

De eerste reeks zittingen is afgesloten met het voornemen te zijner tijd een nieuwe reeks bijeenkomsten te organiseren. Dan zal worden uitgegaan van een strenger omlijnd trainingsprogramma met een groep die zich zeer bewust voor deze reeks heeft opgegeven. Vrijblijvendheid blijkt namelijk toch een te storend element voor een goede opzet te zijn.

Bovenstaand voorbeeld van samenwerken werd gepresenteerd op de eerste contactdag tussen psychologen en huisartsen. Mijns inziens kan de psycholoog voor de huisarts van grote betekenis zijn, niet alleen voor de eigen praktijkvoering, maar ook voor het vervullen van de rol van „communicatieverbeteraar” zowel interdisciplinair extramuraal als tussen de intra- en extramurale instanties. Bovenbeschreven activiteit is slechts een voorbeeld uit vele mogelijkheden. Voorwaarde is echter wel dat de psycholoog een bereikbare figuur wordt, terwijl hij bereid moet zijn zich te oriënteren in de specifieke problematiek van de huisartspraktijk.

Een intramuraal werkende psycholoog is voor de huisarts een moeilijk bereikbare figuur. De mening

heerst — en de ervaringen met bovengenoemde groep bevestigen dit voortdurend — dat het zeer zinvol zal zijn om na te gaan hoe de psycholoog in het eerste echelon reeds zou kunnen worden ingezet. Talrijke problemen waarvoor men nu nog op de instanties van het tweede en derde echelon moet terugvallen zouden dan ter plaatse kunnen worden opgelost.

De oriëntatie van de psycholoog in de problematiek van de huisartspraktijk heeft vooral betekenis omdat hij dan zal bemerken dat vele van zijn technieken — overwegend tijdrovend en arbeidsintensief — zullen moeten worden aangepast aan de daarin gebruikelijke wijze van werken. Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de beschikbare tijd en het aanbod van patiënten.

In elk geval lijkt het alleszins de moeite waard het gelegde contact te intensiveren en na te gaan welke de praktische mogelijkheden zijn. In de toekomst zal nadere informatie worden verstrekt over de psycholoog, de „soorten” psychologen, hun mogelijkheden en hun beperkingen.

*Financiële implicaties: een onbekende grootheid**

DOOR ALWIN POLDERMAN

Boosaardige lieden zouden bij het zien van de volgorde van het viertal inleidingen wellicht zijn geneigd te zeggen: „Zie je wel, de plannenmakers zijn eerst druk doende geweest de meeste utopistische modellen op te bouwen voor een schier volmaakte eerste-lijnszorg, om tenslotte bij het scheiden van de markt in een vlaag van realiteitszin tot de ontdekking te komen dat met het verwezenlijken van al deze schone voornemens ook nog het nodige geld gemoeid is, en, zo zegt hun bange voorvoelen, niet zo weinig geld ook.”

Deze boosaardigheid zij verre van mij; door een ieder kan slechts worden geconstateerd dat de realisering van een goede zorgverlening aan de cliënt/patiënt geld, waarschijnlijk zelfs veel geld kost. Doch hoe dan ook, de financiering is terecht als sluitstuk in het programma opgenomen, zij het dan als een belangrijk sluitstuk.

Boven dit betoog staat volgens het programma-boekje kort en krachtig: „Financiële implicaties”.

* Voordracht, gehouden tijdens het symposium „Meer lijn in de eerste lijn” van de Medische Faculteit Rotterdam, februari 1972.

De spitsvondige geest die dit etiket op zijn geweten heeft werd door mij bij het samenstellen van deze inleiding herhaaldelijk verwenst, omdat naar mijn gevoel mij hierdoor een aantal verplichtingen werd opgelegd, waaraan te enen male niet zou kunnen worden voldaan. Door niemand kan worden vastgesteld welke kosten een volgens theoretisch model ideale vorm van eerste-lijnszorg met zich zou brengen, op grond van het simpele feit dat in Nederland een dergelijke samenwerkingsvorm nog niet is gerealiseerd.

De kostenontwikkeling in de gezondheidszorg is even spectaculair als onrustbarend, zeker gezien in het licht van de ontwikkelingen in andere maatschappelijke sectoren. In tegenstelling tot de temporisering die door verschillende overheidsmaatregelen aan toch ook zeer belangrijke sectoren zoals bijvoorbeeld onderwijs, cultuur en recreatie wordt opgelegd, ondervindt de onverminderde kostenstijging in de gezondheidszorg geen enkele hinderpaal.

