

Mr. J. Donner

Ziekenhuisplanning als lippendienst aan de bezuinigingen



Het lijkt zinvol en verantwoord dat de overheid terugtreedt uit het planningsproces van gezondheidsvoorzieningen. Het geloof in decentralisatie en inschakeling van lagere overheden is verdwenen. Donner pleit ervoor de verantwoordelijkheden van ziekenfondsen uit te breiden, zodat deze meer tegenwicht bieden tegen de aanbieders van zorg.

Met de Structuurnota Volksgezondheid 1974 werd het planningsinstrument in de Nederlandse gezondheidszorg geïntroduceerd. Dat instrument kreeg vervolgens handen en voeten in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en later in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg van 1982, die echter maar zeer gedeeltelijk in werking is getreden. Zowel binnen als buiten het veld van de gezondheidszorg heeft de planning van de zorg soms tot hevige emoties aanleiding gegeven. De zogenaamde '4 promille'-norm van 4 ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners werd door velen als absurd laag gezien; de eerste regio-adviezen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen werden bejubeld en weggehoond: sommige adviezen – zoals het voorstel om het VU-ziekenhuis maar uit Amsterdam naar de Achterhoek te verhuizen – waren inderdaad niet zo erg realistisch.

Een hoogtepunt in de geschiedenis van de planning van de vaderlandse gezondheidszorg vormde zonder twijfel de publicatie van de 'hit-lijst' van minister Gardeniërs van Volksgezondheid in 1982. Deze lijst gaf een opsomming van de ziekenhuizen, die zouden moeten verdwijnen. De hit-lijst heeft de gemoederen zeer in beweging gebracht: er zijn nogal wat ziekenhuizen, die mevrouw Gardeniërs dankbaar zijn voor het publiceren van deze lijst, omdat daardoor achterbannen zijn wakker geschud en door hun oppositie bedreigde ziekenhuizen hebben weten te redden.

Anno 1986 zijn de emoties geluwd. De '4 promille'-norm is verlaagd zonder dat zulks op hevige bezwaren is gestuit en in zijn nadagen als bewindsman van Volksgezondheid heeft staatssecretaris Van der Reijden – na al eerder planningsvoornemens met betrekking tot sommige andere regio's kenbaar te hebben gemaakt – nog de voornemens van zijn departement met betrekking tot de sluiting van ziekenhuizen in de regio Amsterdam kenbaar gemaakt. Zes ziekenhuizen zouden moeten sluiten, wel niet in 1988 zoals eerst de

Mr. J. Donner (1947) is werkzaam in de gezondheidszorg. Thans o.a. als algemeen directeur van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort en algemeen directeur (interim manager) van het Centraal Bureau voor Keuringen te 's-Gravenhage.

bedoeling was, maar pas in 1990; daarmee zou op de totale uitgaven voor de volksgezondheid een bedrag in de orde van grootte van f 90 miljoen worden bespaard.

De vraag is gewettigd of het achterwege blijven van uitvoerige reacties duidt op een aanvaarding van planning van de volksgezondheid door de overheid of op een zichzelf overleefd hebben van die planning. Als het planningsinstrument al bot geworden zou zijn, dan lijkt zulks in elk geval aan overheden vooralsnog voorbij te gaan: met bijna tomeloze energie zijn de afgelopen maanden ellenlange adviezen voorbereid tot invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Twijfel in het veld omtrent de effectiviteit van overheidsplanning van gezondheidszorg heeft kennelijk nog niet geleid tot een vermindering van het geloof in eigen kunnen bij overheden zelf – alle goede voornemens tot deregulering ten spijt.

In het navolgende wil ik enkele overwegingen aandragen, die wellicht tot een grotere scepsis jegens de ziekenhuisplannende overheid zouden kunnen bijdragen. Ik wil daarbij – zoals ik dat ook in een eerder bijdrage 'Privatisering in de volksgezondheid: beleidsinstrument voor bezuiniging' (Christen Democratische Verkenningen 1986/2) deed – voorop stellen, dat ik de beleidsdoelstellingen van de overheid met betrekking tot een goede spreiding van de voorzieningen enerzijds en de wenselijkheid, noodzaak en vermoedelijk zelfs mogelijkheid van bezuiniging in de gezondheidszorg anderzijds, ten volle onderschrijf.

