

# Financiële overzichten en financiële plafonds in de gezondheidszorg

DRS. W.A. KOCH\*

**In 1977 is het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne begonnen met het opstellen van landelijke financiële overzichten van de gezondheidszorg. De bruikbaarheid van deze overzichten en in het bijzonder de ramingen van de toekomstige kosten van de gezondheidszorg wordt in dit artikel besproken. Ook wordt ingegaan op het hanteren van financiële plafonds in de gezondheidszorg, waarbij de doelmatigheid van functionele en regionale budget-financiering wordt besproken. Verbetering van het inzicht in het gebruik van medische zorg en in de wijze van financiering door middel van landelijke en regionale overzichten zal het volksgezondheidsbeleid ten goede komen.**

## Inleiding

Het mag algemeen bekend worden verondersteld dat de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg de laatste jaren zodanig is geweest, dat die in toenemende mate een stempel is gaan drukken op het nationale gezondheidszorgbeleid en een begrenzing is gaan vormen voor de beschikbare beleidsruimte op nationaal, regionaal en plaatselijk niveau. Een van de oorzaken hiervan is dat door de gedeeltelijke financiering van de kosten van de gezondheidszorg via een tweetal sociale-zekerheidswetten (in 1977 42% via de Ziekenfondswet en 24% via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), kostenstijgingen een extra beroep op de collectieve sector noodzakelijk maken.

Bij de afremming van de groei van de collectieve sector is dan ook de gezondheidszorg betrokken en die zal aan de realisatie van de doelstellingen van *Bestek '81* een aanzienlijke bijdrage moeten leveren 1). Kort samengevat zal de gezondheidszorg aan deze afremming een bijdrage moeten leveren door beperking van de kostenstijgingen en invoering of verhoging van eigen bijdragen. Vooral maatregelen gericht op het stimuleren van een efficiënter en effectiever gebruik van voorzieningen kunnen, naast de gewenste kostenbeperking, een optimale allocatie binnen de sector gezondheidszorg tot stand brengen. Vanzelfsprekend zal het invoeren of verhogen van „eigen bijdragen” voor delen van het verstrekkingspakket van de sociale ziektekostenverzekeringen een verschuiving van bestedingen via de collectieve sector naar particuliere bestedingen veroorzaken. Het is dan wel de vraag of, en in welke mate er een daling van de consumptie van voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg zal optreden. Bij een mogelijke rol van eigen bijdragen dient te worden aangekend dat onderzoek nog inzicht dient te verschaffen in hiermee samenhangende vragen als gevolgen van het uitstel van vroege diagnostiek door de beperking van de financiële bereikbaarheid van bepaalde voorzieningen, ongewenste inkomensverschuivingen enz. 2). Verder kan men zich afvragen of de beïnvloeding niet rechtstreeks op de belangrijkste beslissers — i.c. de artsen — dient te zijn gericht.

De grens tussen het collectief gefinancierde gebruik van voorzieningen en het gebruik dat gereguleerd wordt door het marktmechanisme is in de gezondheidszorg zeer vaag. Dit wordt onder meer veroorzaakt door het feit dat een belangrijk deel van de particuliere betalingen door een derde partij wordt gefinancierd, waarmee de werking van het prijsmechanisme

grotendeels is uitgeschakeld. De bestaande verzekeringssystemen geven de gebruikers immers weinig aanleiding om financiële overwegingen bij hun beslissingen een rol te laten spelen. Hier is nog afgezien van de vraag of, en in hoeverre de gebruiker de vraag naar zorg kan beïnvloeden, dan wel door zijn gebrekkige kennis de beslissingen voor een groot deel toch aan de werkers in de gezondheidszorg zal moeten overlaten. Wel kan worden vastgesteld dat de huidige financiering via ziektekostenverzekeringen een niet onbelangrijke invloed kan hebben op het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen en een optimale allocatie binnen de sector gezondheidszorg in de weg kan staan.

Alleen al de afwezigheid van een marktregulerend prijsmechanisme geeft de overheid voldoende aanleiding de ontwikkelingen in de gezondheidszorg te beïnvloeden ten einde een evenwichtig en samenhangend stelsel van voorzieningen tot stand te kunnen brengen. In die gevallen waar van de werking van het marktmechanisme nog wel sprake is, zijn enige markt-onvolkomenheden aanwezig die een dergelijk resultaat in de weg zullen staan. Zonder uitputtend te zijn kunnen hier worden genoemd: externe effecten van met name de preventieve zorg, lokale monopolies van voorzieningen, de onzekerheid omtrent het tijdstip waarop en de mate waarin zorg gewenst is en de beschikbaarheidsnuttigheid van verschillende voorzieningen. De overheid zal ook dan op verschillende punten de werking van het prijsmechanisme moeten aanvullen of corrigeren.

De verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van het realiseren van het algemeen aanvaarde recht op gezondheidszorg betreft ook de financiële consequenties daarvan. Dit punt is niet alleen van belang in verband met het garanderen van de financiële bereikbaarheid van medische zorg, maar tevens doordat het weinig waarschijnlijk is dat op dit moment de kosten van het via de sociale ziektekostenverzekeringen

\* De auteur is wetenschappelijk medewerker bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO te Leiden.

1) Voor een bespreking van de voorgestelde maatregelen kan worden verwezen naar: L. M. J. Groot. Gezondheidszorg en Bestek '81, *ESB*, 13 juni 1979, blz. 572-578.

2) Vergelijk ook de navolgende opmerking van Alan Maynard: „Wether pricing would deter those in medical „need” or reduce „waste” are matters which have received too little attention in the literature to date” (A. Maynard, Pricing, Demanders, and the supply of health care, *International Journal of Health Services*, 1979, nr. 1, blz. 121-133).

gefinancierde gebruik kunnen worden beïnvloed, zonder dat maatregelen worden genomen die voor het merendeel de gehele gezondheidszorg — dat wil zeggen inclusief het particuliere deel — beïnvloeden.

Gezien het bovenstaande is het duidelijk dat niet alleen de kostenontwikkeling voor de overheid aanleiding is de financiële gevolgen van de gezondheidszorg in haar beleid te betrekken. Desalniettemin heeft met name de kostenontwikkeling geresulteerd in het vaststellen van de financiële grenzen waarbinnen volgens de overheid de ontwikkelingen van de gezondheidszorg zullen kunnen plaatsvinden. Deze financiële grenzen zijn weergegeven in de kostenramingen in de landelijke financiële overzichten van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 3).

### Landelijke overzichten

Grote betekenis moet dus worden toegekend aan het — sinds 1977 jaarlijks verschijnende — financiële overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten over de komende jaren. Naast een historisch overzicht van de kosten van de gezondheidszorg en de financiering daarvan, worden in de kostenramingen de grenzen aangegeven voor zowel de ontwikkeling van de totale kosten van de gezondheidszorg als de ontwikkeling op onderdelen daarvan. In deze ramingen heeft een prioriteitenkeuze gestalte gekregen ten aanzien van de omvang van de bestedingen aan gezondheidszorg. Verder omvatten de kostenramingen onder meer de financiële vertaling van het gevoerde en het te voeren beleid. Hiermee lijkt op basis van een collectief-besluitvormingsproces een politieke beslissing te zijn genomen over het aanvaardbare beslag van de gezondheidszorg op het nationale inkomen 4).

De betekenis van genoemde financiële overzichten kan echter onmiddellijk worden gerelativeerd aan de hand van recente opmerkingen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, gemaakt in het kader van zijn kanttekeningen bij de Nota dd. 29 maart 1979 betreffende het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling. De Raad merkt daar namelijk het volgende op: „Een van de kernpunten van de maatschappelijke discussie ten aanzien van de kostenbeheersing in de gezondheidszorg betreft de vraag of er een plafond moet worden bepaald voor de (collectieve) uitgaven op het terrein van de gezondheidszorg en als gevolg daarvan bezuinigingen moeten worden doorgevoerd” 5). Hierbij tekent de Centrale Raad dan meteen aan dat nog nimmer een afdoende antwoord werd verkregen op uitermate belangrijke vragen als:

- hoe een plafond moet worden vastgesteld; en
- hoe een plafond moet worden gehandhaafd.

Alvorens op deze twee vragen in te gaan, schetsen wij ter verduidelijking eerst de wijze waarop in de landelijke overzichten de kosten worden berekend en vervolgens aan de

financieringsbronnen worden toegerekend 6). De landelijke financiële overzichten zijn opgebouwd volgens een vaste systematiek. De kosten worden berekend door het vermenigvuldigen van de ingezette capaciteiten met de daarbij behorende prijzen. Hiermee ontstaat enerzijds inzicht in het kostenniveau en anderzijds in de kostenontwikkelingen die zijn gesplitst naar een volume- en een prijscomponent. De volumecomponent geeft het effect weer van wijzigingen in de hoeveelheid produktiemiddelen op de kosten en de prijscomponent het effect van de prijsveranderingen van de produktiemiddelen. De volumecomponent omvat zowel de aanpassing van de productiecapaciteit aan een zich wijzigend gebruik van de medische goederen en diensten als de zich bij ongewijzigd gebruik veranderende productiecapaciteit. Tegenover deze kosten staat het uiteindelijke gebruik van de voorzieningen. Ten slotte worden de kosten toegerekend aan de diverse primaire financieringsbronnen, zijnde de betalende instanties.

