

de geschiedenis en futurologie van de geneeskunde niet afgrendelt door een te momentane modellering, een te eigentijds karakter.

Fis ut sis. Hulp is altijd een begeleiden van mensen onderweg. Het is deelnemen in een verhaal. Tracht iemand zich een voorstelling te maken van hulpverlening, waarin basale zorg lati-longitudinaal wordt uitgewerkt, dan komt hij zeker uit bij bewogen verhalen met een vervolg. Hulp is actueel in kritische fasen, anticiperend op verwickelingen, agogisch in de levenswandel. „De grondnorm van de mens is zijn historiciteit. Dit lijkt mij zo wezenlijk met betrekking tot de werkelijke belangen van de patiënt dat dit noodzakelijk in de medisch-ethische normen moet worden verdisconteerd” (*Sporcken*). Ziektegeschiedenis valt samen met levensgeschiedenis, ziekteverloop is één met levensloop, ziek worden is patiënt worden. Patiënt = duldend, lijdend. Patiënt worden en zijn is een wijze van mens-in-wording zijn, uitgedrukt in een onvoltooid deelwoord. Het is de longitudinale zorg langs de levenslijn, met latitudinale dwarsdoorsneden door de levensge-

schiedenis, die bij uitstek gelegenheid biedt dit gebeuren te observeren. Het motto „fis ut sis”, ge wordt opdat/zodat ge zijt, is meer dan een woordspeling. Het zou de grondgedachte kunnen zijn voor het te ontwikkelen denkkader, omdat het de staat van wording van de mens in de aangesproken persoon plaatst en door de dubbele betekenis van het bijwoord het wezenlijke daarvan, naar mijn mening, zo beknopt mogelijk aangeeft.

Het is duidelijk dat het voorgaande een eerste aanzet bedoelt te zijn tot een herwaardering van de verhouding huisarts-patiënt in maatschappij en wetenschap.

Dankmeijer, J. en P. H. van Laer (1973) *Medisch Contact* 28, 473.

Simon, W. *Challenge to leadership*. The Foco Press, New York, 1973.

Sporcken, P. en J. v. d. Waard. *Ontwikkelingen in de geneeskunde*. Spruyt, van Mantgem en De Does n.v., Leiden, 1972.

Veenhoven, R. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 86.

Wartburg, W. von. *Innere School-reform. Orientierungen der Schweizerische Volksbank no 55*, 1972.

Woudschotenrapport. (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 372.

*Het eigen risico: een gevaar voor de gezondheidszorg**

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM-OMMOORD

Oud vaderlandse zegswijzen: Arbeid adelt — Wie z'n billen brandt moet op de blaren zitten — Geen lusten zonder lasten — Wie het kleine niet eert, is het grote niet weert — Grote jongens huilen niet — Wat niet weet, wat niet deert — Ledigheid is des duivels oorkussen.

De discussie over het eigen risico is als het hebben van koortsuitslag: het is hinderlijk, ontsierend, recidiverend, het treedt op in tijden van malaise, hoewel de verwekker bekend is, is het in beginsel onbehandelbaar maar het gaat altijd vanzelf weer over.

In de zestiger jaren is het eigen risico uitvoerig aan de orde geweest (*Van Es, Geschriften van de Prof. Mr. B. M. Teldersstichting*) nu is het kennelijk alweer zover. Tot nu toe worden weer dezelfde verzopen koeien uit de sloot gehaald, de discussie vertoont dezelfde hypocriete trekken. Toch is er in de situatie ook iets veranderd.

De doelstellingen van de gezondheidszorg zijn

* Inleiding, gehouden tijdens de landelijke bijeenkomst van het N.H.G. op 12 mei 1973, Jaarbeurs Vergader- en Congrescentrum, Utrecht.

meer in discussie, de enorme betekenis van leefproblemen bij de vraag om hulpverlening wordt nu schoorvoetend erkend. De ouverture in de discussie is weer hetzelfde: alles is zo duur, nee — het is té duur, het gaat de pan uit, het kan zo niet langer, er moet een eind gemaakt worden aan het misbruik, de overconsumptie, de onverantwoordelijkheid en noem maar op.