Integendeel, de groei gaat zelfs in een versneld tempo door, ondanks de ogenschijnlijke afremming

op grond van de wet ziekenhuisvoorzieningen, waarvan onder meer artikel 29 — waarin het bouwen van inrichtingen voor gezondheidszorg zonder ministeriële goedkeuring strafbaar wordt gesteld — onlangs van kracht is geworden.

Desondanks stijgen de verpleegtarieven in de ziekenhuizen dit jaar weer met ongeveer 27 procent. Natuurlijk houdt deze stijging niet alleen verband met ongebreidelde bouwactiviteiten, ook het arbeidsintensieve karakter van de zorgverlening in de ziekenhuizen wordt hierdoor ruimschoots weerspiegeld. Ruim 64 procent van de tarieven wordt gevormd door de loonkosten, met andere woorden van de gemiddelde kosten van f 88,15 per verpleegdag in 1970 in de Nederlandse ziekenhuizen kan f 56,62 worden toegerekend aan personeelskosten.

Al met al doet zich een kostenstijging voor in het kader van de ziekenfondsverzekering en van de algemene wet bijzondere ziektekosten (A.W.B.Z.) van — gemakshalve worden om het niet al te moeilijk te maken slechts zeer grove getallen genoemd — 5 miljard in 1971 tot naar raming 6,5 miljard in 1972, en dat dan nog bij een vrijwel gelijkblijvend verstrekkingspakket: een stijging derhalve van ruwweg 30 procent, ongetwijfeld een huiveringwekkende ontwikkeling.

Het antwoord op de vragen of beperkingen in de sector van de gezondheidszorg dan niet noodzakelijk zijn, omdat er misschien nog een achterstand is of dat er veeleer sprake is van een gebrek aan instrumentarium om een kostenbeheersing operationeel te maken, lijkt zonder meer te tenderen naar laatstgenoemde opvatting. Een zorgwekkende zaak, een testimonium paupertatis. Het ach en wee geroep is dan ook niet van de lucht.

Veldkamp vroeg zich reeds in 1965 af of langzamerhand niet de grens was bereikt van de totale premielast van de sociale verzekering met inbegrip van de ziekenfondsverzekering. Ook Roolvink heeft herhaaldelijk blijk gegeven van het feit dat de voortdurende stijging van de ziekenfondspremie en de totale lastenstijging op het terrein van de gezondheidszorg hem grote zorgen baarde.

De directeur van het centraal orgaan ziekenhuistarieven (C.O.Z.) Drs. Wagner — de „waakhond” over de tariefsvorming in de ziekenhuizen —, beklemtoonde het feit dat van een kostenbeheersing in de gezondheidszorg tot nu toe nauwelijks sprake is geweest. De gehele ontwikkeling van de gezondheidszorg draagt een duidelijk autonoom karakter. Hij drukte dit als volgt uit: „De wereld van de gezondheidszorg bepaalt zelf voor een belangrijk deel welke hap zij neemt uit het nationaal inkomen. De rest van onze maatschappij ziet daarbij lijdelijk toe en klaagt zo nu en dan over de hoge kosten”.

Anderen hebben geprobeerd om de kostenontwikkeling min of meer te kwantificeren. Een inmiddels berucht voorbeeld daarvan is geworden de berekening van G. W. de Sit. Genoemde actuaaris becijferde dat bij een gemiddelde stijging van de contractlonen met 7% per jaar tegen een stijging van de kosten van gezondheidszorg met 13% per jaar, de ziekenfondspremie uitgaande van de 7½ procent van het premieplichtige loon in 1970, binnen tien jaar zou stijgen tot 12,9 procent, binnen twintig jaar tot 22,3 procent en over veertig jaar zelfs tot 66,5 procent van het premieplichtige loon. Met andere woorden, van elke f 100,— inkomen zou men tegen die tijd tweederde moeten besteden aan gezondheidszorg, aldus De Wit.*

Een uitlating van een andere ziekenhuseconoom heeft vorig jaar ook de nodige rumor in casa veroorzaakt. De Utrechtse ziekenhuseconoom Dr. L. P. de Jong verklaarde dat bij een voortgaande ontwikkeling in dezelfde lijn binnen tien jaar de verpleegtarieven in de ziekenhuizen zouden zijn gestegen tot f 500,— per dag. Werd deze uitlating tot voor kort beschouwd als een vorm van galgenhumor, de voortgaande ontwikkeling lijkt De Jong in het gelijk te stellen.