De prognose van de ontwikkeling van de totale kosten van de gezondheidszorg is niet alleen een projectie van de financiële gevolgen van een aantal historische, ten dele autonome ontwikkelingen zoals de bevolkingsgroei en de morbiditeitsontwikkeling, medisch-technologische vernieuwingen en de algemene loon- en prijsontwikkeling. Ook zijn de gevolgen van een bewuste beleidsvoering erin verwerkt. Zoals al opgemerkt geven deze prognoses de grenzen van de financiële mogelijkheden aan waarbinnen de ontwikkelingen in de gezondheidszorg zich in de komende jaren dienen te voltrekken.

In tabel 1 zijn de kosten van de gezondheidszorg in Nederland voor de jaren 1975, 1977 en 1979 weergegeven, zoals die in de respectievelijke financiële overzichten zijn berekend c.q. geraamd. De tussen de verschillende berekeningen voor 1975 en 1977 waarneembare afwijkingen zijn het resultaat van nauwkeuriger statistische analyses, waaraan geen enkele beleidsconclusie wordt verbonden. Aangezien het rekenkundig uitgangspunt voor de bijdrage van de gezondheidszorg aan het realiseren van *Bestek '81* was gebaseerd op de gegevens van het eerste financiële overzicht (1977), zou op grond van de herziene ramingen een bijstelling van die bijdrage

3) Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Financieel overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982/1983/1984*, Leidschendam, 1977/1978/1979. Voor 1978 en 1979 zie Tweede Kamer, zittingsjaar 1978-1979, 15 399, nr. 7 en Tweede Kamer, zittingsjaar 1979-1980, 15 800, nr. 7.

4) Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven merkt in zijn jaarverslag 1977 hierover onder meer op: „Het moment lijkt te naderen dat een politieke beslissing duidelijkheid zal moeten verschaffen omtrent het aanvaardbare deel van de gezondheidszorg in de nationale middelen.”

5) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Kanttekeningen bij de nota dd. 29 maart 1979 betreffende het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling*, 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979.

6) Zie voor een uitgebreidere beschrijving: F.J.M. Werner, *Meerjarenramingen in de gezondheidszorg, Openbare Uitgaven*, 1979, nr. 5, blz. 250-261.

Tabel 1. De kosten van de gezondheidszorg in Nederland in 1975, 1977 en 1979, in mln. gld.

	1975 a)			1977 b)			1979 c)		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Intramurale gezondheidszorg .....	9.758	9.722	9.749	12.635	12.566	12.519	15.635	15.265	15.073
Specialistische hulp .....	1.890	1.278	1.261	2.445	1.540	1.484	3.040	1.835	1.757
Geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen .....	1.890	1.855	1.855	2.310	2.145	2.174	2.770	2.460	2.511
Extramurale gezondheidszorg .....	2.662	2.673	2.668	3.470	3.475	3.486	4.430	4.305	4.309
Openbare en overige gezondheidszorg .....	908	773	784	1.170	980	934	1.525	1.180	1.130
Beleid, administratie en beheer .....	767	734	739	960	915	920	1.205	1.105	1.113
Totaal .....	17.875	17.085	16.992	22.990	21.621	21.517	28.605	26.150	25.892

a) I: berekening in 1977; II: berekening in 1978; III: berekening in 1979; b) I: raming in 1977; II: raming in 1978; III: berekening in 1979; c) I: raming in 1977; II: raming in 1978; III: raming in 1979.

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1977, 1978, 1979.

overigens dienen te worden overwogen 7).

De uitkomsten van de in de jaren 1978 en 1979 gemaakte berekeningen geven relatief slechts geringe verschillen te zien voor de jaren 1975 en 1977. Daarentegen zijn de absolute verschillen toch nog zodanig dat men zich kan afvragen in hoeverre deze kostenramingen als beleidsuitgangspunten kunnen worden gehanteerd. De uitkomsten van de berekeningen van de kosten van de gezondheidszorg voor 1979 verschillen niet alleen op grond van nauwkeuriger statistische informatie. Een gering verschil is hier toe te rekenen aan het gevoerde beleid.

Hierbij kan bovendien nog worden opgemerkt dat bijvoorbeeld de kosten van aan niet-ziekenfondsverzekerden vestrekte specialistische hulp, huisartsenhulp, tandheelkundige zorg, farmaceutische hulp en uitwendige geneeswijzen 8) op schattingen zijn gebaseerd. Dat roept de vraag op of die kosten als zodanig wel voldoende nauwkeurig zijn benaderd om als uitgangspunten te kunnen dienen voor het beleid. Opvallend is evenzeer dat wel de kosten van zelfmedicatie worden geschat, maar dat geen aandacht wordt besteed aan de waarschijnlijk niet-geringe kosten van het gebruik van de alternatieve geneeswijzen 9). Verder zal bijvoorbeeld het relatief in toenemende mate in loondienstverband functioneren van medische specialisten een autonome kostenverschuiving van de post specialistische hulp naar de post kosten van intramurale gezondheidszorg veroorzaken.

