

ONZE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE IN EEN DRAAIKOLK.

Wij worden overstelpt met wetten en wetsvoorstellen Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven Gezondheidszorg. Dit alles om de volledig uit de hand lopende kosten onder beheersing te krijgen.

Wanneer men de hele gang van zaken nauwkeurig gevolgd heeft, kan men zich niet onttrekken aan de vergelijking met een averechts werkende behandeling omdat men een verkeerde diagnose gesteld heeft. Wij worden geconfronteerd met een veelvoud van beperkende maatregelen en voorschriften die tot gevolg hebben dat niemand de verantwoordelijkheid voor zijn handelen meer kan dragen.

Om in deze chaos weer orde op zaken te kunnen krijgen zullen wij ons eerst moeten afvragen; wat verstaan wij onder gezondheidszorg? Wat beogen wij ermee? En...wat dienen wij ermee te beogen!

Een goede gezondheidszorg organisatie moet, óók in financieel opzicht, waarborgen dat iedere Nederlander de mogelijkheid krijgt om zèlf te kunnen bepalen òf hij, en zo ja, door wie, waar en onder welke voorwaarden behandeld wil worden.

Waarom is daar een gezondheidszorg organisatie voor nodig? Anders gezegd; wat staat een grote groep mensen hiertoe in de weg? Dat de kosten van een dergelijke behandeling zijn financiële draagkracht veelal te boven gaan. De enorme vooruitgang in de medische wetenschap heeft de behandelingsmogelijkheden sterk uitgebreid, maar dat brengt ook beduidend hogere kosten met zich mee. Daarom heeft men indertijd een wettelijk verplichte verzekering ingevoerd voor de lagere inkomens. Deze groep van wettelijk verplicht verzekerden omvat heden ongeveer 70% van onze bevolking! De overigen hebben zich vrijwillig verzekerd tegen de z.g. "hoge risico's".

Waar komt dit systeem, deze organisatievorm, in de praktijk op neer? Dat men na betaalde premie verder gratis gezondheidszorg verkrijgt. Wat is hier tegen? Waarom werkt dat systeem niet kostenbeheersend?

Om hier een helder antwoord op te kunnen geven zullen wij ons eerst moeten realiseren dat gezondheidszorg als dermate belangrijk wordt ervaren, dat niemand van ons er zich bij neer zou leggen dat wie dan ook daar om financiële redenen van verstoken zou blijven. Men zou daar de conclusie uit kunnen trekken dat gezondheidszorg eigenlijk gratis zou moeten worden verstrekt. Maar dat blijkt niet te kunnen, dan zouden de kosten eerst goed uit de hand gaan lopen. Waarom dat niet kan kunnen wij het beste aan de hand van een vergelijkbare levensbehoefte illustreren. Iedereen heeft brood nodig. Daarom besluiten wij dit gratis te gaan verstrekken. Wat gebeurt er dan? De bakker staat aan de deur. Een kind roept naar moeder...moeder, de bakker is er, hoeveel brood heb je nodig? Moeder denkt even na, drie broden...nou ja, neem er maar vier dan hebben wij in ieder geval genoeg. Het vierde brood vindt men een paar dagen later in de vuilnisbak! Nou ja, het heeft niets gekost, dus dat is toch niet zo erg? Kwaadwilligheid? Welnee; het is een te voorzien gevolg van een verkeerde organisatie!

Gratis gezondheidszorg na betaalde premie lokt op dezelfde wijze grote verspilling uit, óók wanneer er geen enkele kwaadwilligheid in het spel is! Maar deze diagnose wordt in de huidige

beleidsvoering niet gesteld! Daarom, en daarom alleen komen wij voortdurend van kwaad tot erger!

Het beperkt zich n.l. niet tot de verspilling, want de verspilling roept weer maatregelen in het geweer die op hun beurt de persoonlijke vrijheid van de patient weer verder aantasten. De patient staat niet meer centraal, hij is niet meer de opdrachtgever van de hulpverlener, nee, de opdrachtgever is de verzekeringsinstantie waar de patient zijn eigen verdiende geld aan betaalt, of zelfs wettelijk verplicht aan moet betalen!

