

Prof. dr. E.J.J.M. Kimman



De overheid geeft. De overheid neemt

Individualisering en welvaart leidden in de jaren negentig tot de invoering van een marktsysteem in de gezondheidszorg. Een terugblik uit 2000: De privatisering betekende ook een nieuwe akker voor de fiscus.

Het was een stralende dag. Helder weer. De tiende verdieping van wat eens het beddenhuis was, bood een mooi uitzicht over de stad. Het was alweer drie jaar geleden dat zij door een commissie gevraagd werd om toe te treden tot de directie van wat toen nog een ziekenhuis heette. Zij was per slot van rekening hoofdverpleegkundige op een van de belangrijke afdelingen, met enige jaren ervaring als ondernemingsraadslid. Het was de bedoeling dat zij zich zou gaan bezig houden met de extramurale zorg. Co-ordinator, heette dat nog.

De ontwikkelingen waren snel gegaan, toen bleek dat het ziekenhuis een verlieslijdend netwerk van thuiszorg en wijkverpleging moest overnemen. Het bestuur wilde er aanvankelijk niets van weten, maar zij was door haar contacten als coördinator op de hoogte van de feiten en zij vond dat er geen andere uitweg was dan het netwerk over te nemen. Bestuur en directie van het ziekehuis schrokken ervan terug. Men zag domweg niet de mogelijkheden die een dergelijke 'extension service' bood

aan het ziekenhuis. Marktwerking werd wel met de mond beleden, maar de knellende budgettering uit Den Haag had weinig marktmodaliteiten toegelaten. En Den Haag zei trouwens nee tegen het overnamevoorstel. Maar het liet bij latere gesprekken een mogelijkheid open mits zelf een externe financieringsbron gevonden kon worden. Toen had zij, getrouwd als ze was met een beleggingsanalist, de stap gewaagd naar een externe obligatielening met een paar aantrekkelijke kenmerken. Aan die op zich laag-rentende obligatielening zaten enige rechten, zoals bijvoorbeeld gratis jaarlijkse medische *check-up* voor de houder van een tot vijf obligaties à Fl. 5.000,- en gratis eerstelijnsbehandeling voor de ouders van vijf tot tien obligaties. Dit was een onvoorstelbaar succes geworden.

De naam van het ziekenhuis werd veranderd in de Elisabeth Campus. De instelling beschikte toen binnen zes weken over zoveel financiële middelen voor een middellange-termijnfinanciering, dat bankiers hadden aangeraden daar ook meer duurzame projecten mee te gaan financieren. Het plan voor een medisch hotel, waar ambulante patiënten en hun familieleden te

Prof. dr. E.J.J.M. Kimman is jezuïet, bedrijfskundige en auteur. Hij doceert bedrijfsethiek aan de economische faculteiten van de Rijksuniversiteit Limburg en de Vrije Universiteit.

gen tarieven van Fl. 200,- per kamer per nacht een echte basiszorg kregen, stond al lang op de tekentafel. Zoals zoveel plannen in de gezondheidszorg was het nooit uitgevoerd, omdat men in de gezondheidszorg aan een capaciteitsdenken was gewend, waardoor meer bedden hier minder bedden elders betekende. Dat medische hotel werd toen onverwacht meteen gerealiseerd. Met wat lef van het bestuur van de Campus en met vlotte medewerking van de instanties stond het een en ander na anderhalf jaar. Haar benoeming tot algemeen directeur van de Campus, kort voor de opening van het hotel, was voor haar toen geen echte verrassing meer: ze was het al! Nu keek ze neer op de Campus.

Problemen in 1990

De gezondheidssector in Nederland was duur, klaagde iedereen. In omvang was het ongeveer elf procent van het Nationaal Inkomen. Anno 1990 leefde de Nederlander gemiddeld niet zo gek veel langer dan tien, twintig jaar daarvoor. De kosten voor verzorging stegen jaarlijks sterk, terwijl nauwelijks produktiviteitsstijging te behalen was, zo werd algemeen gesteld. Zowel binnen als buiten Haagse kringen was men van mening dat door allerlei historische ontwikkelingen uiteindelijk de overheid zich met te veel aspecten van de gezondheidszorg bemoeide. Het Plan-Dekker kwam, het Plan-Simons kwam.

