

CDV in gesprek over de gezondheids- zorg

Door Thijs Jansen

foto Dirk Hol

Het budgetsysteem in de gezondheidszorg staat hoe langer hoe meer onder druk. In het januarinummer van dit blad heeft A.P.J. Van der Eyden een dringend appèl gedaan dat om los te laten. Mr.drs. H.P.S. Pauw, directeur Algemene Zaken van het St. Franciscusziekenhuis in Rotterdam is het met hem eens en stelt dat alles erop wijst dat de politiek van budgetteren op dit moment klem aan het lopen is. Het heeft zijn heilzame werking gehad om ziekenhuizen en specialisten te dwingen doelmatiger te werken. Er nu nog langer aan vasthouden werkt averechts en leidt onder andere tot wachtlijsten en ontsnappingsroutes die niet te verbieden zijn. Er is een flinke kloof ontstaan tussen de schijn van het budgetsysteem en de werkelijkheid van de gezondheidszorg. Het door de politiek in stand gehouden systeem staat op instorten.

PAUW: De budgettering is een systeem waarin vooraf een bepaald bedrag wordt afgesproken waarvoor je een hoeveelheid zorg moet leveren. De invoering van budgettering luidde het einde in van een systeem waarin aan alles een tarief hing: hoe meer je produceerde hoe meer inkomsten. Dat was niet echt een systeem dat doelmatigheid in de hand werkte. Ik ben op zich heel tevreden geweest dat er budgettering is gekomen. In het oude systeem kreeg de specialist alle soorten onderzoeken nog apart betaald. Dus werd

het oneindige vergroten. De marktvraag neemt toe, dat is bekend. Technologisch kunnen we meer en dat maakt de zorg duurder. Daar zul je een uitweg voor moeten vinden.

Prijs/prestatieverhouding zoek

PAUW: Een van de vreemde onderdelen van het budgetteringssysteem is dat er geen relatie is tussen inkomsten en de feitelijke kosten. Je hoort nogal eens patiënten die zeggen: ik ben op het bezoekeer



MR. DR.S. H.P.S. PAUW

er ieder jaar opnieuw meer geproduceerd en bij de specialisten betekende dat op een gegeven moment dat de tarieven naar beneden gingen. Want de overheid zei: we willen het niet laten groeien! Inmiddels zijn de specialisten ook gebudgetteerd. De ziekenhuisbudgettering is nu zo'n 16 jaar gaande en dat heeft in de beginperiode prima gewerkt. We werden gedwongen om na te denken over de vraag: doen we het wel efficiënt? Doen we het wel goedkoop? Kan het niet anders? En toen zijn er enorme bezuinigingsslagen gemaakt. Op een gegeven moment houdt het echter op. Want je kunt de doelmatigheid niet tot in

spoedeisende hulp geweest en krijg een nota van de specialist, maar ook een nota van ok-tarief. Maar ik ben toch helemaal niet op de ok geweest! En dat is ook niet zo. We zijn echter verplicht om dat te doen. Dat is raar. Het omgekeerde komt ook voor. Een patiënt die op de *intensive care* ligt en waar je misschien wel 5000 gulden per dag aan besteedt, krijgt een rekening als ware het een gewone verpleegdag, ongeveer f750,- per dag. Dat is dus heel weinig. Van wat wij hier meer produceren ten opzichte van vorig jaar krijgen wij maar eenderde deel van de kosten vergoed. De relatie tussen wat we feitelijk

presteren en de inkomsten is dus nauwelijks goed te leggen. Er zijn gevallen waar de prijs die we in rekening brengen veel lager ligt dan de kosten, maar er zijn er ook een heleboel waar we een hogere prijs voor krijgen dan werkelijk de kosten zijn. Ga dan eens uitleggen dat je het allemaal efficiënt doet. Om deze ongerijmdheid op te lossen ben ik voorstander van een systeem van produkttypering met *outputpricing*. Dan wordt er betaald voor datgene wat wij ook daadwerkelijk leveren aan dienstverlening. Afspraken hierover zijn moeilijk te maken omdat het hele systeem daarmee op zijn kop gaat. Ik denk dat wij - specialisten en ziekenhuizen - er belang bij hebben om de relatie tussen kosten en prijs te herstellen. Daar wordt nu landelijk aan gewerkt. En ik denk dat dat een enorme verbetering is. Als er dergelijke heldere afspraken zijn gemaakt moet er een einde komen aan het budgetterings-systeem. En dan wordt het de hoogste tijd de verantwoordelijkheidsverdeling tussen aanbieders, verzekeraars, de overheid en de patiënten heel helder te maken.