Deze opmerkingen laten overigens onverlet het feit dat met de kostenramingen in de financiële overzichten aanzienlijk meer duidelijkheid is ontstaan over de te verwachten kosten van de gezondheidszorg. Nu hoeft niet meer uitsluitend op basis van historische ontwikkelingen te worden aangegeven waar maatregelen tot bijsturing gewenst kunnen zijn. Desalniettemin zou het aanbeveling verdienen de indeling van het financiële overzicht meer af te stemmen op de functionele samenhang die tussen de verschillende voorzieningen in de gezondheidszorg bestaat. De huidige indeling, zoals die in grote lijnen is weergegeven in tabel 1, is hoofdzakelijk institutioneel. Een functionele indeling in bijvoorbeeld somatische en geestelijke curatieve gezondheidszorg naast preventieve zorg, stemt overeen met een benadering van de gezondheidszorg als systeem doordat de functionele relaties tussen de verschillende delen van het systeem beter kunnen worden weergegeven. Binnen de geestelijke gezondheidszorg kan dan weer rekening worden gehouden met de onderlinge samenhang tussen ambulante, semimurale en klinische zorg. Binnen de somatische zorg valt te denken aan een indeling in eerstelijns gezondheidszorg, poliklinische en klinische specialistische hulp, verpleging en verzorging in ziekenhuizen en de verleende zorg in verpleeghuizen aan somatisch zieken. Met deze indeling kunnen de financiële implicaties van bijvoorbeeld een beleid gericht op een verschuiving van klinische naar poliklinische specialistische hulp en van specialistische hulp naar huisartsenzorg beter worden aangegeven.

Na deze kanttekeningen bij de landelijke financiële overzichten keren we terug naar de twee cruciale vragen m.b.t. de begrenzing van de kosten van de gezondheidszorg, te weten: hoe moet een financieel plafond worden vastgesteld en hoe moet een plafond worden gehandhaafd?

### Financiële plafonds

Wat betreft de eerste vraag — hoe moet een financieel plafond worden vastgesteld? — lijkt te mogen worden geconcludeerd dat de kostenramingen in de reeds genoemde financiële overzichten hiertoe een eerste aanzet zijn. De overheid pretendeert in deze kostenramingen immers financiële grenzen te stellen voor de gezondheidszorg voor de komende jaren. Een niet onbelangrijke bijkomstigheid is dat tegelijkertijd een grens aan het totaal van de particuliere bestedingen aan gezondheidszorg is gesteld en dat hierdoor in feite indirect de gehele gezondheidszorg tot de collectieve sector kan worden gerekend. Het is in dit geval namelijk de overheid die

regulerend optreedt en een collectieve beslissing neemt over de omvang van de bestedingen aan de gezondheidszorg. Voor zover de voorziening particulier plaatsvindt, is er overigens ook sprake van een nog steeds toenemende overheidsbemoeienis.

Terzijde kan worden opgemerkt dat invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten nu nog maar een kleine stap is. Deze financieringswijze past evenwel niet in een beleid dat is gericht op het terugdringen van de collectieve lasten, zoals dat op dit moment wordt gevoerd. Bovendien zal een premieheffing die op vergelijkbare wijze geschiedt als bij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of bij de Ziekenfondswet — waarbij de premie geheel of gedeeltelijk ten laste van de werkgever komt — aanleiding kunnen zijn tot een poging deze af te wentelen, waardoor extra inflatoire druk kan ontstaan.