Tabel 1 laat zien waar het bij de kosten om gaat. Getallen lijken altijd zo objectief maar de beschouwer ervan is dat allerm minst. Iedereen moet dus maar zijn eigen conclusie's trekken uit de cijfers: is het duur, is het te duur, welke posten kunnen vermindert worden en hoeveel en hoe, is het stelsel wel aanvaardbaar, is de filosofie die er aan ten grondslag ligt nog wel van deze tijd, vormt deze hoop getallen geen aanleiding na te denken over het stramien waarbinnen nu iemand in Nederland „geholfen” wordt of „ziek” is? In elk geval is het direct wel duidelijk dat „ziek” zijn niet alleen in de ziekenfondssfeer kosten met zich brengt maar ook in de sfeer van de andere ziektekostenverzekeringen, van de ziekwet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Arbeids

Tabel I	1963	1968	1969	1970	1971
1 ziekenfondswet (in milj.)	—	2313	2671	3167	—
2 particuliere ziektekosten-verzekeringen in milj.	—	—	—	1957	—
3 ziekwet (in milj.)	—	1491	1818	2070	—
4 totaal uitkeringen door ziekteverzuim (in milj.)	—	—	—	3800	—
5 wet arbeidsongeschiktheid (in milj.)	—	1123	1407	1682	—
6 A.W.B.Z. (in milj.)	—	581	864	1079	—
7 A.O.W. + A.W.W. + Kinderbijslag + W.W. + Bijstandswet (in milj.)	—	7477	8507	9749	—
8 kosten uitvoering der Sociale wetgeving (in milj.)	—	436	505	572	—
9 mathematische reserve van de Nederlandse Levensverzekeringsmaatschappijen (in milj.)	10.910	16.624	17.959	19.557	—
10 bruto nationaal product (in milj.)	52.858	91.678	103.882	115.840	130.210
11 uitgaven aan tabak en drank (in milj.)	2180	3390	3629	3999	4189
12 prijsindex (1963 = 100)	100	120	125	132	140
13 aantal artsen	13.238	14.774	15.200	15.664	16.291
14 ziekteverzuim in procenten van de arbeidstijd	4,6	5,7	—	7,6	—
15 gemiddelde ziekteduur ziekwet (mannen)	22,6	23,9	—	—	—
16 kosten huisarts in ziekenfondspakket (in milj.)	122	248	290	332	—
17 kosten genees- + verbandmiddelen in zieken- fondspakket (in milj.)	128	335	392	471	—
18 kosten specialisten in ziekenfondspakket (in milj.)	153	320	362	435	—
19 kosten ziekenhuizen in ziekenfondspakket (in milj.)	341	950	1110	1318	—
20 percentage bejaarden	9,4	10,0	10,1	10,2	10,3
21 bezettingspercentage ziekenhuisbedden	—	—	92,9	92,3	91,4
22 aantal gewonden bij auto-ongelukken (in duizenden)	53	92	104	116	130
23 bruto uurloon volwassen mannelijke nijver- heidsarbeiders inclusief werkgeversbijdrage sociale verzekering	3,71	6,42	7,17	—	—
24 aantal dagen doorgebracht in de Nederlandse gevangnissen (in duizenden)	1264	1206	1032	956	—
25 jaarlijkse regenval in De Bilt (in mm)	777	858	748	909	562

Ongeschiktheid (WAO), deels zeker ook bij de Werkloosheidswet (WW) de Bijstandswet en verder bij tal van verzekeringen en voorzieningen in de sfeer van de overheidssdienaren en van de „particuliere” burgers.