Het ziekenhuisbed: van minder belang voor de patiëntenzorg

Voor een goede behandeling van zieke mensen is het soms noodzakelijk hen in een ziekenhuis op te nemen en daar enige tijd voor behandeling en verzorging in bed te stoppen. Het belang van afdelingen in een ziekenhuis werd dan ook tot voor kort – en in sommige gevallen nog steeds –

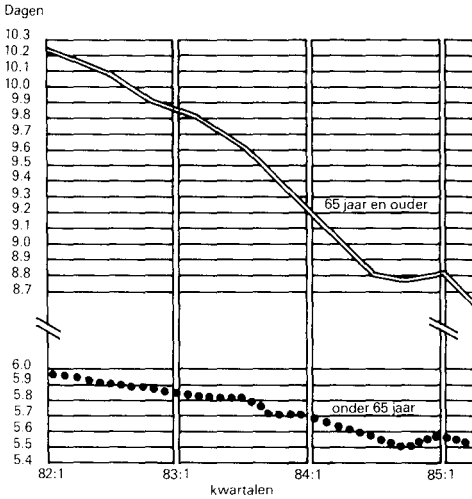
bepaald aan de hand van het aantal bedden, dat die specialistische afdelingen tot hun beschikking hadden of hebben. Het aantal bedden is mede van belang voor de vraag of op een ziekenhuisafdeling specialisten in opleiding genomen mogen worden. Het bed als norm speelde en speelt ten dele nog een belangrijke rol: er is zelfs een officiële overheidspublicatie uit de jaren zeventig, die de onverwacht prozaïsche titel 'Het bed' draagt en die sommige nietsvermoedende lezers hevig moet hebben teleurgesteld.

In de Structuurnota Volksgezondheid 1974 werd een beleid in uitzicht gesteld, dat zou moeten leiden tot een verschuiving van de klinische zorg – dat wil dus zeggen zorg aan in het ziekenhuis opgenomen patiënten – naar poliklinische zorg. Zowel de ontwikkeling van de geneeskunde als het overheidsbeleid zijn in dezen succesvol gebleken. Ziekenhuizen, die sedert de jaren zeventig in Nederland zijn gebouwd beschikken over veel ruimere poliklinische voorzieningen dan tevoren gebruikelijk was.

Nieuwere inzichten in de geneeskunde hebben geleid tot een verkorting van de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen. Met name in de algemene en academische ziekenhuizen is de gemiddelde opnameduur drastisch verkort. Terwijl in deze ziekenhuizen patiënten in het midden van de jaren zeventig na opname gemiddeld ongeveer 15 dagen in het ziekenhuis verbleven is dit gemiddelde in vele ziekenhuizen inmiddels teruggelopen naar minder dan 10 dagen. Het overzicht op pagina 5 laat zien, dat de gemiddelde ligduur elders nog aanzienlijk korter is.

Niet alleen nieuwere medische inzichten – zelfs in de sfeer van de geestelijke volksgezondheid kan bij de psychiatrische ziekenhuizen worden gesproken van een verkorting van de gemiddelde opnameduur –, maar ook de opkomst van nieuwe technologieën hebben de noodzaak tot opname van zieke mensen

Gemiddelde ligduur in de Verenigde Staten.



Bron: National Hospital Panel Survey, AHA

doen afnemen. Men denke aan de ontwikkeling van de niersteenvergruizer (patiënten worden niet meer langs operatieve weg van nierstenen ontdaan; door middel van geluidsgolven worden de stenen verpulverd, waarna met het oog op mogelijke nabloedingen nog slechts een hele korte ziekenhuisopname volgt), aan nieuwe technologieën op het terrein van de oogheelkunde en de KNO (waardoor deze specialismen steeds nadrukkelijker poliklinische specialismen worden). Nieuwe vormen van diagnostiek geven veel sneller en pijnlozer informatie over de patiënt, de dagbehandeling is in opkomst en de zogenaamde *day-surgery* – een patiënt wordt wel in het ziekenhuis geopereerd en verblijft daar dan nog enige uren, maar verlaat het ziekenhuis nog dezelfde dag – dragen bij aan een afnemend belang van het ziekenhuisbed.

