

2262

Budgettering een strop

Met grote voortvarendheid heeft Van der Reijden de beleidsvoornemens die hij als staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) in december jl. aan de Tweede Kamer kenbaar maakte, ter hand genomen. Voor de snelle vergeter: dat zijn de invoering van een budgetfinanciering van ziekenhuizen, de reductie van het aantal ziekenhuisbedden, een vestigingsregeling voor vrije-beroepsbeoefenaars en een fundamentele herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering – stuk voor stuk thema's die zeer ingrijpende gevolgen voor de structuur van de gezondheidszorg zullen hebben. In zijn artikel: 'Gezondheidszorg in Nederland; een bestuurlijke archipel' (blz. 153) gaat G. Schrijvers op een aantal aspecten in.

De plannen van de staatssecretaris kunnen het gezicht van de nu bestaande zorg radicaal veranderen. Het is erg moeilijk te voorspellen hoe dat gezicht over enige jaren zal zijn en in hoeverre het nog op de gezondheidszorg anno 1983 zal lijken; daarvoor zijn de maatregelen te complex van aard. Dat maakt een maatregel als budgetfinanciering, waartoe we ons thans willen beperken, tot een avontuur.

Het motief tot het aangaan van het avontuur der budgetfinanciering is duidelijk en volstrekt aanvaardbaar: een instrument te ontwerpen waarmee de kosten kunnen worden beheerd. Het aantrekkelijke van het budgetteringssysteem schuilt in de vrijwel directe terugkoppeling die aan het medisch handelen wordt verbonden: eindelijk komt het er dan van, onder de druk van de economische noodzaak. Zolang de specialistenhonoraria buiten de budgetten blijven, zullen de medische specialisten de consequenties ervan nog niet aan den lijve – in hun portemonnee – voelen. Het ziekenhuis als 'organisme' doet dat wel; dit kan financieel verantwoord handelen bevorderen.

Hoe het systeem zal uitwerken is nog niet goed te overzien: binnen de gezondheidszorg is er nog maar op zeer kleine schaal ervaring mee opgedaan. Wel is duidelijk dat het dwars staat op het tot nu toe gebruikelijke tariefsysteem; via het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) kan echter wel een bepaalde koppeling plaatsvinden. In principe behoeft in dit nieuwe systeem de overheid zich niet met details van bezuinigingen bezig te houden; budgettering is dan ook als een vorm van de-regulering – ook al weer zo'n modebe-

J. C. van Es

Budgettering
dwingt tot
maatschappelijke
discussie
over prioriteiten

grip – te beschouwen. De LSV is dan ook van oordeel dat volumebeheersing en beperking van instroom van medische specialisten niet meer functioneel is.

Tot op zekere hoogte ontstaat er een verhouding tot de overheid als die welke de Rijksoverheid tot de gemeenten heeft: in het regeerakkoord zijn door de gemeenten door te voeren bezuinigingen afgesproken, die echter niet met hen zijn besproken maar voor de oplossing waarvan zij wel verantwoordelijk worden gesteld; de externe (aan de ziekenhuizen opgelegde) budgetten moeten in interne (door de ziekenhuizen uitgevoerde) budgetten worden vertaald. Alles hangt af van het percentage waarmee moet worden bezuinigd. Het komende jaar wordt nog een groei van een half procent toegestaan. Dat betekent dat inhoudelijk ongeveer hetzelfde zal kunnen worden gedaan als vorig jaar; men kan echter forse bezuinigingen verwachten, die zullen dwingen tot het stellen van ver-gaande prioriteiten.

Een deel van de bezuinigingen zal ongetwijfeld worden gezocht in een beperking van verrichtingen van laboratoria en functieafdelingen die door specialisten worden aangevraagd. Hierin zit ongetwijfeld wel ruimte; als men zich de kosten bewust is, zal men toch op een andere manier van deze afdelingen gebruik kunnen maken. Het is dan echter van groot belang de noodzaak tot bezuinigen te gebruiken om de kwaliteit van de hulp die men patiënten biedt onder de loep te nemen om deze eventueel nog te verbeteren. Dit houdt in dat toetsingsprocedures waarin zowel medische als economische overwegingen zijn opgenomen, van de grootste betekenis gaan worden. Dit onderstreept logischerwijs de betekenis van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), dat zich immers met deze materie bezighoudt. Deze organisatie zal on-

schatbare diensten kunnen verlenen bij het stellen van verantwoorde prioriteiten. De financiering van het CBO, die gebaseerd is op een bepaald bedrag per ziekenhuisopname, kan echter door diezelfde budgettering op losse schroeven komen te staan. Deze contradictie is een voorbeeld van de risico's die aan budgettering kleven.

Als we ons realiseren op welke wijze de regering meent te moeten bezuinigen, kunnen we verwachten dat ziekenhuizen voor zeer radicale beslissingen komen te staan. Kernvragen worden dan: welke criteria worden gehanteerd bij het stellen van prioriteiten, wie heeft inspraak en wie beslist uiteindelijk? Dienstverlening aan huisartsen door ziekenhuislaboratoria en functieafdelingen kan sneuvelen zonder dat huisartsen daarin medezeggenschap hebben. Hetzelfde geldt voor regulering van instroom en terugverwijzing van patiënten: de druk die het ziekenhuis ervaart zal zich voortplanten naar de eerste lijn zonder dat deze daartegen verweer heeft. Eventuele vermindering van het aantal ziekenhuisbedden maar ook een verlenging van wachttijden – te verwachten gevolgen – leiden ook tot een herverdeling van werk tussen eerste en tweede lijn. Dit kan de noodzaak van de versterking van de eerste lijn – een overheidsdoelstelling – via de omweg van de ziekenhuisbudgettering nog eens onderstrepen; deze zal beslist in het Financieel Overzicht van de gezondheidszorg tot uitdrukking moeten komen. Tenslotte: wat denkt de patiënt hiervan? Stel, dat moet worden besloten bepaalde onderzoeken of behandelingen niet meer toe te passen: wie beslist daar dan over? De conclusie kan niet anders zijn dan dat dit geen autonome beslissing van het ziekenhuis kan zijn; daarover is een maatschappelijke discussie nodig. Een van de wegen kan zijn, het ziekenhuis zo spoedig mogelijk onder de werkingssfeer van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg te brengen. Daar liggen immers in principe enkele instrumenten gereed die kunnen voorkomen dat voor patiënten ingrijpende beslissingen in een medisch onderonsje worden genomen. Evenmin zullen andere instanties, de ziekenfondsen, over de reducties mogen beslissen; via een eventueel minimum-verstrekkingspakket zullen zij toch al grote invloed kunnen krijgen. De hamvraag is en blijft per slot: wie draagt de strop? ■