

# Privatisering in de volksgezondheid: beleidsinstrument voor bezuiniging

mr. J. Donner



Mr. J. Donner (1947) is werkzaam in de gezondheidszorg.

*Grote betrokkenheid van de overheid in de volksgezondheid heeft geleid tot het wegvallen van natuurlijke remmen op de uitgaven. De overheid heeft een 'paleis van ambtelijke en wetgevende nijverheid opgebouwd'. Dat bevredigt Donner niet. Daarom pleit hij voor een zakelijke aanpak van de gezondheidszorg.*

## Inleiding

Privatisering en deregulering zijn tot inmiddels algemeen bekende paardemiddelen tegen alle mogelijke misstanden uitgegroeid. Toch is enige twijfel mogelijk of privatisering van de volksgezondheid – het is een toch al bijna geheel geprivatiseerd beleidsterrein? – wel een begerenswaardige doelstelling is. De voorbereiders van de CDA-conferentie over volksgezondheid op 21 mei 1985 hebben er echter geen twijfel over laten bestaan, dat een verruiming van de mogelijkheden voor het particulier initiatief en een indammen van de bureaucratie tot de beleidsdoelstellingen voor de komende jaren behoort. Het ontwerp CDA-verkiezingsprogramma 1986-1990 is minder expliciet, maar gaat aan het vraagstuk zeker niet voorbij; daarin is sprake van een grotere inzet van vrijwilligers, van decentralisatie en van verdere bezuinigingen.

Juist omdat privatisering niet zelden wordt geassocieerd met commercialisering en met winstooitmerken is het een voor de volksgezondheid omstreden begrip. Met grote om-

zichtigheid heeft de heer A.C.H.M. de Kok in de NRC van 17 april 1985 de vraag opgeworpen of een standpuntbepaling terzake niet op zijn plaats zou kunnen zijn. In het navolgende wil ik trachten een aantal elementen, die daarbij een rol kunnen spelen op een rij te zetten.

## Van nachtwakerstaat naar verzorgingsstaat

Tot ver in de 19e eeuw gold een vrijwel absolute staatsonthouding jegens de gezondheidszorg; zulks in schril contrast met de grote aandacht, die met name het onderwijs al sedert 1829 van overheidswege en met alle gevolgen van dien genoot. De gezondheidszorg was een particuliere aangelegenheid. De zieke, die het kon betalen, liet zich thuis verzorgen en behandelen; wie niet over voldoende middelen beschikte moest in geval van ziekte terugvallen op de armenzorg, de armenhuizen of de gasthuizen. Met het oog op grote epidemieën beschikten sommige gemeenten over publieke voorzieningen in de vorm van pesthuizen. Kwak-

zalverij was zeker geen zeldzaam verschijnsel; daartegen in het bijzonder richtte zich de eerste gezondheidszorgwetgeving in Nederland: de geneeskundige wetten van Thorbecke (1865), waarmee onder meer een staatstoezicht op de volksgezondheid werd ingesteld.

Wet- en regelgeving bleef echter tot na de eeuwwisseling een spaarzaam gebruikt instrument, waar het de volksgezondheid betrof. Lagere overheden gingen in een aantal gevallen over tot de bouw en inrichting van ziekenhuizen, maar het merendeel van de voorzieningen kwam tot stand als resultaat van particulier initiatief. Eisen van deugdelijkheid of voorwaarden voor bekostiging – laat staan een financiële gelijkstelling –, zoals die allens voor het onderwijs gingen gelden, waren onbekend. Pas na de tweede wereldoorlog is een echte omslag gekomen; via nota's werd om politieke standpunten gevraagd; met steeds grotere frequentie werden wetsvoorstellen aan de Staten-Generaal aangeboden en haalden zij soms ook het Staatsblad.

Vooraf sedert 1973 – het verschijnen van de nota Volksgezondheid van de toenmalige staatssecretaris Hendriks – is een ware vloedgolf van maatregelen over de gezondheidszorg heen gekomen. Van een spaarzaam gereguleerd beleidsterrein is het geworden tot een overgereguleerd terrein; in amper 10 jaar tijd heeft een situatie kunnen ontstaan, die ook de commissie-Geelhoed de aanbeveling heeft ingegeven om op dit terrein tot deregulering over te gaan.