Verantwoordelijkheidsverdeling

PAUW: De discussie over de verdeling van verantwoordelijkheden wordt niet gevoerd. Ik heb vorig jaar voor het ministerie van vws meegewerkt aan een advies met het oog op het inmiddels verschenen rapport 'De gezondheidszorg als *Human Enterprise*'. We hebben toen vanuit mensen die in het veld werkzaam zijn het initiatief genomen om die verantwoordelijkheidsdiscussie eens helder op tafel te leggen. Met dat deel van onze bijdrage is niets gedaan en ik denk dat dat tekenend is voor hoe men om

de problemen heen wil lopen! Allereerst de verantwoordelijkheid van de overheid. In ons land vinden we toegankelijkheid een essentieel element van gezondheidszorg, waar ik het overigens van ganser harte mee eens ben. Dat moeten we in ons land met solidariteit opbrengen. Wij zijn bereid om een bepaalde hoeveelheid geld daarvoor in onze samenleving opzij te zetten in de vorm van premies. En daar kun je een hoeveelheid zorg voor aanbieden. Die is niet onuitputtelijk. Zo lang de overheid vindt dat zij de inhoud van het zorgpakket moet kunnen bepalen en de kwaliteit en de financierbaarheid wil blijven volgen, dan ligt daar de verantwoordelijkheid voor hoeveel zorg er kan worden aangeboden. Want de premies worden door de overheid vastgesteld en die gaan vervolgens als inkomen - budget - naar de verzekeraars. De verzekeraars moeten daarvoor zorg inkopen. En wij aanbieders hebben dat efficiënt te leveren.

CDV: Als we een groot deel van de zorgkosten blijven rekenen tot de collectieve lastendruk, zal de overheid de kosten altijd willen drukken. En dan kom je bij de vraag: zit er ook niet teveel in dat collectieve pakket?

PAUW: Dat is de hamvraag! Omdat de politiek daar niet aan durft te komen lopen we met z'n allen om de hete brij heen en wordt er maar steeds gezegd: we moeten het zoeken in doelmatigheid. Daar zitten de problemen niet meer. Het gaat nu meer om de vraag of de politiek lef durft te tonen. Elk besluit over de omvang van het collectieve pakket dat in de afgelopen jaren is genomen - of dat nu de pil is of het

kunstgebit - ligt zo gevoelig dat het meteen weer word je teruggedraaid. Nu zien we het met de geneesmiddelen gebeuren. Het gebrek aan lef op dit terrein wordt afgewenteld op de markt.

CDV: En wat is de verantwoordelijkheid van de verzekeraar?

PAUW: Als de vraag in de samenleving naar een bepaald soort ingrepen toeneemt, dan heeft een verzekeraar gewoon te betalen! Wij, als aanbieders, hebben geen relatie met patiënten zolang ze niet patiënt zijn. De burger heeft een relatie met een verzekeringsmaatschappij. Dus de verzekeringsmaatschappij dient voldoende zorg in te kopen. En als ze dat niet doen - en ze doen het niet in mijn ogen - dan ontstaan er wachtlijsten. Niet omdat er vanuit het aanbod ondoelmatig gewerkt wordt, maar omdat de capaciteit te beperkt gehouden wordt. Ik zal een voorbeeld geven. Wij hebben in de productieonderhandelingen met verzekeraars dit jaar voorstellen op tafel gelegd die gebaseerd waren op de daadwerkelijke groei van de patiëntenstroom die we gezien hebben in 1998. Verzekeraars wilden daar niet aan. Want dan zeggen ze: daar hebben wij het geld niet voor! Prima, maar het is niet aan ons om het dan toch maar te leveren. Vroeger hadden wij een zorgplicht voor iedereen. Dat is nu niet meer het geval.

Frustratie van ondernemingszin

CDV: Door het budgetteringssysteem wordt de ondernemerszin van ziekenhuizen sterk belemmerd. In de afgelopen jaren heeft de overheid commerciële initia-

tieven verboden of sterk afgeremd. Niettemin gaan dergelijke initiatieven gewoon door. Kunt u enkele voorbeelden noemen?