Interessant is in dit verband wellicht ook, dat in een aantal gevallen patiënten in ziekenhuizen moeten worden opgenomen, die weliswaar onder onmiddellijk handbereik van een arts dienen te zijn, maar wier gezondheidstoestand niet kan rechtvaardigen dat zij een beroep doen op de paramedische verzorging, die in ziekenhuizen

nu eenmaal aan bedlegerige patiënten wordt gegeven. Te denken valt bijvoorbeeld aan orthopedische patiënten, die soms gedurende een lange tijd van breuken of heupoperaties moeten herstellen maar overigens zo gezond en levenslustig als een vis kunnen zijn. Voor deze patiënten nu is bij herhaling de mogelijkheid geopend om 'zotels' (ziekenhotels) te bouwen in de onmiddellijke nabijheid van ziekenhuizen. Met een minimum aan zorg zouden deze patiënten dan buiten de – ook psychologisch niet zo gezonde – ziekenhuissfeer kunnen blijven tegen aanzienlijk lagere tarieven. Het is aannemelijk, dat deze vorm van zorg voor zieke mensen in de omgeving van ziekenhuizen in de toekomst ingang zal gaan vinden: in feite wordt een stuk hotelvoorziening uit de ziekenhuizen gelicht.

Het ziekenhuisbed: hoeksteen van de bedrijfsvoering

Terwijl de (para)medische betekenis van het ziekenhuisbed dus allengs afneemt, heeft het ziekenhuisbed in economische zin alleen maar aan betekenis gewonnen. De reden daarvan is, dat de tarieven in de gezondheidszorg van Nederland hoe langer hoe meer zijn geüniformeerd. De tarieven voor laboratoriumbepalingen, voor honoraria, voor verrichtingen en dergelijke zijn zo langzamerhand gelijk getrokken: zowel voor de ziekenhuizen als voor instellingen daarbuiten. Deze tarieven zijn als regel op onduidelijke, soms historische gronden tot stand gekomen en vrijwel nooit kostendekkend.

De verpleegtarieven in de ziekenhuizen zijn niet gelijk getrokken en worden jaarlijks tussen instellingsmanagement en financiers (ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars) in onderhandeling vastgesteld en daarna aan de goedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) onderworpen. Alle kosten, die niet op andere wijze door tarieven worden gedekt, worden in deze onderhandelingen over de verpleegprijs

Het verpleegtariaf is de vuilnisbak van het economisch beheer van de gezondheidszorg.

zen ingebracht, zodat het verpleegtariaf in feite de vuilnisbak van het economisch beheer van de gezondheidszorg is geworden. Tot de belangrijke kostencomponenten van de verpleegprijs behoren de overhead en rente en afschrijving van investeringen. Het gevolg is, dat – nog afgezien van de verschillen tussen verpleegprijzen all-in of arts-out of all-out – de verpleegprijzen in ziekenhuizen in Nederland variëren van ca. f 350, – tot boven f 1.000, – per dag (in grote psychiatrische ziekenhuizen beginnen de tarieven rond f 200, – per dag).

Deze kostenstructuur is dus een belangrijke sta-in-de-weg voor een verdere verschuiving van klinische naar poliklinische zorg. Het zijn dan ook niet zozeer de medici, die een hoge bedbezetting najagen, maar de financieel-economische managers. Wanneer de ruimte zou ontstaan om de poliklinische tarieven kostendekkend te maken en daarin een evenredig deel van overhead, rente en aflossing en dergelijke kosten te verdisconteren, dan zal zulks leiden tot snelle verschuiving van klinische naar poliklinische verrichtingen: een bedbezetting van slechts 50% – zoals thans in de Verenigde Staten gebruikelijk aan het worden is – is dan geen nachtmerrie meer van de economisch directeurs.