Samenvattend: de patient betaalt zijn premie aan de verzekeraar en de verzekeraar bepaalt de voorwaarden van de behandeling en betaalt de hulpverlener. Automatisch wordt de verzekeraar op deze wijze de opdrachtgever van de hulpverlener, want die is geheel afhankelijk van de hem betalende partij, van zijn broodheer!

De verzekeraar moet de kosten beheersen, want hij moet uitkomen met zijn geïnde premiën. Dus met het geld van de patient in zijn handen beslist nu de verzekeraar inplaats van de patient; of de patient behandeld wordt, en zo ja, door wie, waar en onder welke voorwaarden. De verzekeraar zal mij nu tegenwerpen dat er vrije artskenkeuze bestaat, maar dat houd ik tegen, want de arts zal zich in zijn hulpverlening altijd moeten onderwerpen aan de verzekeraar. Met vrije artskenkeuze wordt natuurlijk gekozen voor een bepaalde wijze van patienten behandeling/benadering en die is niet meer vrij!

Inmiddels is door de economische situatie deze hele "noodlotsymphonie" zo ver gevorderd dat de macht in de handen van de overheid is gevallen, waardoor het verdwijnen van het zelfbeschikkingsrecht van de patient bij wet kan worden afgedwongen.

Men praat dus over gezondheidszorg organisatie, terwijl het beoogde doel van een dergelijke organisatie inmiddels geheel vernietigd is. Het onvervreembare recht van een patient om zelf te kunnen bepalen of hij, en zo ja, door wie, waar en onder welke voorwaarden behandeld wil worden, dat recht is hem uit handen genomen en is nu aan de overheid voorbehouden! Wanneer men daarbij bedenkt dat de overheid dat uitsluitend kan doen omdat zij de patient bij wet verplicht heeft om een deel van zijn eigen verdiende geld in te leveren en de overheid met behulp van datzelfde geld de macht in handen neemt!

Ook de hulpverleners zijn hun zelfstandigheid geheel kwijt geraakt, zij zijn op dezelfde wijze in hun doen en laten geheel afhankelijk van de overheid geworden doordat die hun broodheer geworden is. De organisaties van de hulpverleners capituleren dan ook bij voortduring, en dit ondanks hun beroepseed! Op deze wijze is het huidige beleid verworpen tot "Onbehoorlijk bestuur".

Weet het publiek dat? Wil het publiek dat? Natuurlijk niet! Daarom moeten zij op de hoogte gebracht worden voordat het helemaal te laat is. Daarom moet een goede diagnose over de werkelijke oorzaken van de kostenstijgingen in de gezondheidszorg bekendheid krijgen en niet langer gesaboteerd worden!

Om dit voor iedereen helder te brengen moet eerst worden vastgesteld dat het doel van de gezondheidszorg voorop dient te staan. Hiervoor moet de zelfstandigheid van de hulpverleners weer hersteld worden. De hulpverlener moet voor zijn eigen levensonderhoud weer uitsluitend afhankelijk worden van de zich aan hem toevertrouwende patient en van niemand anders. Om dit doel te kunnen bereiken moeten wij weer terug naar een zelf de arts betalende patient! Kan dat? Zo ja, hoe dan?

Hieronder volgt een globale schets van een organisatievorm die

dit weer volledig mogelijk moet maken.

In de inleiding hebben wij vastgesteld dat de financiële draagkracht van de meeste mensen tekort schiet om de noodzakelijke gezondheidszorg volledig te kunnen betalen. Het accent ligt hierbij op het "volledig". Een logische conclusie is dan, dat het "niet haalbare deel" van de kosten door de gemeenschap moet worden verstrekt. Het is evenzeer logisch om ons te realiseren dat het deel van de kosten dat men wèl zelf kan betalen, van persoon tot persoon wisselt.

Het deel (percentage) dat iemand zelf kan betalen wordt door allerlei factoren bepaald, zoals: hoe groot is het inkomen, wat is de vermogenspositie, hoeveel kinderen moeten er verzorgd worden, zijn er thuis wonende kinderen die een betaalde baan hebben enz. De meest geschikte instantie om deze gegevens te verzamelen en bijeen te voegen is onze Centrale Belasting Administratie te Apeldoorn. Daar beschikt men over de apparatuur en de mensen die daar terzake kundig mee om kunnen gaan, zodat de noodzakelijke capaciteitsvergroting daar het beste tot zijn recht komt. Hoe een en ander in zijn werk zal gaan zal in dit bestek slechts in grote lijnen worden weergegeven.