Wanneer collectivisering van de gezondheidszorg door de beïnvloeding van de bestedingen niettemin acceptabel wordt geacht, dan rijst vervolgens de vraag of er wel in voldoende mate sprake is van een bewust beleid op nationaal niveau. Ten slotte moeten maatregelen die zijn bedoeld om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen, zoals een stringent tarievenbeleid, de bouw- en investeringsplafonds, de afremming van de functie-uitbreiding, een vestigingsbeleid enz. niet worden verward met een prioriteitenstelling op basis van de kostenramingen. Wanneer het financiële plafond is gebaseerd op het uitgangspunt van *Bestek '81* (dat wil zeggen dat het beslag van de collectieve sector op de nationale middelen beperkt dient te blijven) dan lijkt het hierin betrekken van het particulier gefinancierde gebruik van de gezondheidszorg niet in overeenstemming met dat beleidsuitgangspunt, hoe noodzakelijk dit laatste dan ook is voor de beheersing van het collectief gefinancierde deel van de gezondheidszorg gezien het passieve karakter van deze financiering. In de door de overheid opgestelde financiële overzichten is veeleer sprake van het weergeven van al dan niet gewenste ontwikkelingen, in die betekenis dat er in de kostenramingen is aangegeven wat de financiële gevolgen zullen zijn van min of meer autonome ontwikkelingen en bewuste beleidsmaatregelen. Voor de genoemde financiële prioriteitenstelling zal er op nationaal niveau een afweging moeten plaatsvinden tussen de verschillende sectoren en zal op grond daarvan moeten worden aangegeven waar de financiële grenzen voor de gezondheidszorg liggen. Duidelijk mag zijn dat de door sommigen 10) gesignaleerde discrepantie tussen de kosten van de gezondheidszorg en de middelen die men bereid is hiervoor ter beschikking te stellen een zorgvuldige afweging op nationaal niveau vereist, zodat er met een inmiddels — zowel letterlijk als figuurlijk — kostbaar recht op gezondheidszorg ook voldoende zorgvuldig wordt omgesprongen. Er zijn bestedingscategorieën te noemen, waarvan een beperking door overheidsbemoeienis minstens evenzeer wenselijk lijkt. Twee voor de hand liggende voorbeelden zijn de alcohol- en tabaksconsumptie en het autogebruik. Wanneer maatregelen, gericht op het terugdringen van de voor de gezondheid schadelijke alcohol- en tabaksconsumptie en energiebesparingsmaatregelen, gericht op een selectiever autogebruik effect sorteren, dan zal op korte termijn al meer beleidsruimte ontstaan en daarnaast zal op langere termijn het beroep op gezondheidszorgvoorzieningen kunnen verminderen.

7) *Bestek '81. Hoofddijnen van het financiële en sociaal-economische beleid voor de middellange termijn*, Tweede Kamer, zittingsjaar 1977-1978, 15 081, nrs. 1-2, blz. 194.

8) De kosten van uitwendige geneeswijzen (in 1977 f. 568 mln.) lijken niet gecorrigeerd voor de ontvangsten van de ziekenhuizen voor poliklinisch verleende fysiotherapie en daarmee f. 50 à f. 60 mln. te hoog geschat.

9) Zo schatte Aakster de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen in 1977 al op f. 280 mln. gld. Zie C.W. Aakster, *Maatschappelijke achtergronden van de niet-officiële gezondheidszorg*, *Metamedica*, 1977, nr. 10, blz. 203-211.

10) F.F.H. Rutten, *Financiering van de gezondheidszorg op lange termijn*, *Openbare Uitgaven*, 1979, nr. 5, blz. 217-234.

Met betrekking tot de tweede vraag — hoe kan een financieel plafond worden gehandhaafd? — moet een tweetal aspecten worden onderscheiden. De kosten zijn immers afhankelijk van enerzijds het gebruik dat van de voorzieningen wordt gemaakt en anderzijds van de daarbij behorende beloningsvoeten. Zowel het gebruik als de prijzen zullen moeten worden beheerst ten einde uiteindelijk de kosten te kunnen beheersen. Van grote betekenis hierbij zijn twee wetsontwerpen. Zo zal de Wet voorzieningen gezondheidszorg de planning en beheersing van de capaciteit en daarmee enigermate het gebruik regelen, en de Wet tarieven gezondheidszorg de prijsvorming. Een grote moeilijkheid blijft evenwel de regulering van het gebruik dat door de bevolking van de gezondheidszorgvoorzieningen wordt gemaakt. Dit gebruik is namelijk de resultante van zowel het aanbod van als de vraag naar gezondheidszorg, terwijl het gebruik ook door het functioneren van de voorzieningen wordt beïnvloed. Toont bijvoorbeeld onderzoek aan dat — gegeven het aantal verwijzingen — de klinische consumptie bijna volledig wordt bepaald door de aanwezige bedden capaciteit (het aanbod), dan vindt men wel een instrumentvariabele waarmee het gebruik kan worden beïnvloed, maar geen verklaring voor de wenselijke bedden capaciteit (de vraag).