Iets dergelijks is onlangs eveneens gesignaleerd door J. Hendriks, voorzitter van de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen. Hij stelde dat de prognose van De Jong „nog aan de matige kant zou blijken te zijn” indien op dezelfde voet wordt doorgegaan.

Bestaat er eigenlijk wel een mogelijkheid om de ontwikkeling in het kader van de gezondheidszorg meer dan tot nu toe het geval was te doen baseren op in de economie gebruikelijke uitgangspunten?

De vraag rijst dan of de kosten-baten-analyse niet een van de punten zal moeten worden waaraan de gezondheidszorg kan en mag worden getoetst. Hierover wordt zeer verschillend gedacht. De Amsterdamse (thans oud-)hoogleraar Querido heeft destijds in de debatten in de Eerste Kamer duidelijk gemaakt dat indien een schaarste aan financiële middelen zou ontstaan en er een keuze zou moeten worden gemaakt „alleen overwegingen van volksgezondheid de doorslag zullen mogen geven”.

Festen zegt het aldus: „Het economisch beginsel van de kosten-baten-analyse bij de curatieve gezondheidszorg kan geen basis voor het vaststellen van prioriteiten en uitgaven zijn”. Toch lijkt de

* In de gevolgde berekeningsmethode zit een denkfout. Ten onrechte wordt er van uit gegaan dat uw en mijn, oftewel het nationaal inkomen en het premieplichtig loon identiek zijn.

tijd niet ver meer dat de taboesfeer rond de vraag: „Wat is een leven waard in economische zin” zal moeten worden doorbroken. Het Tweede Kamerlid D. Dolman heeft dit reeds aangeduid bij zijn uitspraak op een symposium in Nijmegen dat over een aantal jaren de vraag „Hoeveel is de patiënt ons waard” niet meer op fluistertoon kan worden behandeld, omdat de schaarste aan financiële middelen ons dan zal dwingen een duidelijk antwoord op deze vraag te geven.

Bij mijn poging om het aandeel van de extramurale zorg en dan met name die rondom het gezin te kwantificeren in het totale kostenbudget van de gezondheidszorg, blijf ik helaas steken in veronderstellingen, een verschijnsel waaraan kennelijk de gezondheidszorg per definitie mank moet gaan, omdat vraag en aanbod van medische diensten door andere wetten worden beheerst dan andere maatschappelijke sectoren.

Voor vele economen, rechtlijnig denkend als zij zijn, is de kennismaking met de principia der gezondheidszorg een verbijsterende ervaring, die alras tot de conclusie moet leiden: „Laat het maar op ons afkomen, we zien wel wat het kost, god zegene de greep”, een défaitisme dat de vertegenwoordigers van de georganiseerde vraag naar medische diensten ook nogal eens parten pleegt te spelen.

In tegenstelling tot de medisch-technische ontwikkeling, waarbij men wordt geconfronteerd met het steeds meer weten van of met het verdiepen van de kennis omtrent steeds kleiner wordende terreinen, wordt men aan de „management”-kant van de gezondheidszorg geconfronteerd met steeds uitgestrekter terreinen waarvan met een steeds globaler kennis moet worden volstaan. Indien men zich derhalve aan bespiegelingen gaat wagen over de toekomst, dan kan men dat slechts doen aan de hand van ervaringscijfers uit het verleden.

Als een der oorzaken voor de onevenredige ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg in vergelijking met andere sectoren, zou in zijn algemeenheid kunnen worden genoemd de ontwikkeling van het medische kennen en kunnen in de curatieve gezondheidszorg. Deze ontwikkeling vindt haar weerslag in de aanpassing van onze verzekeringsstelsels daaraan.

Een andere factor wordt gevormd door de individuele prioriteitenstelling, vaak gebaseerd op emotionele gronden. De consument heeft immers in de gezondheidszorg geen keus tussen wit of zwart; het gaat om wit, witter, witst.