Het kostenprobleem heeft om een op het eerste oog ondoordringelijke reden altijd vooral betrekking op de „echte” ziekenfondspatiënt, die kostenbewust moet worden gemaakt, moreel moet worden opgevijzeld en die in zijn overconsumptie binnen het ziekenfondspakket moet worden geremd. De Teldersstichting is daar heel duidelijk over: „Het doel van het ziekenfondsbestel, zoals wij dit zien, is het waarborgen van een goede en goedkope medische behandeling aan hen, die deze behandeling werkelijk nodig hebben en die zonder het sluiten van een verzekering niet in staat zouden zijn zich te laten behandelen.” Dezelfde Stichting ziet het als

een bedenkelijk verschijnsel wanneer men geneeskundige hulp ervaart als iets waarop men recht heeft en waarvoor geen persoonlijk offer behoeft te worden gebracht.

In deze opvatting houdt een systeem van volledige sociale verzorging in dat de neiging ontstaat te willen profiteren ten koste van de gemeenschap. In dit licht moet de overconsumptie dan ook worden geremd. En hoe moet dat dan? De ziekenfondspatiënt mag niet zo vaak naar zijn huisdokter toe en hij moet daarbij een in omvang belachelijk gering bedrag gaan bezuinigen op een van de kleinste posten in het hele pakket van kosten, dat mede vanuit de eerstelijnszorg wordt gegenereerd. De stupiditeit van de gedachte zoals vastgelegd in het ministerieel verzoek aan de Sociaal-Economische Raad (SER) en de Ziekenfondsraad (*tabel II*) om te adviseren over een eigen risico (in 1973) onder meer in de vorm

van een kwartaalknipkaart à f 3,75 voor de huisarts, is monumentaal.

Tabel II. Voorstellen tot invoering eigen risico voor ziekenfondspatiënten.

<i>Apotheek:</i>	per recept f 2,—
<i>Specialist:</i>	per verwijskaart 40% van het netto honorarium
<i>Ziekenhuis:</i>	f 2,50 per ligdag
<i>Huisarts:</i>	behandelingskaart voor 3 maanden à f 3,75
<i>Fysiotherapeut:</i>	f 3,50 per behandeling

Maar schijn bedriegt en om deze vorm van eigen risico gaat het natuurlijk in feite niet. Waar gaat het wel om? In de ogen van sommigen is het wenselijk een zogenaamd eigen risico aan de voet te creëren en dat kan men alleen maar voor elkaar krijgen wanneer het abonnementssysteem om zeep wordt gebracht en vervangen wordt door een verrichtingstelsel met een gedeeltelijke, gedifferentieerde restitutie. Dat kan betekenen dat bijvoorbeeld elk ziekenfondsgezin op jaarbasis f 150 - f 175 als een „eigen risico” toegeschreven krijgt en dat daardoor — zoals de Teldersstichting likkebaardend opmerkt — de premiedruk met een 1/2 procent terugloopt. En daar ligt de crux: er is dan geen cent bespaard, de artsenhonoraria en de verpleegprijzen zijn op z'n minst even hoog gebleven, alleen een flink percentage van de kosten is onzichtbaar geworden en ontzien onze CBS-tabellen niet meer, zij vallen dan onder de verantwoordelijkheid en de morele kracht van onze welvarende arbeidersklasse. De kosten zijn er gewoon nog, alleen zij zijn deels onzichtbaar geworden net zoals de kosten van de particuliere ziektekostenverzekeringen en de het daarbij gedragen „eigen risico” uiterst moeilijk na te sporen zijn.