Een steeds zwaardere belastingdruk heeft het onmogelijk gemaakt om na 1945 voorzieningen van gezondheidszorg op vooroorlogse basis voort te zetten. Die zwaardere belastingdruk is zonder enige twijfel aangewend om ook de gezondheidszorg te ontwikkelen en een meer evenwichtige spreiding en toegankelijkheid van de voorzieningen te bewerkstelligen. De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten illustreren dat. De grotere betrokkenheid van de overheid heeft geleid tot een grotere overheidsbemoeyenis en het wegvallen van

een aantal natuurlijke remmen op de uitgaven ten behoeve van de volksgezondheid; de persoonlijke inzet, bemoeienis en vrijwilligheid is vervangen door professionaliteit en de kosten zijn gaan stijgen. Dat die kostenstijging moet worden omgebogen – meer dan 10% van het Bruto Nationaal Produkt wordt thans besteed aan de gezondheidszorg – zal wel niemand betwisten, maar men mag zich wel afvragen of het enige antwoord een nog grotere overheidsbemoeyenis zou moeten zijn en kan leiden tot bezuiniging. Hoe groot is die overheidsbemoeyenis thans? Wanneer wij spreken over de eerste lijns-gezondheidszorg, dan stellen wij vast, dat thans via numerus fixus en tweefasestructuur een reguleerbare uitstoot van afgestudeerde artsen uit de medische faculteiten plaats vindt en in mindere mate ook van paramedici uit het beroepsonderwijs (waar zich overigens ook een aantal structurele tekorten – in de verpleging bijvoorbeeld – aandienen of reeds hebben aangediend); er is een vestigingsbeleid voor huisartsen in de maak (tandartsen moeten nog even of misschien zelfs nog wel heel lang 'geduld' hebben); de praktijkomvang is min of meer bepaald (maar wat moet er gebeuren, wanneer een huisarts het kalmer aan moet doen?); er wordt gedacht over een uitbreiding van de budgettering ook naar de eerste lijn en er is een inkomensbeleid. Resultaat: er is een predestinatie van de eerstejaarsstudent medicijnen in professionele zin van de collegebank tot het pensioen (binnenkort op 65-jarige leeftijd?).

Het beeld voor de intramurale zorg is niet anders: de planning en vervolgens de bouw en financiering van voorzieningen is nauwgezet en wettelijk geregeld: kostbare apparatuur mag alleen met vergunning worden ingezet (art. 18); de bedbezetting en het aantal verrichtingen is gebudgetteerd; personeelsbezetting en salaris liggen vast in richtlijnen; alles is ingepakt in een wettelijk nauwsluitend keurslijf. Om de veters van dat keurslijf stevig vast te houden en periodiek nog wat aan te trekken is een forse bureaucratie opgetuigd. Een keur van colleges is inge-

steld om op deelreinen niet-bindende, deskundige adviezen te geven: een Nationale Raad voor de Volksgezondheid, een Gezondheidsraad, een College voor Ziekenhuisvoorzieningen, een C.O.T.G., een Ziekenfondsraad, een Nationaal Ziekenhuisinstituut, enz., enz.

Bevredigt nu dit paleis van ambtelijke en wetgevende nijverheid? Enerzijds is er een stroming, die betoogt dat het nog niet genoeg is. Verdere verfijningen en vernieuwingen worden ook in het jongste CDA-ontwerpprogramma voor de verkiezingen aangedragen. Vreemd genoeg vindt men in dit gezelschap ook vertegenwoordigers van de opvatting, dat het een chaos is in de gezondheidszorg; na alle inspanningen van de overheid kunnen alleen verdere inspanningen tot ordening leiden. Anderzijds neemt de roep om verruiming van het 'p.i.' en meer vrijwilligerswerk toe; ook tijdens de CDA-conferentie Volksgezondheid in mei jl. werd onderkend, dat in het systeem, het bouwwerk dan een aantal aansporingen en incentives voor het particulier initiatief en de vrijwilliger zullen moeten worden ingebouwd; de lust zou anders immers spoedig vergaan!

