stand te houden zijn slechts gemeenschappelijk te dragen. Naar mijn oordeel moet daarom ieder lid van de gemeenschap in beginsel naar rato van zijn inkomen bijdragen, om deze kosten te betalen. Mensen moeten niet worden aangeslagen naar rato van de kans dat zij van dat complex gebruik moeten maken (het stelsel van de particuliere verzekeraars). De versnippering in de financiering, zoals wij die op dit ogenblik kennen, moet worden opgegeven. Er zou één volksverzekering moeten komen waarvoor de bijdragen eventueel met die van de belasting worden verrekend.

2. *Hoe moeten de maatschappelijke schaarste-problemen in de gezondheidszorg worden opgelost?*

De economische theorie kent verschillende modellen van wat daar 'de economische

^{*}) Naar een voordracht gehouden tijdens de Najaarsvergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap d.d. 24 oktober 1986 te Amsterdam.

orde' heet. De discussie over die economische orde is eerst recht een politieke discussie.

De verschillende modellen in de economische theorie zijn:

1. het model van de vrije markteconomie (volledig vrije mededinging);
2. het model van de centraal geleide volkshuishouding (Oosteuropes model);
3. een combinatie van 1 en 2.

Het model van de vrije markteconomie dient in de gezondheidszorg te worden verworpen. Het gaat hier immers om een maatschappelijke voorziening die er behoort te zijn, net als de brandweer. Echter niet alleen hierom maar ook om methodologische redenen. Het model van de volledige vrije mededinging veronderstelt dat wordt voldaan aan een aantal premissen, die in de gezondheidszorg niet opgaan. Zoals: een atomistische marktstructuur; tijdloze aanpassingen; vrije toetreding tot en uittreding uit de markt; homogeniteit van het produkt; doorzichtigheid van de markt; en ten slotte dat partijen op de markt rationeel handelende en technisch onderlegde individuen zijn.

Het model van de centrale planning (model 2) is evenmin te verwerpen. Verbazingwekkend is het om vandaag de dag te horen en te lezen – denk aan het boekje van de Verenigde Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) 'Het ziekenfonds op eigen benen' – dat de gedachten die waren neergelegd in de Structuurnota, en die welke in het verlengde daarvan lagen, elementen zouden zijn van dat model 2.

Dit is ireëel. De Structuurnota ademde de geest van de jaren '60-'70: decentralisatie, echelonnering (eerste-tweede lijn) en democratisering; het participatiemodel. Inhoudelijk ging men er in de Structuurnota van uit dat de gezondheidszorg in feite een zaak van het particulier initiatief is en dat een aangepaste besturing nodig was. Deze besturing beoogde men te regelen met behulp van de wetgevingstrits: Wet op de Volksverzekering, Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Wet Tarieven Gezondheidszorg. Deze optie is echter een voorbeeld van model 3, en wel van gedecentraliseerde planning. De voorziene wetgeving is zoals bekend een speelbal van de politiek geworden, met alle gevolgen van dien!

Het is natuurlijk geen toeval, dat in diezelfde jaren zeventig ook op een andere wijze de overheidsbemoeienis tot ontplooiing kwam, namelijk in de vorm van het prijs-inkomensbeleid voor de beoefenaren van de vrije beroepen. Dat beleid heeft veel vlijt en vernuft gekost, en is eveneens onder politiek geweld bezweken.

5. HET HEDEN

Wat is het standpunt van de politiek op dit

moment als het over de gezondheidszorg gaat? In de eerste plaats is er nog steeds de politieke discussie uit de jaren zeventig over de vraag hoe de maatschappelijke ordening van de gezondheidszorg zou moeten plaatsvinden. Zou dit moeten met behulp van een (impliciet) ingebouwde planning, volgens het model van de markteconomie of met een expliciete planning. Een planning die dan niet centraal maar op enigerlei wijze decentraal zou moeten geschieden. Helaas is die strijd niet tijdig beslecht, want inmiddels is naast de problematiek van de jaren zeventig, die van de jaren tachtig gekomen, met als exponenten: het vraagstuk van de werkgelegenheid en dat van de tekorten in de overheidsfinanciën. Het kabinetsbeleid probeert hieraan op verschillende manieren wat te doen. De grote lijnen ontbreken evenwel. En de uitkomsten zijn vooralsnog pover.