Dat een verschuiving van klinische naar meer poliklinische zorg maatschappelijk

van grote betekenis is, is inmiddels gemeengoed. De vraag is of het ook in financiële zin wat oplevert, met andere woorden: betekent die verschuiving een bezuiniging? Het antwoord luidt bevestigend: voor bestaande ziekenhuizen zal rente en aflossing voor gedane investeringen moeten doorlopen, maar voor nieuwe ziekenhuizen kan met aanzienlijk minder ruimte (een kleiner beddenhuis met een grotere polikliniek en grotere diagnostische voorziening) met alle exploitatievoordelen (schoonmaken, energiegebruik, e.d.) van dien worden volstaan; de personele behoeften lopen terug; de civiele dienstverlening (voeding, schoon beddegoed, schoonmaken) kan minder worden, enz., enz. In het kort komt het erop neer dat, terwijl de bestaande vaste lasten van ziekenhuizen in de poliklinische tarieven zonder meer verhogend werken, de variabele lasten omlaag gaan en derhalve een besparing voor de volksgezondheid als geheel betekenen.

Het ziekenhuisbed: de gevolgen voor de werkgelegenheid

De gezondheidszorg als arbeidsmarkt kent een aantal extreme tegenstellingen. Niet zozeer op grond van de behoefte aan medici, maar veel meer naar aanleiding van de snelle toename van het aantal eerstejaarsstudenten heeft de overheid een zevende (Rotterdam) en een achtste (Maastricht) medische faculteit uit de grond gestampt; toen dat de belangstelling voor de medicijnenstudie onvoldoende bleek te kunnen opvangen werd de numerus fixus ingesteld, waarbij de beschikbare opleidingscapaciteit bepalend werd voor de instroom van de eerstejaarsstudenten. Pas toen er opnieuw een kalf verdrongen was en bleek, dat zelfs met de 'beperkte' opleidingscapaciteit veel te veel medici werden afgeleverd werd de numerus fixus aangewend om de instroom van eerstejaarsstudenten af te stemmen op de maatschappelijke behoefte aan medici. Voor de tandheel-

kunde is uiteindelijk zelfs de consequentie getrokken, dat faculteiten zullen worden opgeheven. Te laat heeft de plannende overheid hier ingegrepen met als gevolg, dat thans onder jongere (tand)artsen een zeer aanzienlijke werkloosheid bestaat.

Voor de paramedische beroepen geldt ten dele het zelfde. Er zijn veel te veel fysiotherapeuten opgeleid; gelukkig heeft de goede naam van Nederland op het gebied van de fysiotherapie en de revalidatie ertoe geleid, dat van deze fysiotherapeuten er heel wat volwaardig werk over de grens hebben weten te vinden binnen en buiten Europa. Een heel ander beeld echter vertoont de verpleging. Tot het begin van de jaren tachtig waren aanbod en vraag in de verpleging redelijk met elkaar in overeenstemming. In 1982/1983 begon het aanbod de vraag plotseling te overtreffen, zodat vrij abrupt opleidingen werden gestaakt en het verpleegkundig beroep uit de gratie raakte. De voorspelbare 'varkenscyclus' maakte toen al voorspelbaar, dat het tijdelijk overschot op de arbeidsmarkt spoedig – en in overeenstemming met de situatie in de meeste ons omringende landen – zou omslaan in een tekort.

Anno 1986 bestaat een zeer ernstig tekort aan verpleegkundigen. Dit tekort vertoont een structureel karakter. De Nationale Ziekenhuisraad (NZR) is met de moed der wanhoop een campagne gestart om belangstelling voor het verpleegkundig beroep te kweken. Men heeft becijferd dat – om aan de voorziene behoefte aan verpleegkundigen te kunnen voldoen – in het jaar 1990 van elke zes schoolverlaters er één de verpleging in zou moeten. Publiekelijk is uitgesproken, dat deze doelstelling niet een haalbare is. Daarmee wordt in feite gezegd, dat het bestand aan ziekenhuisbedden in Nederland niet langer te bemannen is.