### **Winstoogmerk in de Nederlandse gezondheidszorg**

In de verschillende wetten met betrekking tot de gezondheidszorg wordt de voorwaarde gesteld, dat instellingen, organisaties of andere rechtspersonen om voor de vervulling van een functie in de gezondheidszorg in aanmerking te kunnen komen een winstoogmerk moeten ontberen. Zo kan een rechtspersoon met winstoogmerk niet als ziekenfondswet; een vergunning voor het bouwen van een ziekenhuisvoorziening kan alleen worden verleend aan rechtspersonen zonder winstoogmerk (Wet Ziekenhuisvoorzieningen); dezelfde voorwaarde wordt gesteld aan rechtspersonen, die de erkenning wensen te verwerven, die noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor uitkeringen krachtens de Ziekenfondswet of de

A.W.B.Z. (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg art. 42).

Waar mogelijk heeft de wetgever dus getracht het winstoogmerk uit de Nederlandse gezondheidszorg te bannen. Daaraan liggen opvattingen ten grondslag, die – hoewel minder expliciet uitgesproken – tot op de dag van vandaag voedsel geven aan de bezwaren tegen wat wordt genoemd een 'commerciële gezondheidszorg': het is elitair! Toch is de wetgever er niet in geslaagd om met de bedoelde wettelijke voorzorgen te voorkomen, dat velen in de gezondheidszorg streven naar een vergroting van inkomsten of regelrechte winst. Voor een deel hangt dat samen met de vraag, waar het verwerven van inkomen overgaat in het behalen van winst. Zeker in de eerste lijn echter en daarnaast in specialistische intramurale geneeskunde is de drang tot het verwerven van een redelijk tot een zo groot mogelijk inkomen wijdverbreid.

Maar niet alleen op dat punt valt een zeker streven naar inkomensvermeerdering te signaleren. Op hele voor de hand liggende onderdelen heeft de commercie zijn intrede in de gezondheidszorg gedaan. Het uitbesteden van schoonmaken, van catering, van linnenwassen en -verzorgen, de personeelswerving (uitzendbureau), de sterilisatie van apparatuur, het leasen van apparatuur, enz. enz. De ontwikkeling van moderne medische apparatuur gaat thans zover, dat somtijds gesproken wordt van een medisch-industrieel complex; de industrie zou zonder winstoogmerk ook nauwelijks bestaansrecht hebben. Doelings is dus ook de gezondheidszorg doortrokken van commerciële elementen.

Het aanbod van diensten door het bedrijfsleven en ondernemers aan de gezondheidszorg zal ook in Nederland de komende jaren alleen maar toenemen. Zoals in het verleden moest worden vastgesteld, dat het voor ziekenhuizen goedkoper was – en kwalitatief vaak ook beter! – om activiteiten uit te besteden zo zal dat verder blijven gaan. De dienstverlening op commerciële grondslag

heeft de gezondheidszorg bepaald geen windeieren gelegd (ook de overheid niet trouwens: over alle diensten moet B.T.W. worden betaald, terwijl dit in de gezondheidszorg overigens ongebruikelijk is).

Nauwgezet onderzoeken steeds meer bedrijven de mogelijkheden om hun diensten aan te bieden. Dat leidt op zijn beurt tot een in de gezondheidszorg ongebruikelijke concurrentie, die ook een prijsverlagend effect heeft. Niet alleen echter gaat het om de zuiver niet-medische en civiele diensten. In de directe medische sfeer worden bijvoorbeeld tandtechnische werkzaamheden traditioneel aan commerciële of semi-commerciële dienstverleners uitbesteed; laboratoriumbepalingen worden, zeker in de eerste lijn, uitbesteed aan laboratoria, waarvan sommige inmiddels de vorm van een vennootschap hebben aangenomen; ziektekostenverzekeraars zijn voor een belangrijk deel onderdeel van grote, soms zelfs multi-nationale ondernemingen; het lijkt of ook de mobiele medische diagnostiek – het mobiel maken van kostbare medische voorzieningen en de verhuur daarvan door bedrijven – thans vaste voet begint te krijgen.