Een aardige illustratie daarvan vormt de uitspraak van de u wellicht niet geheel onbekende Johnnie Jordaan die kort na het herstel van een ernstige ziekte in de roemruchte Vuist van Willem Duys verklaarde „Dat je pas in een ziekenhuis goed gaat

beseffen dat je in feite alles er voor over hebt om weer beter te worden en om gezond te blijven”.*

Indien een nog witter wassend wasmiddel op de markt van de gezondheidszorg wordt gelanceerd, dan zal de consument naar alle waarschijnlijkheid daarnaar grijpen; het komt echter niet bij hem op om wat zuiniger om te springen met zijn eigen „stoffelijk omhulsel”, waardoor dat wat langer zou kunnen meegaan voordat het in de gezondheidszorg-wasautomaat gaat, alle dreigementen van Appels en Iemhoff ten spijt.

Een derde oorzaak voor de onevenredige kostenontwikkeling moet worden gevonden in het feit dat in de gezondheidszorg de efficiency-prikkel zoals deze in het bedrijfsleven als noodzakelijk uitgangspunt wordt gehanteerd, ontbreekt. Het prijsmechanisme functioneert niet in de gezondheidszorg. De kosten worden niet afgewogen tegen de opbrengsten: immers de winstprikkel ontbreekt en waar geen winst is is óók geen verlies**.

Het gevolg hiervan is dat de noodzaak van doelmatig handelen bij ziekenhuisbesturen maar ook bij artsen niet meer wordt gevoeld. In dit verband moge worden opgemerkt dat ook de bestaande tariefspolitiek die op dictatoriale wijze wordt geregeerd door het beruchte minimum-bezettingpercentage van 90 in ziekenhuizen, het „beleggen” van bedden een extra impuls geeft.

De gezondheidszorg heeft bij het aan de man brengen van haar produkten geen marketingrearch van node. Elk produkt, hoe duur ook, wordt geconsumeerd, zeker wanneer het wordt gefinancierd uit collectieve middelen, waartoe door mij voor dit doel onder meer de verzekering krachtens de algemene wet bijzondere ziektekosten en in meer gemitigeerde vorm de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering worden gerekend. Mijn eerste stelling luidt dan ook als volgt.

Er bestaat een wisselwerking tussen de „inhoud” van de gezondheidszorg en de financiering daarvan. Het ontbreken van een financieringssysteem bemoeilijkt de ontwikkeling van nieuwe vormen van zorg, zowel de research daarvoor als ook de massaproductie, terwijl de aanwezigheid van een financieringssysteem een ongebreidelde ontwikkeling kan doen ontstaan, ook (en zelfs) in een onjuiste richting. Met andere woorden, het bestaan van stelsels van ziektekostenvoorziening is een voorwaarde geworden voor een adequate gezondheidsvoorziening.

Het ziekenfondsstelsel heeft in ons land niet

* Deze uitspraak heb ik niet letterlijk kunnen optekenen; zij werd ontleend aan een citaat in een beschouwing van de Nijmeegse ziekenhuiseconoom De Leeuw.

** Zie „Onderneming en non-profit organisatie”: Unie 1971 pag. 50 e.v. Prof. Dr. W. J. van de Woestijne.

alleen de gezondheidszorg voor een groot deel van ons volk toegankelijk gemaakt, maar het heeft evenzeer de ontwikkeling van de gezondheidszorg bevorderd door steeds weer nieuwe experimenten mogelijk te maken. In ons land heeft bijvoorbeeld de ontwikkeling van het verpleegtehuiswezen na de invoering van het recht op verpleging in verpleegtehuizen vanwege de A.W.B.Z., nog eens overduidelijk aangetoond welk een invloed uitgaat van de financieringsmogelijkheid op de gezondheidszorg; de ontwikkeling van de daghospitalen voor psychiatrische patiënten werd sterk geremd omdat tot voor kort geen betalingsmogelijkheden aanwezig waren, met uitzondering van eigen betalingen en die vanwege de Bijstandswet.

In dit opzicht zal de A.W.B.Z. stellig een nog grotere invloed uitoefenen op de totstandkoming van een all-round voorzieningenpatroon zoals bijvoorbeeld de maatschappelijke gezondheidszorg, die binnen afzienbare tijd ook onder de werking van de A.W.B.Z. zal worden gebracht. Ook in Engeland is, na de invoering van de National Health Service, de invloed van het financieringsstelsel op het niveau van de gezondheidszorg aangetoond, ondanks de vele kritiek die vooral in Nederland gehoord wordt.