Wanneer de ziekenhuisbedden verpleegkundig niet meer te bemannen – en het zij één keer uitdrukkelijk gezegd: te bevrouwen – zijn, dan zal ter wille van de

kwaliteit van de zorg het aantal ziekenhuisbedden in gebruik moeten worden afgestemd op de beschikbare bemensing. Dat is niet een eenvoudig sommetje. Wanneer het medisch gezien verantwoord is minder mensen korter in een ziekenhuisbed op te nemen, dan betekent dat ook, dat de mensen die uiteindelijk toch nog in een ziekenhuis worden opgenomen door de bank genomen ernstiger ziek zijn dan de gemiddelde patiënt van dit moment. De zorg voor de opgenomen patiënt van de toekomst zal derhalve intensiever zijn, nog intensiever dan thans vaak al het geval is. Dat betekent, dat de verpleegkundige bezetting per ziekenhuisbed in de toekomst nog iets zal stijgen; die stijging staat echter niet in verhouding tot de afnemende vraag naar verpleegkundigen door de eerder aangeduide afstemming van bedden capaciteiten op beschikbare bemanning, zodat per saldo meer lucht op de arbeidsmarkt kan ontstaan.

Het ziekenhuisbed: conclusies

Voor de kwaliteit van een goede gezondheidszorg is het ziekenhuisbed van minder belang geworden en nog verder aan het worden. Dat is een op zichzelf gelukkige ontwikkeling, omdat voorzienbaar is, dat de arbeidsmarkt van verpleegkundigen structureel niet in staat zal zijn om het thans in gebruik zijnde aantal ziekenhuisbedden op wat langere termijn ook daadwerkelijk in bedrijf te houden. Bij artsen en verpleegkundigen bestaat dan ook steeds vaker de behoefte om ziekenhuisbedden voor kortere of langere termijn buiten gebruik te stellen.

Het door artsen, verpleegkundigen en management buiten gebruik stellen van ziekenhuisbedden is een ontwikkeling, die geheel aansluit op de doelstellingen van de overheid, maar die vanuit de gezondheidszorg zelf niet kan worden geëffectueerd. Het buiten gebruik stellen van ziekenhuisbedden buiten de overheid om levert bij de huidige tariefstructuur in plaats van een beoogde bezuiniging ern-

stige tekorten voor afzonderlijke instellingen op.

Indien door de introductie van meer kostendekkende tarieven buiten de klinische sector in onder meer de polikliniek de vaste lasten van de gezondheidszorg gedekt kunnen worden, dan zal zulks zonder ingrijpen van de overheid tot een verschuiving van klinische naar poliklinische zorg leiden; het zal voorts een geleidelijke vermindering van het aantal ziekenhuisbedden tot gevolg hebben en resulteren in een verlaging van de kosten van de gezondheidszorg. Om met name dit laatste goed duidelijk te maken dient in het navolgende nog te worden ingegaan op de rol van de financiers in de gezondheidszorg – nu en in de misschien niet meer zo verre toekomst.

De planning van de financiers

Met de indiening van een ontwerp van wet Ziekenhuisvoorzieningen beoogde de regering in 1968 'het bevorderen van een doelmatige voorziening in de behoefte aan ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg', aldus het NZI in zijn in mei 1986 verschenen 'Evaluatie planproces wet ziekenhuisvoorzieningen'. Onder het kabinet-Den Uyl is het gebruik van deze wet omgebogen van een instrument tot planning van de investeringen in de gezondheidszorg tot een instrument, waarmee ook de medische consumptie – het gebruik, dat van bestaande en toekomstige voorzieningen gemaakt kan worden – kan worden gereguleerd. Aan die ombuiging lag vooral het 'elke arts schept zijn eigen vraag'-syndroom ten grondslag. De 4 promille-norm, later de 3,7 promille-norm zijn daarvan de uitingen.