De invloed van de reeds genoemde, min of meer autonome factoren is tot op zekere hoogte wel voorspelbaar. Gezien de geringe kennis die aanwezig is ten aanzien van de substitutiemogelijkheden die zowel de gebruikers als de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg ter beschikking staan, zijn de gevolgen van bijvoorbeeld bewuste capaciteitsveranderingen moeilijk aan te geven. Bovendien kan een vergroting van de kennis van de potentiële consument — hoe gewenst ook — aanleiding geven tot zowel meer, als duurder gebruik van voorzieningen. Wanneer de gebruiker bereid en in staat is de financiële consequenties hiervan te dragen, dan kunnen daartegen onzes inziens weinig bezwaren worden aangevoerd. Zo zou kunnen worden gepleit voor een volksverzekering tegen ziektekosten, waarin een bepaald basispakket aan voorzieningen is opgenomen, terwijl voor het overige sprake is van een zekere vrijheid. De samenstelling van het basispakket zal dan, afhankelijk van de opvattingen over de aard en de omvang van het recht op zorg, kunnen worden beïnvloed om onder meer te komen tot regulering van de premiehoogte en daarmee tot begrenzing van de kosten van de collectief gefinancierde medische zorg.

Mocht desondanks toch een beleidsinstrumentarium kunnen worden ontwikkeld waarmee de kosten van de gezondheidszorg binnen de gestelde grenzen kunnen worden gehouden, dan kan het financiële plafond als een nationaal budget voor de gezondheidszorg worden beschouwd. Vervolgens zal zich het vraagstuk voordoen van de allocatie van deze middelen naar de diverse voorzieningen en functies in de gezondheidszorg. De ideeën met betrekking tot een mogelijke beheersstructuur gaan in twee richtingen. Zo is onder andere door de Ziekenfondsraad in een discussienota aandacht besteed aan een systeem van functionele-budgetfinanciering. Op landelijk niveau worden hier budgetten per categorie voorzieningen voorgesteld 11). Andere ideeën gaan in de richting van een systeem van regionale-budgetfinanciering. Het landelijk budget wordt hier over de regio's verdeeld en vervolgens vindt een toedeling plaats aan de verschillende voorzieningen en functies 12). Naar onze mening is het essentiële verschil tussen deze benaderingen dat in het geval van functionele-budgetfinanciering prioriteitenstelling uitsluitend op centraal niveau zal plaatsvinden, terwijl bij regionale-budgetfinanciering prioriteitenstelling ook op regionaal niveau kan plaatsvinden, d.w.z. op het niveau waar een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen functioneert. (Voor de problemen die samenhangen met en de mogelijkheden voor een systeem van regionale-budgetfinanciering wordt verwezen naar een studie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO 13).) In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op de betekenis die, onder meer in dit kader, aan regionale financiële

le overzichten van de gezondheidszorg kan en moet worden toegekend.

### Regionale overzichten

Ondanks het feit dat in Nederland de regionale overheden ternauwernood invloed kunnen uitoefenen op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg via sturing van geldmiddelen, zijn er toch verschillende redenen aan te geven voor de wenselijkheid van het verkrijgen van meer inzicht in de financiële consequenties van de gezondheidszorg in de desbetreffende gebieden. In het onderstaande zal aandacht worden besteed aan de betekenis van financiële overzichten per regio, waarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen de betekenis van regionale overzichten in het kader van planning en beheersing en de betekenis voor de ten behoeve van regionale financieringssystemen noodzakelijke informatie.

In de *Structuurnota gezondheidszorg* was al aangegeven dat de gegevens ten aanzien van de uitgaven en de financiering die betrekking hebben op een regio, in samenhang dienen te worden gebracht met regionale gegevens ten aanzien van de structuur van de voorzieningen. Hierdoor wordt een vergelijking mogelijk met andere regio's wat betreft de relatie tussen de ingezette middelen en de daarmee geproduceerde diensten, zowel met het oog op verbetering van structuur en wijze van financiering, als ter verhoging van de efficiëntie 14). Alvorens regionale vergelijkingen kunnen worden gemaakt zal per regio een correctie voor in- en uitgaande patiëntenstromen moeten plaatsvinden, zodat in de regionale overzichten een onderscheid kan worden gemaakt tussen de kosten van de gezondheidszorg in een regio en de kosten van de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van een regio. Een recente publikatie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut vergelijkt bijvoorbeeld de ziekenhuiskosten per geografische inwoner met de ziekenhuiskosten per adherente inwoner 15). Het belang van regionale gegevensoverzichten mag geenszins worden onderschat. Zo zijn verschillende econometrische studies gebaseerd op het analyseren van regionale verschillen en is op grond daarvan enig inzicht ontstaan in enkele substitutiemogelijkheden 16).