Een voorbeeld in cijfers: bedroegen de kosten in 1967 van de verpleging in verpleegtehuizen voor gedeeltelijke ziekenfondsrekening ongeveer 18 miljoen gulden, in 1972 zullen deze kosten in het kader van de A.W.B.Z. stijgen tot naar schatting 716 miljoen. Men moet overigens hierbij wel bedenken dat de vergelijking niet helemaal opgaat, doch illustratief is zij wel. Voordat de A.W.B.Z. in werking trad, werd de verpleging van vele patiënten uit eigen bron gefinancierd.

Enkele andere cijfers: in 1948 werd 34 procent van het ziekenfondsbudget besteed aan ziekenhuisverpleging inclusief specialistische hulp; 17 procent van datzelfde budget kwam ten goede aan de „werkers in de eerste lijn”. Deze cijfers bedroegen voor 1963 respectievelijk 51 en 12 procent en in 1968 respectievelijk 55 en 11 procent. Ter vergelijking: de percentages van de farmaceutische hulp waren in de genoemde jaren respectievelijk 17, 16 en 15.

Een ander interessant gegeven is dat te verwachten valt dat de kosten van de A.W.B.Z. van ruim 2,1 miljard in 1972 zullen stijgen tot bijna 5 miljard in 1976, overigens een verstrekkingenpakket omvattend dat grotendeels als curatief en intramuraal kan worden aangemerkt. Eenzelfde ontwikkeling geeft de ziekenfondsverzekering te zien namelijk van 4,5 miljard in 1972 naar 9 miljard in 1976.

Waar blijft nu de reeds genoemde „eerste lijn”, in

ons huidige financieringssysteem slechts gepersonifieerd in de figuur van de huisarts-solist? Te verwachten valt dat zijn aandeel in de gezondheidszorg bij een gelijkblijvende ontwikkeling nog verder zal dalen, zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht.

Geconstateerd moet worden dat in de curatieve hulpverlening via onze verzekeringsstelsels de intramurale zorg een overaccentuering heeft gekregen. Zowel in de ziekenfondsverzekering als in de A.W.B.Z. wordt in het totaal ongeveer 75 procent van het budget besteed aan de intramurale zorg. Het gaat hierbij om en naar veler oordeel heilloze ontwikkeling die tot ingrijpen heeft geroepen via de wet ziekenhuisvoorzieningen.

Hoewel in de thans bekende verzekeringsstelsels nog steeds een duidelijke plaats is ingeruimd voor de curatieve hulpverlening van de huisartsen, rijst toch de vraag of zulks eveneens geldt voor de preventie door de huisarts, casu quo door andere werkers in de eerste lijn. Dit brengt ons tot de tweede stelling.

In beginsel kunnen twee financieringsbronnen worden aangewezen, namelijk subsidies (voornamelijk overheid) en premies (verzekeringsstelsel). Hierbij moet worden geconstateerd dat bij betaling van de premie in een verzekeringsstelsel (ziekenfonds, ziektekostenverzekering) ervan wordt uitgegaan dat de premiebetaler „rechten” verkrijgt. Dit stelsel leent zich dus minder goed voor het financieren van die vormen van zorg die een niet-individueel karakter dragen of waarvoor men „geen risico loopt of meent te lopen”.

Het feit dat de extramurale geestelijke gezondheidszorg — bijvoorbeeld via de sociaal-psychiatrische diensten, overigens sinds kort A.W.B.Z.-verstrekking en dus uit de financiële zorgen — nog te weinig voet aan de grond heeft gekregen, moet voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan het niet-individuele karakter van deze zorg en aan de aanzuigende werking van de klinische hulpverlening. Voor preventie pleegt men zich niet te verzekeren. Een bescheiden gift kan soms nog wel eraf maar, zo redeneert de consument, het moet niet te gek worden.

De Kruisverenigingen zijn ook nooit in staat gesteld om hun activiteiten goed uit te bouwen, zelfs niet terwijl de bevolking dacht en nog steeds denkt dat hun contributie voor de wijkverpleegster is bestemd.