Terwijl de Wet ziekenhuisvoorzieningen en te gelegener tijd wellicht ook de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg vooral moet worden gezien als een preventief instrument – het voorkomen van onnodige voorzieningen – biedt de Wet Tarieven Gezondheidszorg een vooral repressief

beleidsinstrument: het is behulpzaam bij het terugdringen van de medische consumptie. Deze laatste wet heeft de budgettering en daarmee naast de voorzieningenplanning een – misschien weinig gelukkige, maar in elk geval redelijk effectieve – consumptieplanning in de gezondheidszorg mogelijk gemaakt. Wat immers is het geval?

Op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) worden sedert 1982/1983 tussen de afzonderlijke instellingen van gezondheidszorg en de plaatselijke ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars (verenigd in de KLOZ) jaarlijkse onderhandelingen gevoerd, waarin het budget voor het komende jaar wordt overeengekomen. Dat budget is in feite de productie – uitgedrukt in ligdagen, verrichtingen, enz. Tevens worden de bij dat budget behorende aanvaardbare kosten vastgesteld; de resultante is het tarief per verpleegdag voor het toekomstige jaar. Wordt de afgesproken productie gehaald, dan behoort de exploitatie sluitend te zijn; wordt de productie niet gehaald, dan moet het verlies aan inkomsten door de instelling zelf worden goedgemaakt; wordt de afgesproken productie overschreden, dan staat tegenover dat deel van de productie, dat de gemaakte afspraken te boven gaat, in beginsel geen vergoeding vanwege de financiers. De praktijk is, dat vele instellingen moeite hebben om de afgesproken productie te halen: met name het aantal verpleegdagen loopt van jaar tot jaar terug (geen wonder overigens, gelet op het in voorgaande paragrafen betoogde).

Bij het maken van afspraken over het budget voor het toekomstige jaar laten de financiers zich in het algemeen weinig gelegen liggen aan de beschikbare productiemiddelen. Er wordt nauwelijks gekeken naar aanwezige, erkende ziekenhuisbedden of naar de poliklinische capaciteit, maar des te meer naar de productie over het lopende jaar. Bovendien kunnen ziekenhuizen onderling – buiten elke over-

heidsplanning om, maar binnen de bestaande erkende capaciteiten – delen van hun budget overhevelen. Voor nieuwe activiteiten is wel de medewerking van de overheid noodzakelijk – in de regio Amsterdam wordt door de overheid bijvoorbeeld een capaciteitsuitbreiding voorgesteld met betrekking tot AIDS – , maar niet altijd bindend; de overheid kan instemmen met toewijzing van kostbare apparatuur, maar financiers blijken in de praktijk soms niettemin weigerachtig de consequenties in de tarieven te verwerken.

Er gaapt dus een steeds bredere kloof tussen de op grond van de planning door de overheid erkende capaciteiten in de gezondheidszorg en de voor de met de financiers overeengekomen productie daadwerkelijk benodigde capaciteiten. Het gevolg is, dat er nogal wat erkende voorzieningen feitelijk buiten gebruik zijn. Helemaal overbodig zou de planning van de gezondheidszorgvoorzieningen door overheden worden, wanneer een met steeds meer kracht door de ziekenfondsen naar voren gebrachte gedachte werkelijkheid zou worden. Ik doel op het plan om de contracteerplicht te schrappen. Op grond van de Ziekenfondswet zijn de ziekenfondsen thans verplicht om met elke erkende aanbieder van zorg een contract te sluiten op grond waarvan bij het ziekenfonds verzekerden toegang hebben tot de voorzieningen van de contractpartner.