Sinds het begin van de jaren tachtig zijn er maatregelen genomen om de kosten van de gezondheidszorg te kunnen beteugelen. Denk aan de beddenreductie en aan de budgettering. Er zijn ook maatregelen genomen van ideologische aard: om het individu (de patiënt) via zijn of haar portemonnee te prikkelen tot rationeel handelen, en daarmee tot zuinigheid aan te sporen (b.v. door de medicijnenknaak) tot ontlasting van de overheidsfinanciën en om de financiering van de gezondheidszorg meer te privatiseren. Uit een oogpunt van kostenbeheersing heeft dit echter een averechts gevolg gehad. Denk verder aan de privatisering door de opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Als het om het beslag op de nationale middelen gaat vallen de ziekenfondspremies statistisch gezien onder de collectieve sector; de premies van de particuliere verzekeraars echter niet. Maar deze verschuiving heeft niet geleid tot een bezuiniging in de gezondheidssector. De ziekenfondsen hebben een groot deel van hun draagvlak verloren en de particuliere verzekeraars zien zich genoodzaakt de premies te verhogen. Genoemd kan ook worden de wetgeving op het gebied van de vrije beroepen. De Tijdelijke Wet Normering (TWN) moest tot twee keer toe worden verlengd. Nu is er een wetsontwerp (Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren), dat als inzet heeft de werking van de vrije markt te bevorderen en waarin aansluiting wordt gezocht bij de Wet Economische Mededinging. Deze laatste wet is echter onhanteerbaar gebleken. Een recent voorbeeld is de gerechtelijke uitspraak dat Hoffmann Laroche in 1976 ten onrechte van het ministerie van Economische Zaken opdracht heeft gekregen de prijzen van valium en librium te verlagen. Weinig gelukkig is ook de wijze, waarop het prijs-inkomensbeleid de laatste jaren het veld heeft moeten ruimen voor een systeem van afspraken tussen organisaties (Verenigde Nederlandse Zieken-

fondsen (VNZ) aan de ene kant, organisaties van medewerkers aan de andere kant) en de manier waarop de staatssecretaris met beroepsgroepen is omgesprongen. Een manier van handelen die geen privaatrechtelijke grond heeft, alsook geen publiekrechtelijke basis kent, en waar dus b.v. de Tweede Kamer niets aan kan doen. (Bij voorbeeld bij het Generaal Akkoord met de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en het Convenant met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).) Het eind van deze worsteling is nog niet in zicht. Volgens het huidige kabinet moet er in de periode 1986-1990 voor f 1,2 miljard worden omgebogen, waarvan de helft door volumebeperking en de andere helft door financieringsverschuivingen. De helft van al die bedragen zou in 1987 moeten worden opgebracht. Eerdere denkbeelden om niet alleen de 'pil' maar ook tandheelkundige verstrekkingen uit het ziekenfondspakket te halen, blijven rondwaren. Voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp dreigen er nieuwe eigen bijdragen aan te komen. Aan deze manier van ingrijpen zitten verschillende afkeurenswaardige kanten. Uiteraard is het goed de Nederlandse burgers op te voeden tot bewuste gebruikers van de gezondheidszorg, maar dan via Gezondheids Voorlichting en Opvoeding (G.V.O.) door deskundigen, en niet via de portemonnee. Dat treft de sociaal zwakken op een onfatsoenlijke manier én het is bovendien een gevaar voor de volksgezondheid. Op dit ogenblik ervaren brede lagen van de bevolking voortdurend aanslagen op hun inkomens. Dit moet zich wreken: als mensen gaan bezuinigen, bezuinigen zij allereerst in de preventieve sfeer (minder controlebezoeken), dan wel door met het inroepen van medische hulp te lang te wachten. Ongetwijfeld zal dat zeker het geval zijn voor tandheelkundige hulp.