Gegeven de betekenis van de landelijke financiële overzichten, liggen enige functies van regionale financiële overzichten voor de hand. Op grond van een regionale uitsplitsing van het landelijke overzicht ontstaat een betere kwantitatieve basis voor de beleidsvoering op regionaal niveau. Zo kunnen regionale overzichten dienen ter ondersteuning van het regionale beleid, waarbij het feit dat de regionale overheid momenteel geen invloed heeft op het uit planning en beleidsuitvoering resulterende beslag op financiële middelen, een reden te meer is dat zij zich goed bewust moet zijn van de financiële consequenties van het door haar gevoerde en te voeren beleid. Met name bij het opstellen van regionale plannen zal de regio rekening moeten houden met de financiële grenzen zoals die zijn weergegeven in de landelijke financiële overzichten.

11) Ziekenfondsraad, *Mogelijkheden van budgettering in de gezondheidszorg*, Amstelveen, 1978.

12) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake gedecentraliseerd financieel beleid in het kader van de regionalisatie van de volksgezondheid*, Rijswijk, 1977.

13) W. A. Koch, Regionale budgetten in de gezondheidszorg, *ESB*, 8 augustus 1979, blz. 792-797.

14) Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Structuurnota gezondheidszorg*, 's Gravenhage, 1974.

15) A. P. W. P. van Montfort en J. M. Spaan, *Kostenatlas, regionaal overzicht van ziekenhuiskosten in Nederland*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1979.

16) Wat betreft het onderzoek in Nederland kunnen worden genoemd: J. van der Gaag, *An econometric analysis of the Dutch health care system*, proefschrift RU-Leiden, Leiden, 1978; B. H. Posthuma en J. van der Zee, *Tussen eerste en tweede echelon 1/2*, Utrecht, 1977/1978. F. F. H. Rutten, *The use of health care facilities in the Netherlands*, proefschrift RU-Leiden, Leiden, 1978.

In het kader van de kostenbeheersing zal de overheid er ten slotte voor moeten waken dat het in geld uitgedrukte totaal van de regionale plannen de beschikbare financiële ruimte niet overschrijdt. Dit is onder meer duidelijk aangegeven in de Memorie van antwoord bij het Wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg 17). De regionale financiële overzichten zullen dan ook volgens een zodanige systematiek moeten worden opgezet dat sommering mogelijk is en de uitkomsten vergelijkbaar zijn met de gegevens in het landelijke financiële overzicht. Dit alles doet toch weer de vraag opkomen of er in feite sprake is van een geregionaliseerd gezondheidsbeleid, waaronder wij verstaan een centraal gevoerd beleid dat rekening houdt met, en voor een deel is gebaseerd op regionaal verschillende situaties. Een beleid dat is gericht op decentralisatie van bevoegdheden naar de regio toe, kan resulteren in een regionaal gezondheidsbeleid. In de toekomst zullen dan nog verder moeten worden ingevuld:

- de verhouding tussen centrale en decentrale besluitvorming;
- de institutionele vormgeving op regionaal niveau.

Regionale financiële plafonds kunnen voorkomen dat een gedetailleerd stelsel van centrale richtlijnen de regio weinig tot geen beleidsruimte biedt. Binnen een gegeven financiële ruimte kunnen regio's verantwoordelijkheid dragen voor een adequate gezondheidszorg wanneer de regio over voldoende stuurmogelijkheden beschikt.

Ook de lokale overheid zal bij haar besluitvorming rekening moeten houden met de financiële consequenties van voorgenomen beleidsmaatregelen. Zo worden nogal wat gemeenten geconfronteerd met de financiële gevolgen van onder meer:

- gezondheidscentra;
- gemeentelijke geneeskundige diensten;
- schooltandartsendiensten;
- bevolkingsonderzoeken;
- gemeenteziekenhuizen.

Onzes inziens zullen de lokale overheden ten behoeve van hun beleid inzicht dienen te hebben in de totale kosten van de gezondheidszorg op plaatselijk niveau. Dit inzicht is zowel noodzakelijk om hun prioriteitenstelling niet al te geïsoleerd te doen plaatsvinden als om enigszins een indruk te hebben van de financiële gevolgen van te nemen beleidsmaatregelen. Dat dit uiteindelijk in een regionaal kader moet kunnen worden geplaast, kan worden afgeleid uit de omschrijving van gezondheidszorgregio: een gebied waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen functioneert.