Ik ben van mening dat de kosten in de gezondheidszorg in enge zin zeker te hoog zijn en dat er tal van mogelijkheden zijn om de werkelijke kosten te verminderen. Ook in de sfeer van de overige voorzieningen, die te maken hebben met „ziek” zijn — en *tabel I* laat zien om welke gigantische bedragen het daar gaat — valt te praten over wijzigingen. Realiseert men zich wel dat een willekeurige controlerend geneesheer voor de Ziektewet een veel groter uitgavenpakket beheert dan welke dure A5-chirurg ook met zijn hele afdeling? Wat levert het — in mijn ogen zeer verwerpelijke — invoeren van een of twee carensdagen voor de werknemer zelf bij de ziektewet op? Wat levert het op wanneer alle artsen — ook op de ziekenfondspoliklinieken — een goed lopend afspraakspreekuur instelden? Wat levert een bouwstop voor ziekenhuisbedden, gekoppeld aan het verlaten van de geheiligde 90 procent — bezettingsgraad op? Wat levert een dienstver-

band voor alle specialisten op? Wat levert de uitbreiding van de AWBZ tot de eerste dag ziekenhuisverpleging op? Wat levert het scheppen van een nationale gezondheidszorg op? Wat levert het opheffen van de scheiding tussen behandeling en controle op? Wat levert het op wanneer het voorschrijven van geneesmiddelen in Nederland gebaseerd zou zijn op verstandelijke overwegingen?

Trouwens er is nog wel een aantal vragen dat de voorstanders van het eigen risico moeten beantwoorden. Is de IZA-verzekering met een duidelijk eigen risico en een duidelijk verrichtingentarief goedkoper dan de ziekenfondsverzekering? Wat ik aan gegevens heb kunnen vinden wijst niet in die richting. Hoe staat het overigens met de particuliere ziektekostenverzekeringen? Leidt dat stelsel tot vermindering der kosten los van de onzichtbare kosten door het eigen risico? Als dat niet zo is, wat is er dan op tegen om puur uit overwegingen van kostenbesparing alle Nederlanders tot het ziekenfonds te laten toetreden?

Is er in de wereld een land te vinden dat èn een behoorlijk huisartsenbestand heeft èn het goedkoper doet dan wij? *Tabel III* laat zien dat dat waarschijnlijk alleen in Engeland — met zijn National Health Service — het geval is. En dat zal de voorstanders van het eigen risico ook wel weer niet enthousiasmeren.

Noem één onderzoek waaruit blijkt dat de invoering van een eigen risico kostenbesparend en niet kostenverhullend is, nog los van de vraag of de kwaliteit van de zorg in het geding is gekomen. Ik zie met belangstelling de argumenten tegemoet van degenen die de volgende stelling wil bestrijden: Nederland heeft èn door het grote en goede huisartsenbestand èn door het abonnementssysteem voor 70% van de bevolking èn door het ziekenfondssysteem een relatief goede gezondheidszorg voor een relatief lage werkelijke kostprijs.

Direkt moet daarbij worden opgemerkt dat het goedkoper en beter kan. Maar dan tenminste zonder eigen risico en zonder verrichtingstelsel voor de huisarts. Om zover te komen is er echter wel wat nodig en dat heeft veel te maken met een verandering in attitude ten opzichte van de hulpverlening en met een andere opvatting over wat ziek zijn en zich ziek of ongelukkig voelen betekent. De betekenis van het bestaan van psychosociale problematiek, van leefproblemen is van uitzonderlijk belang. Alleen al binnen het kostenpakket van de echte „pure” ziektekosten is het niet overdreven te schatten dat bijvoorbeeld 30 procent ervan komt op rekening van leefproblemen. In de sfeer van de ziektewet is 30 procent waarschijnlijk sterk aan de lage kant (*De Jong-Hylkema*). Hetzelfde geldt waarschijnlijk voor de WAO. Het aandeel van psy-