6. EEN TOEKOMSTVISIE

Hoe zou het wél moeten? Het blijft dringend nodig dat de gezondheidszorg wordt gefinancierd uit één pot, waaraan door allen naar draagkracht wordt bijgedragen: een volksverzekering. Er zou voorts een financieel kader moeten komen door een Financieel Plan, waarin de verschillende grote financiële stromen worden vastgelegd en dat jaarlijks aan het parlement ter goedkeuring wordt aangeboden. De gezondheidszorg moet het kenmerk behouden van 'maatschappelijke voorziening' en dat kenmerk moet worden versterkt langs de lijnen uitgezet in de Structuurnota: door democratisering, echelonnering en decentralisatie. De kostenbeheersing zal in preventie een structurele grondslag moeten krijgen.

Ook zou de aanbodzijde in de gezondheidszorg onder controle moeten worden

gebracht. Het is echter dringend nodig dat de discussie over de fundamentele zaak van de maatschappelijke ordening op korte termijn wordt voortgezet en afgerond. Pas daarna mogen van de politiek daden worden verwacht die duurzame resultaten kunnen opleveren.

SUMMARY

POLITICS AND HEALTH CARE

Keywords: Community dentistry – Dental health care – Politics

In this article attention is paid to health care at present and in the past and the way of financing. The effect of political decisions on the health care structure is described. Two political questions are raised: 1. should the insurance system be changed into a delivery system and 2. how must the financial shortages in the health care system be solved. Finally a short vision of the future is sketched.

Onderwijs

HET OORDEEL VAN STUDENTEN OVER EEN CURRICULUM IN DE VORM VAN EEN INDIVIDUEEL STUDIE SYSTEEM

SAMENVATTING

In 1982 is de Subfaculteit der Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen gestart met het invoeren van een nieuw curriculum in de vorm van een Individueel Studie Systeem (ISS).

In dit artikel worden de meningen van de studenten over dit ISS geanalyseerd. Bovendien worden de resultaten gepresenteerd van een enquête naar de oorzaken van het gegeven dat de studenten elk jaar minder studielast realiseren.

Het merendeel van de studenten lijkt ingenomen met het principe van het ISS. Opvallend genoeg lijkt het slechte toekomstperspectief nauwelijks een factor te zijn voor het feit dat men langzamer gaat werken.

VERMEER EH, VAN DE POEL ACM. Het oordeel van studenten over een curriculum in de vorm van een Individueel Studie Systeem. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 536-8.

E. H. Vermeer, onderwijskundige*)
A. C. M. van de Poel, tandarts

Uit de Subfaculteit der Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen.

*) Thans werkzaam aan de Universiteit Twente.

Trefwoorden: Individueel Studie Systeem

Datum acceptatie: 14 oktober 1987.

Adres: Ir. E. H. Vermeer, Zamenhoflaan 280, 7522 KX Enschede.

I. INLEIDING

In 1982, gelijktijdig met de invoering van de Wet Tweefasenstructuur, startte de Subfaculteit der Tandheelkunde in Groningen met een nieuw curriculum dat geheel volgens de principes van een Individueel Studie Systeem (ISS) werd opgezet (zie afbeelding).¹ Hierdoor werd het jaarclassensysteem losgelaten en konden de studenten binnen de wettelijk voorgeschreven grenzen hun eigen studietempo bepalen. Deze grenzen zijn onder meer: een jaarlijkse studielast van 1700 uur en een vierjarig doctoraal programma dat in maximaal zes jaar moet worden doorlopen met daarbinnen de éénjarige propaedeuse die in uiterlijk twee jaar moet worden voltooid.

Bij de uitvoering van het nieuwe curriculum was al een groot deel van het 'oude' curriculum geïndividualiseerd. Nieuw was, dat voor het eerst *alle* stof in de vorm van een ISS werd aangeboden. Ook volgorde, inhoud en samenhang werden veranderd. Daar het programma inmiddels al weer enige tijd operationeel is, was het



zaak na te gaan hoe de studenten de gekozen opzet beleven.

Een tweede reden om de beleving van het onderwijs te onderzoeken, was de waarneming dat de studenten vanaf de in-

voering van het nieuwe curriculum een jaarlijks afnemende studielast realiseerden en daardoor steeds verder onder de wettelijke norm van 1700 uur zakten.²

Naar de mening van de studenten over