Men begon toen de zaken eens fundamenteel te stellen. Waarom bemoeide de overheid zich met de gezondheidssector? Was het niet zo dat de overheid bevoegdheden had gekregen, volgens de Grondwet, op het terrein van de volksgezondheid? Wat toen volgde was een debat over wat de taak van de overheid bij de gezondheid van het Nederlandse volk nou eigenlijk moest zijn. Na een paar jaar bleef daar weinig van over: epidemieën, onderzoek van virussen die meegebracht werden van exotische vakantieplaatsen, volksvaccinaties, stadshygiëne, preventief werk

in de armoedige wijken, waar eind jaren negentig zo'n miljoen allochtone Nederlanders zich ophielden, en verder vooral kwaliteitsniveaus aangeven: het werk van de inspectie. Toen men eenmaal volksgezondheid van individuele gezondheid wist te onderscheiden, was het ook gemakkelijker om de bevoegdheid van de overheid bij de volksgezondheid te onderscheiden van het toezicht door diezelfde overheid op de gezondheidssector. Die gezondheidssector, net als de agrarische sector of de huisvesting, behoefde een kwaliteitsniveau en hier en daar aanvullende subsidiëring maar was verder een aangelegenheid van de burgers onderling. Na een bestuurlijk vernieuwingsproces onder leiding van de sociaal-democraat Simons, was er een marktachtige interactie op gang gebracht tussen de centra voor eerste-, tweede- en derdelijnszorg en de verschillende soorten ziektekostenverzekeraars. De gezondheidseconomen, het departement, de verzekeraars, de specialisten en al die anderen, betrokken bij het gezondheidsweeldje, waren snel van een reeks vastgeroeste denkbeelden afgestapt. Door toedoen van een paar vooroplopende en enigszins recalcitrante ziekenhuizen, zoals de Elisabeth Campus, had een proces van marktwerking doorgezet. Het debat over de nadelen van de commercialisering verstomde. Men werd zich pas, na het inzetten van de veranderingen, bewust dat er in de jaren tachtig hele andere problemen gespeeld hadden, te weten gouvernementalisering en medicalisering. De nadelige effecten hiervan waren groter dan sommige nadelen van de marktwerking in de gezondheidssector. Allerlei nadelen van die commercialisering werden als het ware spelenderwijs opgelost. Nou ja opgelost, dat was de vraag.

Individuele taak

Duidelijk werd dat iedere Nederlander, iedere Europeaan, leefde in een maatschappij waar gezondheid een individueel goed was geworden. Dat was in tegenstel-

ling tot het beeld van gezondheid dat men had gedurende bijna alle decennia van de twintigste eeuw. Sinds de Industriële Revolutie had men gezondheidszorg steeds als een collectieve zaak gezien. Toen leidde het inzicht dat iets een collectief goed was vanzelf tot de formulering van een overheidsbevoegdheid. Het interessante was wel, dat overal in Europa toch een groot aantal particuliere ziekenhuizen stand had gehouden. Dat waren vaak stichtingen en caritatieve instellingen, waar de overheid weliswaar een flinke vinger in de pap had, maar waar toch ook vaak een prettige en particuliere sfeer heerste. Echte overheidsinstellingen waren zelfs gemeenteziekenhuizen niet. Alleen de academische ziekenhuizen vormden een begrijpelijke uitzondering.

In de jaren negentig had individualisering, eerder al zichtbaar geworden in de huisvesting, de vrije-tijdsbesteding en de arbeidsmarkt, doorgezet in de gezondheidszorg. Aanvankelijk was er wel een medisch-technisch debat geweest over alternatieve geneeswijzen, een sociologisch-theologisch debat over identiteit van de zorginstellingen en een bedrijfskundige

Er waren zoveel uiterst individuele verlangens naar gezondheidszorg, die nauwelijks meer als 'medisch' te karakteriseren waren, dat elke sturing van bovenaf mis moest lopen. Dat een markt, als coördinatie-mechanisme, beter en efficiënter in staat was aan zoveel individuele verlangens tegemoet te komen, was eigenlijk een openbaring voor de vele participanten aan het debat over de toekomst van de gezondheidszorg uit de jaren tachtig.