Tabel III

	artsen per 10.000 inwoners in 1965	bedden per 10.000 inwoners in 1961	percentage nationaal inkomen voor gezondheidszorg in 1961, 1962 of 1963	opmerkingen
DENEMARKEN	13,5	91,0	—	gemengd abonnements- + verrichtingensysteem - huisartsenbestand aanvaardbaar
ENGELAND	11,4	105,5	4,9	vooral abonnementsstelsel, aanvaardbaar huisartsenbestand, veel voorzieningen 1e lijn
FRANKRIJK	11,1	133,9	5,5	eigen risico (75% restitutie), verrichtingensysteem, veel problemen over huisartsen
ZWEDEN	11,0	159,1	5,6	weinig huisartsen, eigen risico (7 kronen) verrichtingensysteem
NEDERLAND	11,7	75,7	5,5	aanvaardbaar huisartsenbestand, voornamelijk abonnementsstelsel
VERENIGDE STATEN	12,9 (1961)	90,9	6,8	zeer slechte huisartsensituatie, verrichtingensysteem, eigen risico
CANADA	11,7 (1961)	110,0	7,3	slechte huisartsensituatie, verrichtingensysteem, eigen risico

chosoeciale problematiek in de kosten van de bijstandswet, de werkloosheidswet en de AWBZ is zeker duidelijk aanwezig.

En wat meer is, de groei van de kosten op al die punten komt voor een meer of minder aanzienlijk deel mede op rekening van de toenemende hoeveelheid leefproblemen welke zich uit. Het is duidelijk waar het nu heen gaat. Waar komen de leefproblemen het eerst naar voren? In de eerstelijnsgezondheidszorg, bij de huisarts vooral. Waar is het mogelijk om adequaat en goedkoop hulp te bieden aan mensen die in nood zitten? In de wijkgezondheidszorg alweer. Waar is een belemmerde toegankelijkheid het meest funest voor het hele stelsel van hulpverlening? Opnieuw, in de eerstelijnsgezondheidszorg. En wat is nu meer voor de hand liggend dan te concluderen: stop zoveel geld als maar kan worden gebruikt in de eerstelijns, bezuinig nergens op, stimuleer alles wat er in de wijk en het dorp gebeurt, mobiliseer alle krachten, zorg ervoor dat de optimistische schatting over de toekomstige aanwas met nieuwe huisartsen werkelijkheid wordt en dat er zich goed getrainde, goed gemotiveerde jonge

huisartsen gaan vestigen die in staat zijn om samen te werken en om gebruik te maken van alle voorzieningen in de eerste lijn die er dan eindelijk in voldoende mate zijn.

Het is zeker waar, het mag als praktisch uitgesloten worden beschouwd kosten in de eerstelijnsgezondheidszorg te maken, die in de hogere lijnen of in de sfeer van de verzekeringsgeneeskunde niet dik worden terugbetaald. Maar er is eerst iets anders nodig. Eerst is nodig dat wij op een andere manier tegen leefproblemen van mensen aan gaan kijken. Het is nodig dat wij ophouden elke vorm van afwijkend gedrag in het medische model te proppen (Tabel IV). Beter is wanneer wij gaan denken en handelen binnen de mogelijkheden van een sociaal model. Wij moeten kiezen: of wij aanvaarden dat iemand verdriet heeft, of wij vinden dat hij z'n tanden op elkaar moet zetten en een flinke kerel moet zijn. Mogen mensen ongelukkig zijn, in de knel komen, onvermogen hebben emotie's met anderen te delen of moeten zij niet zeuren, eerst hun werk doen, blij zijn met wat ze hebben?

Erkennen wij dat mensen vaak geen leven hebben

(Weyel) of vinden wij dat zij dan maar hadden moeten zorgen uit minder verknipte of geblokkeerde ouders te worden geboren: wie z'n billen brandt moet op de blaren zitten. Het gaat om een politieke keuze: er is niet alleen recht op een goede gezondheidszorg, er is ook recht op gezondheid in de zin zoals dat in het rapport van de Wiardi Beckman Stichting over de geestelijke gezondheidszorg is omschreven: iedereen heeft er recht op dat de structuur van onze samenleving zo is dat de maatschappelijke omstandigheden er niet toe leiden dat de gezondheid of het welzijn geweld wordt aangedaan.