Van verschillende kanten – oud-staatssecretaris Van der Reijden hield een openbare brainstorm; het secretariaat van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) bracht begin 1986 een lezenswaardige nota 'Het ziekenfonds op eigen benen' uit – is voorgesteld om al op vrij korte termijn de contracteerplicht te vervangen door een contracteervrijheid. De belangrijkste ratio achter dit voorstel is, dat de ziekenfondsen nog meer 'als *countervailing power* kunnen optreden naar de aanbieders van zorg. Enerzijds moeten verzekeraars in zo'n situatie belang heb-

De ziekenfondsen zouden meer tegenwicht moeten bieden tegen de aanbieders van zorg.

ben bij het realiseren van een doelmatige gezondheidszorg en anderzijds moeten zij in staat zijn om dit daadwerkelijk te effectueren'. Men noemt deze structuurwijziging een voorwaarde voor een meer marktgerichte – men zie mijn eerdere bijdrage van februari 1986 en de reactie daarop in Christen Democratische Verkenningen van maart 1986 – benadering en stelt dan: 'Langs deze weg lijkt de doelmatigheid van de zorg het meest geënd'.

Er zijn bij de VNZ-nota nog heel wat kanttekeningen te plaatsen, maar dat betekent niet dat het op gang brengen van de discussie en de inhoud van de voorstellen niet positief beoordeeld zou moeten worden. Ook wat de ziekenfondsen betreft is de gezondheidszorg zo langzamerhand meer gebaat bij een terugtrekkende overheid, dan bij een nadrukkelijk aanwezige en plannende overheid. Wanneer de ziekenfondsen de vrijheid tot contracteren met een beperkt aantal ziekenhuizen zouden verwerven, dan betekent dat, dat de overheid zoals vanouds heeft te waken over de kwaliteit van de aangeboden zorg, terwijl de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars slechts dat deel van de beschikbare capaciteiten zullen verbinden, waaraan zij ten behoeve van de aangesloten verzekerden daadwerkelijk behoefte hebben. Een belangrijke factor in de onderhandelingen met de aanbie-

ders van zorg zal dan de prijs en de doelmatigheid van de geboden zorg worden. Het is zeer de vraag of de financiers dan ooit tot het voornemen zouden komen om geen overeenkomst te sluiten met de ziekenhuizen, die nu volgens de overheid op kwantitatieve – en dus niet op kwalitatieve – overwegingen voor sluiting worden voorgedragen, maar die naast een redelijk breed pakket toevallig ook nog de laagste tarieven in de regio Amsterdam hanteren?

Een terugtrekende overheid ook bij de ziekenhuisplanning

De overheid komt de eer toe op een belangrijk moment de planning aan het beheersinstrumentarium in de gezondheidszorg te hebben toegevoegd. Sinds dat psychologisch belangrijke moment is echter al veel tijd verstreken en van een effectieve toepassing van het planningsinstrument door de overheid is tot op de dag van vandaag nog geen sprake. Sterker nog: op onderdelen staat de overheid met zijn wijze van plannen een overstap naar bezuinigingen in de gezondheidszorg in de weg. Het blijven hameren op de noodzaak van een beddenreductie en de opgebouwde tariefstructuur hebben een geleidelijke beddenvermindering opgehouden.

Bovendien zijn inmiddels andere beheersinstrumenten voor de gezondheidszorg gecreëerd, die in handen van het veld zelf tot een redelijk effectieve beheer-

ing en zelfs verlaging van de kosten hebben bijgedragen. Een verruiming van dat instrumentarium – de invoering van onder meer contracteervrijheid voor de ziekenfondsen – belooft een meer doelmatige bijdrage aan de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg te zijn dan het blijven hanteren van het bot geworden planningsinstrument door de overheid zelve.

De lauwe Amsterdamse reactie op de gepubliceerde overheidsvoornemens is aldus begrijpelijk. Het planningsproces, zoals voorgeschreven door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en inmiddels geëvalueerd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut, heeft een enorme werkbelasting met zich gebracht en archiefruimte gevraagd; de decentralisatie en het inschakelen van lagere overheden heeft de voornemens niet verteerbaarder gemaakt en de realisering niet dichterbij gebracht. Het geloof in de effectiviteit van dit specifieke instrument is verdwenen omdat, nu het veld allengs is gewonnen voor de noodzaak van bezuinigingen, betere instrumenten voorhanden blijken. Het lijkt zinvol en verantwoord, dat de overheid terugtreedt uit het ziekenhuisplanningsproces.