### **Winstoogmerk in de gezondheidszorg elders**

Het begrip 'commerciële gezondheidszorg' roept bij velen visioenen, ontleend aan al dan niet vermeende misstanden in de Amerikaanse gezondheidszorg, op. De vraag is of dat beeld terecht is en hoe meer in het algemeen buitenlandse overheden aankijken tegen een meer commercieel getinte gezondheidszorg.

Laten we dan eerst eens beginnen in Europa. Binnen de Europese Gemeenschap lijkt Nederland een uitzonderingspositie in te nemen. In de afzonderlijke landen stuit een commerciële gezondheidszorg op weinig bezwaren: het enige andere Europese land dat formeel een verbod op ziekenhuizen en instellingen met winstoogmerk kent, is Griekenland; de indruk bestaat echter, dat juist in dat land de praktijk een volstrekt andere is. Dichter bij huis kan gewezen wor-

den op de situatie in Frankrijk: ongeveer een derde van alle ziekenhuisbedden in dat land behoort tot klinieken, die veelal het particulier eigendom zijn van artsen, vooral chirurgen. Dit derde gedeelte van de intramurale zorg is buitengewoon actief en onttrekt zich aan overheidsmaatregelen.

Het Verenigd Koninkrijk kent sedert 1948 een National Health Service. De kosten van de gezondheidszorg zijn – wellicht mede dankzij N.H.S. – verbluffend laag gebleven: rond 5.5 à 6% van het B.N.P., tegen bijna 11% in ons land. In toenemende mate kan men echter ook vernemen, dat de National Health niet meer voldoet en misschien zelfs wel failliet is. Feit is, dat de regering-Thatcher de wettelijke mogelijkheden heeft geschapen om naast N.H.S. particuliere klinieken – aanvankelijk met een maximale omvang van 65, thans van 125 bedden per kliniek – te openen. Als paddestoelen zijn dergelijke ziekenhuizen vervolgens uit de grond geschoten. Grote aantallen patiënten maken er gebruik van: alleen al in het jaar 1983 gingen – volgens opgave van het Griekse ministerie van volksgezondheid – ca. 30.000 Grieken naar Londen voor medische behandeling. Ook uit vele andere Europese, Arabische en Aziatische landen komen grote drommen patiënten naar deze ziekenhuizen. Maar ook binnen Groot-Brittannië zelf verkiezen steeds meer patiënten de kostbare, maar snelle medische behandeling in een particuliere kliniek boven de trage staatszorg met zijn lange wachtlijsten.

Volgens opgaven van enkele jaren geleden behoort ca. 10% van alle ziekenhuisbedden in de Duitse Bondsrepubliek tot particuliere ziekenhuizen. Deze particuliere instellingen, vaak eigendom van zogenaamde 'niedergerlassene Ärzte', zijn bijzonder actief bij de werving van patiënten; vaak trekken zij aandacht doordat zij beschikken over kostbare en zeer geavanceerde apparatuur, die in grotere ziekenhuizen nog niet voorhanden is. Paracelsus is een grotere keten van ziekenhuizen, die vooral door efficiënt management moet concurreren tegen de non-profit gezondheidszorg. Deze ziekenhuiske-

ten moet daarbij functioneren in een financieringsstelsel, dat sterke overeenkomsten vertoont met het Nederlandse budgetteringssysteem: binnen goedgekeurde tarieven moet de winst vooral verdiend worden door de kosten laag te houden.

