

Onthullende begroting

0260

Het belangwekkendst bij het lezen van de begrotingsstukken zijn beschouwingen, argumenten en overwegingen die de cijfermatige opstelling ten dele onderbouwen. Daarom zijn de Begrotingstoelichting Interdepartementaal Welzijnsbeleid 1984, het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg 1984 en dit jaar als novum de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen het interessantst.

Centraal staat, overeenkomstig de doelstellingen van de huidige regering, de 'ombuiging' van, in goed Nederlands: het bezuinigen op de uitgaven, voor de gezondheidszorg. Daarnaast, of daarom, loopt als een rode draad door alle teksten het voornemen de tweedelijnsgezondheidszorg te verminderen ten gunste van de eerstelijnsgezondheidszorg. Als overheidstaak ten aanzien van de gezondheidszorg wordt gezien 'het binnen de grenzen van de financiële mogelijkheden, direct of indirect, zorg dragen voor kwalitatief verantwoorde, geografische bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg**.

Om dit doel te bereiken is een aantal beleidsinstrumenten ontwikkeld en worden andere tot stand gebracht. Een aantal wetten is reeds van kracht. De budgettering van de intramurale gezondheidszorg vormt een tweede, machtig instrument ter beheersing van de kosten. Juist van deze budgettering kan men wel wat verwachten: exclusief de kosten van specialistische hulp beslaat de ziekenhuisgeneeskunde 60% van de totale uitgaven op het gebied van de gezondheidszorg. Eén procent bezuiniging op dit gebied levert meer op dan één procent vermindering van de farmaceutische hulp. Een derde instrument wordt gevormd door de beddenreductie en het stevig in handen houden van het bouwvolume. Vervolgens worden reguleringen uitgewerkt voor de vestiging van beroepsbeoefenaren. Ook wordt gewerkt aan het afstemmen van de toelating van studenten tot de studie in de geneeskunde op geleide van de geschatte behoefte aan artsen. Ten slotte wordt gewerkt aan een wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De vraag dringt zich op of deze typen van instrumenten voldoende zijn om het gestelde doel te bereiken, of dat andere methoden nodig zijn om drastische verschuivingen van de tweede- naar de eerstelijns-hulp teweeg te brengen. Een moeilijkheid voor de bewindslieden is dat zij niet alle middelen daarvoor in de hand hebben; deze worden in sterke mate door de be-

J. C. van Es

Adequate verschuiving
naar eerste lijn: hoe?

roepsbeoefenaren zelf bepaald of zijn een resultaat van onderhandelingen tussen beroepsbeoefenaren en ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen. De beruchte pogingen de kosten voor de farmaceutische hulp te beperken bleken eer het tegendeel te bewerkstelligen. De beheersbaarheid van de gezondheidszorg is moeilijk; niet ten onrechte stelde de huidige voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, J. P. M. Hendriks, op het laatste KNMG-Ledencongres in Twente de weinig retorische en uitermate reële vraag aan de orde: wie is voor wat verantwoordelijk? Uit genoemde stukken blijkt dat de regering de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid in toenemende mate bij het individu wil leggen: bevordering van zelfzorg. Op zichzelf is dit een uitstekend filosofisch beginsel, dat zal worden toegejuicht door allen die een grotere zelfstandigheid van het individu voorstaan en wie een afhankelijkheid van professionele hulpverlening tegenstaat. Hier lijken Illich en Van der Reyden elkaar de hand te reiken. Het gevaar is echter levensgroot dat door het hoofdmotief van de regering: bezuinigen, het overhevelen van verantwoordelijkheid een alibi vormt.

De toetssteen voor dit beleid zal worden gevormd door de zorg die men blijkt te hebben voor diegenen die in fysiek, psychologisch of economisch opzicht tot de kwetsbare groepen behoren. Zal bij de invoering van een eigen risico of een eigen bijdrage, waarop de kans toch wel erg groot is, rekening worden gehouden met de draagkracht van die kwetsbaren? Zullen chronisch zieke AOW'ers, om maar eens één categorie te noemen, niet worden opgezadeld met een relatief te groot deel van de kosten van hun behandeling? Als terecht – wordt gestreefd naar een *selectiviteit bij de inzet van gezondheidszorgfuncties*, dan dient dit wel in het licht van het bovenstaande te worden gezien. In dit licht is ook het commentaar van de Raad van State op de Miljoenennota van belang, waarin onder andere wordt gesteld dat weliswaar door vermindering van collec-

tieve uitgaven meer ruimte ontstaat voor particulier gefinancierde bestedingen – maar wat geschiedt als die overmatig moeten worden besteed aan ziektekosten en andere voorzieningen?

Enige bezorgdheid is op zijn plaats als in de begrotingstoelichting wordt gepleit voor het *voorkómen van overzorg*. De staatssecretaris heeft in dit verband de vraag opgeworpen of de vraag naar voorzieningen niet te veel door het aanbod wordt bepaald. Ongetwijfeld heeft hij daarbij het oog op die voorzieningen die door een toename in het aanbod geld kosten. Dus niet de hulp van de huisarts: deze is immers financieel neutraal voor de overheid. Het zal vooral gaan om de specialistische geneeskunde. In de algemene ziekenhuizen blijkt het aantal verrichtingen in de periode 1977-1981 sterker gestegen te zijn dan het aantal opnamen. Ook het aantal verwijzingen van huisarts naar specialist in die periode blijkt nog te zijn toegenomen. Om dit soort processen om te buigen dienen andere sturingsmechanismen te worden gehanteerd dan die welke de overheid nu hanteert. Zelfs het bevorderen van zelfzorg en mantelzorg – hoe doe je dat? – is hiervoor niet voldoende.

De rode draad die door de begroting loopt – we zeiden het reeds – is de beoogde verschuiving van de tweede- naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Op het gebied van de verpleging worden maatregelen genomen: de kruisorganisatie wordt met een toename van 4% per jaar bedeed. Men gaat echter twijfelen aan de intenties van de overheid tot een werkelijke versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg te komen als men halverwege de begrotingstoelichting leest: 'Uiteraard zijn er beperkingen (i.c. in genoemde verschuivingen, red.) ingevolge noodzakelijk te stellen deskundigheids- en kwaliteitseisen. *De overdracht van diagnostieke en behandelingsfuncties moet met het nodige voorbehoud worden bekeken*' (curs. red.). Is dan niet een door het College Huisartsgeneeskunde beoogde verlenging van de beroepsopleiding ter vergroting van de deskundigheid een eerste noodzakelijke voorwaarde voor een *echte* versterking van de eerste lijn? En wordt deze opleiding thans niet tot in haar fundamenten aangetast door het schrappen hiervan op de begroting van Onderwijs en Wetenschappen? Hoe geloofwaardig is dit beleid?

* Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen, 1983, blz. 48.