Nadat in Apeldoorn voor iedere daarvoor in aanmerking komende persoon de gegevens zijn verzameld, wordt aan die persoon een certificaat opgezonden, waarop vermeld staat welk percentage van de medische verzorging zèlf betaald moet worden. Wanneer bijvoorbeeld het inkomen voor het betreffende jaar nog niet vaststaat, wordt een voorlopig certificaat verstrekt en volgt later een definitieve afrekening, precies zoals dit nu reeds voor de Inkomsten Belasting gebeurt. De certificaten worden dus jaarlijks verstrekt en aangepast aan de voor dat jaar geldende financiële positie van de betreffende certificaathouder. De richtlijnen voor het vaststellen van de hoogte der percentages komen van de overheid bij wet.

De verdere gang van zaken is als volgt gedacht: Iemand heeft voor zichzelf of voor een lid van zijn gezin medische hulp ingeroepen. De hulpverlener stuurt hem/haar na afloop een declaratie in tweevoud voor de verleende diensten. Hoe verloopt de betaling nu? Dat kan op vele manieren. Men kan met de declaratie naar een betalingskantoor van de overheid gaan, vertoont daar zijn certificaat en de declaratie, betaalt zijn eigen deel en ontvangt één van de twee declaratieformulieren met de aantekening "voldaan" retour. Het betalingskantoor zendt het betaalde bedrag plus het duplicaat van de declaratie naar Apeldoorn en van daaruit wordt het hele bedrag aan de hulpverlener overgemaakt.

Wanneer iemand bezwaar heeft om zijn certificaat op een postkantoor te vertonen, bijvoorbeeld omdat hij geen zin heeft om zijn financiële positie in zijn directe omgeving bekend te maken, dan kan hij de girodienst machtigen om de betalingen voor hem af te wikkelen. De girodienst vraagt in dat geval het op het certificaat voorkomende percentage in Apeldoorn op. Wil men ook dit om een of andere reden niet, dan kan betaling rechtstreeks via de belastingdienst plaats vinden. Daar kan niemand bezwaar tegen hebben omdat zijn financiële positie daar in ieder geval al bekend is.

Ook de hulpverleners krijgen geen enkele inzage van de op de certificaten voorkomende percentages, dat is op deze wijze ook geheel overbodig. De privacy van iedere persoon is zodoende geheel gewaarborgd.

Door invoering van dit systeem weet de hulpverlener dat ieder-

een in staat is om een redelijk honorarium voor zijn verleende diensten te betalen. Maar hij weet óók, dat de hulpvragende een eigen- strikt bij zijn financiële positie passend offer moet brengen, hetgeen nonchalance bij het vaststellen van de tarieven voorkomt. Wanneer hij bijvoorbeeld een onnodig hoog tarief in rekening zou brengen, loopt hij een behoorlijke kans dat de patient òf bezwaren maakt, òf zich in het vervolg tot een andere hulpverlener zal wenden die wèl een redelijk tarief berekent. Een op deze wijze weer zelf betalende patient wordt automatisch een onbezoldigde controleur van zijn eigen doen en laten èn van het doen en laten van de hulpverleners. Dat kan niet anders dan enorm kostensparend werken!

Soms wordt het bezwaar gehoord als zou een patient niet in staat zijn om te kunnen beoordelen wat een arts doet. In de eerste plaats vergeet men dan dat dit wel waar mag zijn, maar dat een patient weldegelijk instaat is om te beoordelen of hij met een eerlijke bewogen arts te doen heeft. Dat laatste is een afdoende waarborg dat de arts de door hem afgelegde beroepseed serieus neemt. Bovendien heeft men bij twijfel voldoende gelegenheid om een andere arts te raadplegen of van arts te veranderen. Dit temeer omdat er geen enkele sprake is van een tekort aan artsen in ons land.

Hoe worden de hoge risico's zoals ziekenhuisopname, kostbare operaties of andere behandelingen betaald?