Evenals Oostenrijk, Zwitserland, Spanje en ook Oosteuropese landen legt West-Duitsland zich steeds meer toe op de werving van buitenlandse patiënten en de export van medische kennis en kunde. Daartoe adverteren sommige organisaties tot in Nederland toe. Tot voor enkele jaren – 1981 en daarvoor – was het aandeel van de for-profit gezondheidszorg in de Verenigde Staten beperkt. Slechts ca. 6% van alle ziekenhuisbedden behoorde niet tot de public health. Met name onder de Reagan-administratie is dit aandeel in de laatste jaren sterk gegroeid tot thans ca. 30%. Overheidsprogramma's, zoals Medicare en Medicaid, beginnen thans aarzelend gebruik te maken van bij grote ziekenhuisketens aangesloten ziekenhuizen. Anders dan in Europese landen valt in Amerika vooral de grootschaligheid – hoe kan het anders? – op. Grote ketens, zoals de Hospital Corporation of America en Humana, bezitten tienduizenden bedden (ca. 60.000 resp. 18.000).

De grote commerciële ketens stellen hun know-how echter niet alleen ten dienste aan ziekenhuizen, die inmiddels in eigendom zijn verworven, maar sluiten ook met vele non-profit ziekenhuizen zogenaamde 'management-contracten'. Dergelijke contracten houden de bestaande bestuursstructuur in stand (daardoor blijft bijvoorbeeld de confessionele signatuur van vele ziekenhuizen gewaarborgd), maar onder eindverantwoordelijkheid van de zittende besturen komt dan een managementstructuur, die zijn kracht ontleent aan grote ervaring en aansluiting bij een krachtige keten. Men gaat dan spreken van 'shared services'; de voor elk ziekenhuis meer of minder noodzakelijke diensten – computerservices, civiele dienstverlening, administratieve technieken, enz., enz. – worden door vele instellingen tegelijk en daar-

door vaak meer efficiënt of goedkoop geleverd.

De vooral financiële en concurrentiegevolgen van deze ontwikkeling zijn de non-profit ziekenhuizen, die zich niet met een commerciële keten wilden associëren of daarin opgaan, zeker niet ontgaan. Er is een katalyserende werking van uitgegaan en ook enkele zeer grote non-profit ketens van ziekenhuizen zijn ontstaan. Te noemen zijn de Kaiser Foundation, Fairview en anderen, die ook toegang hebben verworven tot vele tienduizenden ziekenhuisbedden. Aldus is een gezonde concurrentie ontstaan tussen for-profit en non-profit ziekenhuisketens, waarbij kwaliteit, kosten en dienstverlening de elementen zijn geworden, die de keuze van financier en patiënt bepalen.

Twee bijzondere Amerikaanse ontwikkelingen zijn de opkomst van de zogenaamde Health Maintenance Organizations en van de freestanding units – populair aangeduid als MacDoctor. H.M.O.'s zijn vooral uit de bedrijfsgeneeskunde voortgekomen organisaties, waarbinnen zowel de ziektekostenverzekering als de medische dienstverlening zijn verenigd. De H.M.O.'s hebben er als het ware belang bij gekregen om de patiënten zo snel mogelijk weer gezond te hebben: de verzekeringspremie is immers een vaststaand gegeven en de medische voorzieningen moeten ten laste van de ontvangen premies worden geëxploiteerd, zodat de H.M.O.'s geen belang hebben bij veel diagnostiek of een lange ligduur. Vooral in de laatste drie jaar is een zeer snelle groei van het aantal H.M.O.'s waarneembaar; er zijn er thans meer dan 350, waarvan maar een heel klein gedeelte op commerciële basis. Vooral de H.M.O.'s hebben sterk bijgedragen tot een opzienbarende verkorting van de gemiddelde ligduur in Amerikaanse ziekenhuizen. (Opvallend is, dat zij aan de efficiency in de intramurale zorg vermoedelijk maar weinig hebben bijgedragen.)

De tweede gesignaleerde ontwikkeling is, dat hoe langer hoe meer specialistische dienstverlening met wisselend succes uit de ziekenhuizen is gelicht. Zo zijn vrijstaande

röntgen-diagnostische centra ontstaan, waar patiënten vanuit zowel ziekenhuizen als poliklinieken naar toe worden verwezen. In deze centra wordt uitsluitend radiologie bedreven; daardoor is een grote deskundigheid en zeer geavanceerde apparatuur op één plaats geconcentreerd. Hetzelfde gebeurt echter ook met eerste-hulpdiensten, die op vele hoeken van straten zijn aan te treffen; met chirurgische dagbehandeling; met fysiotherapeutische centra en dergelijke. Vele mislukkingen wijzen erop, dat lang niet alle ziekenhuisactiviteiten ongestraft in dergelijke freestanding units kunnen worden ondergebracht.