Niet onvermeld mag blijven de betekenis van regionale (financiële) overzichten in het kader van het ontwikkelen van regionale financieringssystemen, zoals een systeem van regionale-budgetfinanciering. Het huidige financieringssysteem is in zoverre neutraal dat er geen corrigerende werking van uitgaat op het functioneren van de gezondheidszorg. Wanneer bijvoorbeeld twee regio's (A en B) onderling uitsluitend verschillen ten aanzien van het functioneren van de gezondheidszorg, in die zin dat regio B afwijkt van regio A, doordat in regio B huisartsen en specialisten meer en duurdere geneesmiddelen voorschrijven, huisartsen frequenter verwijzen naar specialisten, specialisten meer verrichtingen (laten) doen, en patiënten vaker en langer in ziekenhuizen liggen, dan is de productie in regio B minder efficiënt dan de productie in regio A. De huidige allocatie van middelen geeft regio B geen aanleiding te streven naar een efficiëntere productie. Bij het zoeken naar een nieuwe financiële beheersstructuur lijkt het gewenst als voorwaarde te stellen dat er een stimulans kan worden ingebouwd voor een efficiënter functioneren van de voorzieningen. Een systeem van regionale-budgetfinanciering kan mogelijkheden bieden tot het zodanig sturen van de allocatie van middelen naar de regio's, dat in de loop van een aantal jaren minder efficiënte regio's worden gecorrigeerd.

Regionale overzichten zullen de voor het ontwikkelen van dergelijke systemen noodzakelijke informatie kunnen leveren, wanneer daarin aandacht wordt besteed aan de structuur,

het functioneren en het gebruik van de gezondheidszorg in een regio en aan de kosten van de gezondheidszorg in en ten behoeve van de inwoners van een regio.

## Nabeschuiving

Naar aanleiding van deze schets van de betekenis van financiële overzichten in de gezondheidszorg willen we nog een paar opmerkingen maken. Zoals gezegd kunnen uit de kostenramingen in de landelijke overzichten financiële plafonds worden afgeleid ter begrenzing van de uitgaven. Het handhaven van deze grenzen lijkt evenwel problemen te zullen opleveren. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van een actueel voorbeeld: de financiering via de AWBZ van het kruiswerk en van de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP's) met ingang van 1 januari 1980. De tot dat tijdstip voor het kruiswerk geldende interimsubsidierегeling biedt voldoende houvast voor een redelijke kostenbeheersing door middel van de daarin gehanteerde personeelsnormering. Daarentegen zijn alleen al de kostenramingen voor de IMP's de laatste tijd regelmatig bijgesteld, en wel van een eerste raming van f. 50 mln. via een raming van globaal f. 68 mln. tot een schatting van nu bijna f. 100 mln. voor 1980. De ervaringen met betrekking tot andere voorzieningen nu op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg geven geen aanleiding te veronderstellen dat deze schatting als grondslag kan dienen voor de verdere toekomst. Erkenning-normen die uitsluitend zijn gebaseerd op de kwaliteit van de dienstverlening kunnen dan misschien enige wildgroei tegen gaan, maar slechts kwantitatieve normen op het gebied van de capaciteit lijken kostenbeheersing mogelijk te maken. Verder kan de eigen bijdrage voor het kruiswerk — voor een deel in de vorm van een contributie — een drempel vormen tegen overmatig gebruik van deze voorziening.

Een tweede opmerking betreft het ontbreken van informatie over financieringsmethoden. Inzicht hierin is vooral gewenst bij die voorzieningen waarvan mag worden verondersteld dat de wijze van financiering het functioneren kan beïnvloeden.

De hierboven gemaakte kritische kanttekeningen bij de betekenis van de landelijke financiële overzichten laten het belang onverlet, dat aan deze overzichten kan worden toegekend in het kader van de kostenbeheersing. Met name de informatie, die in de overzichten beschikbaar komt over de kostenontwikkeling, biedt mogelijkheden om op systematische wijze aan te geven waar en wanneer bijsturing gewenst of noodzakelijk is. Inzicht in het gebruik van medische zorgen in de wijze van financiering biedt dan veelal mogelijkheden om aan te geven waar en wanneer bijsturing kan plaatsvinden. De betekenis van de landelijke financiële overzichten is dan ook vooral dat ze inzicht verschaffen op grond waarvan beleid kan worden gevoerd en onderbouwd.

Het aangeven van de financiële grenzen op basis van de kostenramingen roept echter nogal wat vraagtekens op. Die vraagtekens gelden zowel de nauwkeurigheid van de ramingen als de wijze waarop prioriteiten worden gesteld. Op korte termijn kunnen regionale overzichten het landelijk beleid ondersteunen door het zichtbaar maken van regionale verschillen. Van een regionaal gezondheidsbeleid zal echter pas sprake zijn wanneer er decentralisatie van bevoegdheden naar de regio heeft plaatsgevonden.

Tot slot menen we samenvattend te mogen concluderen dat het met elkaar in verband brengen van financiële gegevens en gegevens betreffende de structuur en het gebruik van de gezondheidszorg op korte termijn aanknopingspunten kan bieden voor de ook in de gezondheidszorg gewenste kostenbeheersing en op lange termijn het inzicht kan verschaffen dat nodig is voor een evenwichtige beleidsvoering.

W.A. Koch