De overheid in de jaren negentig wist zich hieraan aan te passen. Dat ging niet gemakkelijk, want een overheid liet niet graag iets los. Eigenlijk trok zij het liefst nieuwe bevoegdheden, dus nieuwe taken, naar zich toe. Dat is te begrijpen in tijden van schaarste, maar in tijden van overvloed werkt dat niet. Dat welvaart en individualisering samen gaan, was eigenlijk lang niet goed onderkend. Individuele wensen worden gemakkelijker en voordeliger in een marktsysteem vervuld dan in een overheidssysteem. Overheidsoplossingen bevorderen in theorie gelijkheid, maar de moderne en welvarende Nederlander wil vooral vrijheid. Daaraan beantwoordt een marktoplossing beter.

Hoe deed men dat in die Campus? Op drie manieren. Er was het 'oude' ziekenhuis, met een klein beddenhuis waar intensief verpleegd werd, en een veel groter medisch hotel, waar familieleden een stuk zorg uitoefenden. Daarnaast moest elke ambulante patiënt zelf naar het Campusrestaurant gaan, waar een perfecte keuken was. Er was een groot educatief centrum, waar aan gezondheidshandhaving van allerlei inwoners van de regio gewerkt werd. Dit centrum werkte ook samen met bedrijven. Er was een openheid van informatie, dat wil zeggen dat er bewust voor gekozen werd om gegevensbestanden aan elkaar te koppelen. Elk nieuw gegeven van een geregistreerde inwoner werd gekoppeld aan eerdere gegevens. Ook aangesloten verzekeraars deelden in die openheid. En, verwonderlijk, tot ieders voordeel. Tenslotte was er een groot net-

De welvarende Nederlander wil vrijheid. Daar past de markt bij

discussie over allerlei overgangsvoorzieningen tussen de intra- en extramurale zorg in. Op den duur echter had men ingezien dat het simpelweg onmogelijk was een nationaal systeem in stand te houden.

werk met de regionale thuiszorg. Die moderne thuiszorg doet drie dingen. Ten eerste probeert ze zieke mensen 'thuis' te laten zijn. Dat kost in meer dan een opzicht moeite. Thuiszorg wil, zoals gezegd, geborgenheid scheppen. Daarom werd er bewust met identiteitsgebonden netwerken samengewerkt. Zinloosheid van het leven hangt samen met ongeborgenheid. Ten tweede is ze ont-medicaliserend. De kennis om beter te worden wordt terug naar huis gebracht. Ten derde beantwoordt thuiszorg aan het verlangen van elke moderne mens naar keuzevrijheid.

Commercialisering

Men sprak in de jaren negentig niet langer van gezondheid, alsof dat een bereikbaar ideaal was. Boven een bepaalde leeftijdsgrens bestaan er nauwelijks echt gezonde mensen, indien een achttienjarige als graadmeter voor gezondheid geldt. Men was gaan inzien dat het ging om viabiliteit. Veel ziekten voeren tot iemands verminderde viabiliteit. Niet slechts infectieziekten, ook beschavingsziekten doen daaraan mee. De moderne gezondheidszorg was erop uit om die viabiliteit te handhaven. Dat betekende meer begeleiding van de arbeidssituaties en de vrije tijd, zoals sport en *fitness*. Daarnaast meer nazorg voor behandelde patiënten die door een netwerk verbonden waren met allerlei centra. Tenslotte was er de blijvende zorg voor chronische patiënten, voor wie eigenlijk in de jaren negentig betrekkelijk weinig medische vooruitgang was geboekt. Hun viabiliteit was dermate afgenomen dat zij op blijvende zorg waren aangewezen. De vernieuwingen van de jaren negentig hadden voor hen weinig nieuws gebracht. In de moderne gezondheidszorg, die in zwang kwam in de jaren negentig, ging het meer om educatie en informatie ter verhoging van viabiliteit van het grootste deel der bevolking, maar waren er weinig ontwikkelingen voor de wilsonbekwame en onzelfstandige patiënten.

Commercialisering is zinvol wanneer de

nadruk ligt op de vrijheid en de zelfstandigheid van de patiënt. Door de keten van eerste-, tweede- en derdelijnsvoorzieningen was er een integrale zorgbenadering gekomen die de mensen nieuwe viabiliteit wist bij te brengen, opnieuw leerde te leven in de veiligheid van het eigen huis en zelf verantwoordelijk te zijn voor de eigen gezondheid.