Stelling 3 luidt dus vervolgens: de curatieve zorg is overwegend voorwerp van verzekering geworden, terwijl preventieve activiteiten veelal door subsidies moesten worden gefinancierd. Eenzelfde onderscheid kan worden gemaakt tussen individuele zorg en collectieve zorg. Deze tendenties worden nog versterkt door het bestaan van een in-

komensgrens, die de bevolking verdeelt in ongeveer 70 procent ziekenfondspatiënten en ongeveer 30 procent particuliere patiënten.

Geeft de preventieve hulpverlening door de huisarts in het huidige verzekeringsstelsel al bijna onoverkomelijke financiële problemen (hoe worden bijvoorbeeld de kosten toegerekend aan de particuliere patiënten?) geheel uitzichtloos is de problematiek verbonden aan de financiering van de eerste-lijns geneeskunde die wordt uitgeoefend door een multidisciplinair team — wie daaronder dan ook moge vallen — bijvoorbeeld van een samenstelling zoals Aakster onlangs als „optimaal” heeft bestempeld in een voortreffelijk rapport getiteld: Het Wijk Gezondheidscentrum (W.G.C.). Aakster is zich ook wel degelijk bewust van de financiële problematiek, want zijn hoofdstuk over de financiering van de W.G.C.'s is, ofschoon constructief van opzet, opmerkelijk kort. Voortdurend duiken in dit hoofdstuk de begrippen „gemeenschap”, „overheid” — waartoe gemakshalve ook het preventiefonds naast het ministerie van volksgezondheid en milieuhygiëne wordt gerekend — op als financieringsbronnen.

Aakster weet echter, zoals ieder ander die is geïnteresseerd in deze problematiek, dat „de overheid” slechts een taak voor zichzelf ziet op dit terrein, zolang de experimentele fase van een klein aantal proefobjecten voortduurt.

Oud-staatssecretaris Kruisinga heeft in het verleden duidelijk te verstaan gegeven dat de eerste-lijnszorgverlening op den duur ten laste van de gebruikers zou moeten komen. Hetzelfde heeft zeer onlangs nog minister Stuyt geantwoord op vragen van het Tweede Kamerlid Baruch. Ten aanzien van de bereidheid en de financiële mogelijkheden (behalve garantieverlening) van de lagere overheden, extreme noodsituaties daargelaten, kan weinig hoop meer worden gekoesterd.

Hiermede duiken de problemen in volle omgang op: moet de zogenaamde particuliere patiënt voor een integraal dienstenpakket per abonnement of per verrichting betalen; welke kosten worden in rekening gebracht bij de ziekenfondsen? Leidt het self-supporting uitgangspunt niet automatisch tot het financieel onbereikbaar worden van deze dienstverlening voor de particuliere patiënt? Kan de hulpverlening door de huisarts in teamverband worden voortgezet op basis van een netto honorarium plus normatieve kostenvergoeding, waarbij door het laatste onderdeel misschien kosten worden gedekt die in de integrale hulpverlening wellicht niet meer specifiek te zijnen laste komen?

Het is geen geheim meer dat de sinds enige tijd plaatsvindende gesprekken tussen de landelijke huisartsen vereniging (L.H.V.) en de ziekenfonds-

organisaties over de financiering van „samenwerkingsverbanden” — en dat zijn bepaald nog geen wijkgezondheidscentra zoals Aakster deze bedoelt — welhaast onoverkomelijke problemen hebben opgeleverd, ofschoon van ziekenfondszijde bij herhaling de suggestie is gedaan de kosten van de huisartspraktijk te ontkoppelen van de bruto honorering.

Toegezegd werd dat een integrale betaling zou plaatsvinden van alle werkelijk gemaakte kosten, althans voor zover het ziekenfondsverzekeren, dus gemiddeld 70 procent van de praktijkomvang betreft. Om voor ons onduidelijke redenen heeft de L.H.V. een dergelijk voorstel tot nu toe afgewezen, tenzij een meer emotionele benadering hieraan ten grondslag zou liggen, namelijk het verlangen naar handhaving van de autonomie.

Doch ook wanneer ten aanzien van de werkelijk gemaakte kosten een integrale vergoeding zou worden gegeven, dan nog blijft het probleem bestaan van de toerekening aan de particuliere patiënt. Deze problematiek doet zich a fortiori gelden bij het aantrekken van andere disciplines in het kader van de wijkgezondheidscentra, nog afgezien van mogelijke discrepanties in de honorering der onderscheidene medewerkers.