PAUW: Een eerste voorbeeld is een initiatief dat ik enkele jaren geleden in Breda genomen heb, en dat geleid heeft tot de zogenaamde Zuidhoek. Dat initiatief heeft heel wat discussie losgemaakt. Ik heb destijds tegen de verzekeraars gezegd: in het budgetstelsel hoort de noodzakelijke zorg. Wat is de noodzakelijke zorg? Datgene wat we via het ziekenfonds gedefinieerd hebben in het pakket. Daar zit niet in: meer service op de verpleegafdeling (de piccolo, de krant, het zachtgekookt eitje). Dat hoort dus ook niet in het budgetstelsel thuis. Dus hebben we voorgesteld: laat ons voor het hele ziekenhuis een tarief hanteren, het derde klasse tarief volgens het COTG. En alle plussen buiten het budget houden, want dan kunnen we buiten het budget er iets mee doen. Dat vinden ze niks. Toen heb ik gezegd: als het dan niet voor het hele ziekenhuis mag, mag dat dan voor een klein stukje? Want dan willen we daar een andere afdeling van maken, gebaseerd op echte hotelfaciliteiten en we leveren daar gewoon precies dezelfde medische verpleegkundige zorg, alleen er zit een toefje op. Laat ons dat geld houden. Voor dit ziekenhuis ben ik bij het ministerie dezelfde discussie gaan voeren. Er zitten in deze regio heel veel mensen die tijdelijk in Nederland wonen en werkzaam zijn voor buitenlandse bedrijven. Die zijn hele andere dingen gewend en waarom zouden we daarop niks aanbieden. Ik heb het ministerie uiteindelijk zover weten te krijgen dat ze het idee geakkordeerd hebben. Maar met die

restrictie dat het ook absoluut gescheiden geldstromen moeten blijven. Daar heb ik op zich geen bezwaar tegen. Maar waarom hebben we het nog niet geëffectueerd? Het College Ziekenhuisvoorzieningen bindt je vervolgens aan alle lange termijn huisvestingsplannen terwijl wij hier de investeringen door een externe partij konden laten financieren. Het idee is nog steeds niet weg.

Een tweede voorbeeld speelt in verschillende steden in Nederland. Het is raar dat een buitenlandse patiënt voor het ziekenhuis nauwelijks eigen inkomsten genereert, want die inkomsten die we eruit krijgen zijn ook ter dekking van het budget. Ik begrijp niet waarom deze patiënten via het budgetstelsel moeten worden afgerekend. Dat het de overheid uitkomt begrijp ik wel: de buitenlandse patiënt betaalt gewoonweg mee aan ons Nederlandse systeem. Ik denk dat je dat soort zaken moet doorprikken.

Tenslotte een derde voorbeeld. Er zijn bijvoorbeeld vrouwen die om esthetische redenen hun borsten willen laten verkleinen of vergroten. Dat is wat mij betreft geen collectieve zorg. We mogen het echter niet uitvoeren buiten het budget om. Omdat het een verstrekking is zoals die in de Ziekenfondswet staat, mag je het niet buitenbudgetair doen. Dat is raar. Van de ene kant vergoeden we de meeste van die ingrepen niet en van de andere kant zeggen we: het hoort wel in het stelsel. Er wordt krampachtig vastgehouden aan een aantal uitgangspunten die niet valide zijn. Ik begrijp dat de overheid iets aan kostenbeheersing wil doen. Maar laat dan gewoon de rare elementen van dat systeem in ieder geval eens even los. Dan kun

je ook kijken wat er gebeurt. Nu wordt dat zeer krampachtig de kop ingedrukt.

CDV: U vindt de zorg die de verschillende politieke partijen hebben over toenemende tweedeling als gevolg van dit soort commerciële initiatieven niet gerechtvaardigd?