De Elisabeth Campus was een plaats, waar men kwam in de mate er men behoefte aan had. Die behoefte werd ondersteund door voorlichting, door terugkoppeling op de informatie van de patiënten, door reclame. Men ging naar de Campus voor eerste hulp, voor heelkundige behandeling, voor herstel, maar ook voor *fitness*, voor educatie, voor advies en voor verzorging, als in de vakantietijd weinig hulp rond liep. De Campus had de aantrekkelijkheid van een micro-kosmos en de openheid van een park. Men kwam er voor ontspanning en verfrissing en ging weer huiswaarts.

De organisatie-filosofie achter de commercialisering was drievoudig: goede organisaties in de gezondheidszorg dienen

Marktgerichte
gezondheidszorg is
prettiger en beter, maar
ook goedkoper

kleinschalig, flexibel, klantgericht te zijn. Op de Campus was een veelheid van kleine organisaties te vinden die aanleunden tegen een reservoir van kennis en topklinische voorzieningen. Marktgerichte gezondheidszorg deed het niet alleen prettiger en beter maar ook goedkoper dan de ouder-

wetse, geüniformeerde en technocratische aanpak van de jaren tachtig.

Doorschuiфregeling

Dat was allemaal niet niks. Zij had haar aandeel in deze veranderingen gehad. Men had jarenlang zich van de overheid los willen maken. Altijd was er gezegd, dat voorzieningen als de AWBZ flexibiliteit in de weg stonden. Toch had de overheid op dit punt niet losgelaten. Er was meer marktwerking. Maar een en ander zou nooit gebeurd zijn zonder een ingrijpend proces van politieke vernieuwing. Derdelijnsvoorzieningen lieten zich nauwelijks beïnvloeden door marktwerking, omdat individualisering weinig betekende voor degenen die op die voorzieningen waren aangewezen. Op dit punt werd er gewacht op wat de overheid besliste.

En nu opeens dit: haar secretaris meldde dat ze moest proberen van een doorschuiфregeling gebruik te gaan maken. De continuïteit van de Elisabeth Campus was niet slechts een kwestie van nieuwe financieringsinstrumenten, daar was de overheid uiteindelijk wel blij mee geweest, maar ook een nieuwe rechtsvorm. Het zittende bestuur, deels nog uit de tijd dat er doodgewoon een ziekenhuis stond, was bereid op te stappen en daarmee een nieuwe rechtsvorm mogelijk te maken. Immers, bij een commerciële instelling paste een andere rechtsvorm dan de stichting. Adviezen werden ingewonnen: een commanditaire vennootschap of een naamloze vennootschap? Er was overleg geweest over de fiscale gevolgen. Dat was niet de omzetbelasting maar de belasting op wat feitelijk ingehouden winsten waren. Wie

had daar bij de debatten over commercialisering ooit aan gedacht? Altijd had men de voordelen van een meer zelfstandige positie ten opzichte van de overheid besproken en ook de vermindering van subsidies door de overheid aan de instellingen. De overheid hoefde minder te geven. Maar nu werd er gesproken van belastingheffing. Haar secretaris zei dat de Campus er goed aan deed om van een doorschuiфregeling gebruik te gaan maken. Dat wil zeggen dat allerlei fiscale boekwaarden werden aangehouden, dat de emissieprospectus herschreven moest gaan worden en dat de nieuwe rechtspersoon aansprakelijk werd voor de eventuele fiscale *claims* op het overgedragen vermogen.

Dat het middenveld, verzelfstandigd en marktgericht, de overheid minder zou gaan kosten, dat was de hoop van iedereen in de jaren negentig geweest. Dat het middenveld een nieuwe fiscale akker zou gaan worden, daar had niemand aan gedacht. Decennia-lang had de overheid gegeven. Nu brak een tijd aan dat ze wilde gaan nemen. Bij gezondheid hoorde individualiteit. Bij individualiteit hoorde de markt. Bij de markt hoort efficiëntie en winst. Bij winst hoort belasting. De gedachte was gloednieuw voor onze algemeen directeur van de gezondheids-campus. De oplossing was uit de jaren tachtig. Ze draaide zich om, keek haar secretaris aan en zei: 'Uitstellen. Vraag maar om een doorschuiфregeling.'