Of is tegen die tijd het begrip honorering („ereloon”, zeggen onze Belgische bureaus), hetgeen de betaling van diensten in het kader van de uitoefening van het vrije beroep veronderstelt, dan inmiddels obsoleet geworden?

De realisering van de ideeën van de initiatiefnemers tot dit symposium lijkt slechts dan mogelijk, wanneer een integrale volksverzekering tot stand is gekomen waarin met name een sterk accent moet komen te liggen op een brede hulpverlening aan de basis, eventueel met een zekere (financiële?) afgrenzing naar de hogere echelons. In dit verband kan worden gewezen op de vierde stelling.

De werkers in een wijkgezondheidscentrum verrichten zowel curatieve als preventieve werkzaamheden, beiden evenzeer gericht op het individu als op de gemeenschap. Het maken van onderscheid in de aard van de werkzaamheden, in patiënten of cliënten, dan wel in de honoreringsvorm van de werkers, wordt uiterst moeilijk geacht, zo niet onmogelijk. Er zal daarom een geïntegreerde financieringsvorm moeten worden ontwikkeld, geldend voor alle cliënten/patiënten en voor alle vormen van hulp.

Accentuering van de eerste-lijnszorg lijkt naar mijn mening onlosmakelijk verbonden met een hulpverlening „in natura”, zonder dat financiële transacties plaatsvinden tussen het hulpverlenende centrum en de cliënt/patiënt op het moment van de hulpverlening.

Een verrichtingenselsel lijkt nauwelijks te passen in dit patroon. Hetzelfde geldt voor het eigen risico. In samenhang hiermede lijkt een loondienst-verhouding eventueel in stichtingsverband van alle medewerkers aan het wijkgezondheidscentrum onafwendbaar. Wellicht zal tegelijkertijd het begrip „inschrijving op naam”, hetgeen mijns inziens, meer van financiële dan van relationele betekenis is, moeten verdwijnen.

Harde financiële gegevens rond deze vorm van hulpverlening ontbreken te enen male. Overigens moet men zich geen illusies maken over het kostenverlagende effect van samenwerking in de eerste lijn, hetgeen overigens ook niet onze eerste wens is; wel zou de financiering een afspiegeling moeten zijn van de aard en de omvang van de hulpverlening. Tevens zal in georganiseerd overleg moeten worden vastgesteld wat de inhoud van het verzekeringspakket is.

Voorts zal men zich op langere termijn wèl moeten realiseren dat „vrije vestiging” naast hulpverlening via de centra in een en dezelfde regio niet meer mogelijk is. Evenwel, indien er „meer lijn in de eerste lijn” gaat komen, zal ongetwijfeld op de duur de kostenontwikkeling van de totaliteit van de gezondheidszorg worden omgebogen. Dan pas heeft de integrale zorg aan de basis zijn bestaansrecht bewezen, zowel ten gerieve van de cliënt/patiënt die niet meer uit zijn milieu behoeft te worden weggehaald en ambulant blijft, alsook ten

voordele van de macro-economische polsstok, die zeker niet oneindig lang is.

Laatstgenoemd argument zal in de ogen van velen een typisch „technocratisch” uitgangspunt vormen, doch het is nu eenmaal niet anders; onze nationale koek kan slechts eenmaal worden opgedeeld, tenzij men zou geloven in de wonderbaarlijke vermenigvuldiging van de broden.

De ziekenfondsen zijn ten principale bereid de sprong in het duister te wagen, zolang de „point of no return” nog niet is gepasseerd. In voorkomende gevallen willen de ziekenfondsen tezamen met de artsen, wanneer hiertoe door de aanbieders van zorgverlening het initiatief wordt genomen, nieuwe vormen van hulpverlening op gang brengen.

Wat de financiële implicaties betreft moet achter het ideaal van de initiatiefnemers tot dit symposium nog een groot vraagteken worden geplaatst: de financieringslijn in de eerste lijn heeft nog veel weg van een grillige curve. Voor het verkrijgen van een vloeiender verloop van deze lijn is de hulp nodig van artsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en alle andere werkers in disciplines die inherent zijn aan de zorg rond het gezin.

Gelukt dit niet, dan lijkt een verbetering van de eerste-lijnszorg op enigszins beduidende schaal voor de eerste jaren uitgesloten: voorwaar een beklemmende gedachte.