Op dit punt kan gemakkelijk een polarisatie ontstaan tussen degenen die vinden dat het zo langzamerhand allemaal welletjes is in de gezondheidszorg en de sociale voorzieningen en degenen die vinden dat het nog maar pas begint en dat nu pas goed duidelijk gaat worden hoe onze maatschappij disfunctioneel kan zijn en mensen in de tang neemt en ongelukkig maakt en dat er moet worden gestreefd naar maatschappelijke hervorming, ook binnen het stramien van wat nu gezondheidszorg en sociale zekerheid heet. Dat houdt op z'n minst in dat iemand niet meer ziek hoeft te worden genoemd om verdriet te hebben, om in de knel te zitten.

En welke groep weet dat beter dan de huisartsengroep? Wie heeft er emotioneel dieper in het vlees gebrand gekregen hoe rictal van onze patiënten het in het leven hebben? Welke groep is meer geroepen om op te komen voor het recht om verdriet te hebben en het ook te tonen, maar ook om op te komen voor het recht om zich happy te voelen en in evenwicht met de omgeving te leven?

Arbeid adelt niet meer, het eigen risico is een hersenschim uit een vervlogen tijd.

- Artsendichtheid in Europa. (1970) Medisch Contact 25, 235.
CBS, Zeventig jaren statistiek in tijdreeksen, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1970
CBS, Statistical Yearbook of the Netherlands 1972, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1972
Es, J. C. van. (1963) Medisch Contact 18, 489
Geschriften van de Prof. Mr. B. M. Teldersstichting, nummer 10. Het ziekenfondswezen in Nederland. Nijhoff, Den Haag, 1963
Idem. Nummer 16. Het eigen risico in de ziekenfondsverzekering, Nijhoff, Den Haag, 1967

Tabel IV

HET MEDISCHE MODEL (TRIMBOS): Het hanteren van het medische model in de geestelijke gezondheidszorg houdt in, het vaststellen van een „ziekte” met oorzaak, verschijnselen, verloop, diagnose, voerend tot een therapeutische of preventieve actie. De ziekte is iets, zit ergens in het individu, moet in diens structuur gelocaliseerd en in het individu aangepakt worden.

HET SOCIALE MODEL (TRIMBOS): In het sociale model staat centraal dat de mens een sociaal gevormd of misvormd wezen is, levend in, deelnemend aan en de invloed ondergaat van maatschappelijke structuren en processen. Dit betekent dat sociale hervorming en vernieuwing nodig zijn en dat sociale actie daarbij nodig is.

WIJKGEZONDHEIDSZORG IN OMMOORD IS: a. een gecoördineerde, multidisciplinaire benadering van de integrale gezondheidszorg voor het gezin; b. een gecoördineerde, multidisciplinaire benadering van sociale actie, gericht op de gehele wijk en op de leefomstandigheden van alle inwoners, inclusief de sociale systemen waartoe zij behoren.

- Gezondheidszorg. Wiardi Beckman Stichting, nv Arbeiderspers, Amsterdam, 1967
Gezondheidszorg internationaal bezien. (1968) Medisch Contact 23, 668
Jong-Hylkema, J. T. O. de. (1973) T. Soc. Geneesk. 51, 215
Koppert P. C. Enige beschouwingen over structuur en doelmatigheid van de voorzieningen tegen ziektekosten. Dissertatie, Utrecht, 1970
Kostenproblematiek Volksgezondheid, Verslagen en rapporten Ministerie Sociale Zaken en Volksgezondheid, nummer 23, 1970
Lamberts H. (1972) huisarts en wetenschap 15, 369
Premiedruk in de Sociale Verzekering, verslagen en rapporten Ministerie Sociale Zaken en Volksgezondheid, nummer 1, 1970
Trimbos C. B. J. (1971) Mbl. Geest. Volksgez. 26, 311
Verbeter de mens, verander de wereld. Wiardi Beckmanstichting. Kluwer. Deventer, 1970
Voorstel invoering gedifferentieerd eigen risico (1972) Medisch Contact 27, 986
Weyel J. A. De mensen hebben geen leven. Erven Bohn nv, Haarlem, 1970