PAUW: Ik ben er niet van overtuigd dat door dit soort initiatieven het gevaar loert van een tweedeling tussen rijk en arm. Ik kom terug op het voorbeeld van de Zuidhoek. Als een patiënt niet verzekerd is voor die klassefaciliteiten, dan moet hij het zelf betalen. Dat zal de slager of de vuilnisman waarschijnlijk ook niet kunnen. Het is toch echter zo in Nederland dat men afhankelijk van zijn inkomen ook op verschillende manieren op vakantie gaat, of zijn huis inricht. Waarom mag dat in de zorg niet, als de medisch-verpleegkundige zorg voor iedereen precies hetzelfde blijft? Ik noem dat geen tweedeling. Dat is zo verweven met onze samenleving. De vraag of er geen tweedeling zal ontstaan tussen werkenden en niet-werkenden is mijns inziens relevanter. Het is nu zo dat de overheid het zorgaanbod opzettelijk krap laat. Daardoor worden de wachtlijsten langer. Dat heeft tot gevolg dat zieke werknemers elders in de samenleving tot aanzienlijke kosten leiden. Dat kan je niet miskennen. Je moet en mag dan denken over oplossingsrichtingen. En als je dan merkt dat er uit het werkgeverscircuit extra geld beschikbaar komt, en je besteedt dat weer aan de reguliere zorg, dan wordt in totaal de wachtlijst korter. Nu gaat al dat geld niet naar de reguliere zorg, maar de particuliere zorg!

Onhoudbaar door Europa

PAUW: Het budgetteringssysteem wordt ook onhoudbaar door de Europese regelgeving. Er zijn vorig jaar twee arresten gewezen door het Europese Hof te Luxemburg: de Decker- en Kohll-arresten. Twee Luxemburgse patiënten hebben - een in België en een in Duitsland - zorg ingekocht. De één moest naar de kaakchirurg en de ander moest een bril hebben. In Luxemburg weigerde het ziekenfonds de kosten te vergoeden. Men had eerst toestemming moeten vragen. Die twee burgers hebben het er niet bij laten zitten en zijn naar het Hof gegaan: deze beslissing zou in strijd zijn met de Europese beginselen van vrij verkeer van goederen en diensten. Het Hof heeft toen gezegd dat als men in het eigen land al geen toestemming hoeft te hebben, dan mag dat ook niet worden opgelegd als vereiste voor vergoeding voor diezelfde zorg in het buitenland.

Een ander voorbeeld is Zeeuws-Vlaanderen waar een ziektekostenverzekeraar contracten afsluit met Belgische ziekenhuizen. Kennelijk omdat het aanbod in Zeeuws-Vlaanderen te krap is. Dat betekent dat men op het ogenblik buiten het budgetstelsel om kosten gaat maken in het buitenland. Dat is voor de Nederlandse betalingsbalans en werkgelegenheid betreurenswaardig.

Als experiment heb ik in onze eigen ziekenhuis het volgende idee uitgezet. Als voor bepaalde ingrepen de wachtlijst te lang is dan gaan we over de grens. We gaan bijvoorbeeld met een bus vol patiënten die een nieuwe heup moeten hebben naar België en laten de ingreep daar doen,

misschien zelfs door onze eigen orthopeden. Laten we eens kijken wat er dan gebeurt. Zo zien we - hoop ik - de idiotie van ons budgetstelsel. We hebben het overigens nog niet geregeld. Als je zo naar Europa gaat kijken dan komen er hele grote vragen of ons huidige systeem wel zo overeind kan blijven. Dit kabinet sluit de ogen gewoonweg voor deze ontwikkeling. Vorig jaar is er een notitie gemaakt door het Ministerie en daarin zijn de consequenties van beide arresten verregaand gebagatelliseerd. Terwijl bij de verzekeraars en bij de aanbieders het idee leeft dat als je er echt over gaat nadenken, ons huidige systeem zeer fors staat te trillen.

CDV: Het loslaten van het budgetteringssysteem zal leiden tot concurrentie in de gezondheidszorg.

PAUW: Ik ben een voorstander van een zekere mate van concurrentie. Ik wil graag knokken voor de patiënt. Ik wil graag dat hij hier binnenkomt en niet bij mijn buurman. Ik wil het gewoon graag goed doen. Ik vind dat je rustig kunt praten over marktontwikkelingen, wat gebeurt er nou in de samenleving, hoe positioneer je je erin, wat gebeurt er met je marktaandeel? Dat meer marktwerking hier en daar misgaat zie ik natuurlijk ook wel. Maar daarom moet je niet de hele discussie over marktwerking wegvegen. Ik denk dat op het ministerie van vws marktwerking absoluut niet gezien wordt als een deel van de oplossing. Maar ik denk dat het dat wel is.