Bij invoering van dit systeem kan iedereen, ongeacht zijn inkomen, een particuliere verzekering sluiten tegen dergelijke risico's. Om dit te verduidelijken het volgende voorbeeld: Iemand heeft een certificaat waarop bijvoorbeeld vermeld staat dat hij 5% van de kosten zelf moet betalen. Dat wil zeggen dat hij van de hoge risico's ook slechts 5% zelf hoeft te betalen. De rest is immers via zijn certificaat al gedekt. Daarom hoeft hij slechts een verzekering te sluiten die 5% van de kosten dekt. Die premie is dus maar heel laag en volledig aangepast aan zijn inkomen/vermogen positie, dus haalbaar. Bij alle verzekeringen tegen de hoge risico's moet echter één kanttekening gemaakt worden:

Deze verzekeringsvorm houdt weer dezelfde fout in die tot verspilling leidt; na betaalde premie gratis gezondheidszorg! Dat moet natuurlijk vermeden worden, en kan slechts vermeden worden door ook hier uitsluitend het niet haalbare deel van de kosten te verzekeren, zodat iedereen altijd voor een bij die zeer hoge kosten passend deel (percentage) betaalt. Dus geen vaste bedragen, maar percentages!

Zoals bij ieder systeem zijn er hier ook natuurlijk uitzonderingen. Men denke aan blijvende invaliditeit of zeer langdurige verplegingen, waarbij het inkomen van de betreffende persoon geheel komt te vervallen. De eigen draagkracht valt dan in wezen terug tot nul. Dit betreft echter gelukkig een klein- en daardoor goed controleerbaar aantal gevallen waarbij overgegaan zal moeten worden tot een door de gemeenschap geheel te betalen behandeling.

In dit bestek wordt met het oog op de leesbaarheid volstaan met het aangeven van deze grote lijnen, waarbij het principe van de gedachtengang is weergegeven. De hele uitwerking is echter op zijn details bekeken en besproken met diverse vakmensen op dit gebied. Ook de mogelijkheden van fraude zijn nagegaan, waarbij bleek dat frauderen geen enkele kans maakt om onopgemerkt te blijven. Dit wordt vermeld omdat de aandachtige lezer nog vele vragen onbeantwoord zal vinden, maar dat zijn allemaal details die pas aan de orde komen wanneer de grondgedachte wordt

aanvaard. Ook het vaststellen van de regels voor het berekenen van de percentages van zelfbetaling zal door deskundigen moeten worden begeleid.

Een niet te veronachtzamen voordeel hierbij is de eenvoud om correcties te kunnen aanbrengen. Stel bijvoorbeeld dat de percentages op de certificaten te hoog of te laag zouden blijken. Dan is het heel eenvoudig om onmiddellijk in te grijpen door alle percentages met het noodzakelijke aantal procenten te vermeerderen of te verminderen. Ook bij wisselende economische omstandigheden zal het eigen aandeel in de kosten op de meest eenvoudige manier kunnen worden aangepast.

Na deze financieel organisatorische aspecten te hebben weergegeven, is het goed om er nogmaals op te wijzen dat bij dit voorstel voorop staat dat onze gezondheidszorg weer aan zijn fundamentele doelstellingen zal kunnen beantwoorden. Onder die doelstellingen wordt verstaan dat het begrip "ziekenfondspatient" verdwijnt en dat iedereen zijn vrijheid herkrijgt om zelf te kunnen beslissen of hij, en zo ja, door wie, waar en onder welke voorwaarden behandeld wil worden. Anders gezegd: dat iedereen de vrijheid herkrijgt om zelf te kunnen beslissen over de vorm en de wijze van hulpverlening die hij wil ontvangen, en deze vrijheid niet langer hoeft prijs te geven door het feit dat hij de financiële consequenties niet volledig voor zijn eigen rekening kan nemen. Wanneer de gemeenschap besluit om onvoldoend draagkrachtigen financieel te helpen, mag dit nimmer ten koste van iemands persoonlijke vrijheid gaan, en zeker niet als het om gezondheidszorg gaat.

Het voorgestelde systeem (organisatievorm) biedt deze mogelijkheid volledig omdat bij deze vorm alle betrokkenen er belang bij hebben om de kosten zo laag mogelijk te houden.

J. Hupkes