Wie het voorgaande heeft gelezen kan zich met zorg afvragen of al deze ontwikkelingen niet tot een geweldige kostenexplosie hebben geleid. Het antwoord op die vraag moet nadrukkelijk ontkennend luiden. In 1984 besteedden de Verenigde Staten ruim \$ 400 miljard aan de volksgezondheid; het aandeel van de overheid daarin bedroeg \$ 166 miljard (voornamelijk Medicare, Medicaid en Veterans Administration); het werkgeversaandeel bedroeg ca. \$ 100 miljard. Het totale bedrag was ca. 11% van het B.N.P. Bij ongewijzigd beleid zou dit zijn gegroeid tot ca. 14% in 1988. Het beleid is echter gewijzigd (in 1982 werden de DRG's (Diagnostically Related Groups of diagnosegroepen (J.D.)) ingevoerd; 75% van alle bedrijven veranderde van health plan; en er ontstond, als geschetst, meer concurrentie). Het resultaat daarvan is, dat ten opzichte van zelfs nog maar vijf jaar geleden thans een systeem in werking is, dat te zien geeft: een langzamer groei, een pluralistisch systeem, gezonde concurrentie en grotere samenwerking.

In geld uitgedrukt betekent dit alles, dat volgens de ramingen van de Amerikaanse overheid de kosten van de volksgezondheid nog slechts zullen stijgen tot ca. 12% van het B.N.P.; terwijl inmiddels door gezaghebbende instituten de verwachting wordt uitgesproken, dat zelfs een daling tot 10% mag worden tegemoet gezien.

## Beoordeling commerciële gezondheidszorg

Het verschijnsel commerciële gezondheidszorg roept vele emoties op. Er zijn voor- en tegenstanders; beide categorieën zeer gemotiveerd. Laat ik trachten de argumenten van beide groepen wat nader te belichten. Ik begin met de voorstanders en hun argumenten.

Voorstanders stellen, dat commerciële gezondheidszorg aansporingen inhoudt om goedkoper en effectiever te werken. Indien patiënten goed en snel worden behandeld, dan vindt als regel niet alleen de patiënt dat prettig, maar het betekent ook een verlaging van de algemene kosten van de gezondheidszorg. (Met name aan het functioneren van de H.M.O.'s – commercieel of niet – kunnen argumenten voor deze stelling worden ontleend.) Niet alleen echter de kwaliteit van de medische zorg, ook de directe dienstverlening zal in commerciële ziekenhuizen als regel beter zijn; de verwachting is, dat patiënten die een keuzemogelijkheid hebben kiezen voor het ziekenhuis met de meest aantrekkelijke hotelfunctie.

De introductie van de commerciële gezondheidszorg kan de katalysator zijn om ook tot bezuinigingen in de non-profit sector te komen. De invoering van aan het bedrijfsleven ontleende technieken op het terrein van automatisering, administratie, materials management, civiele dienstverlening, technisch beheer en onderhoud zou in de eerste plaats bij een grootschaliger toepassing in de commerciële sfeer, maar vervolgens in de gehele volksgezondheid tot belangrijke kostenverlagingen kunnen leiden.

Tenslotte betekent commerciële gezondheidszorg naar de opvattingen van de voorstanders het binnen brengen van een stuk creativiteit, van particulier initiatief en terzijdestelling van een log en bureaucratisch werken. De mogelijkheden om nieuwe wegen te bewandelen worden vereenvoudigd. Zo zou op grond van de Amerikaanse ervaringen moeten worden aangenomen, dat dit bijvoorbeeld tot een sterk versnelde versterking van de eerstelijns gezondheidszorg

leidt. (In de Verenigde Staten zullen tegen 1990 10% van alle ziekenhuizen en 30% van alle thans bestaande ziekenhuisbedden zijn verdwenen.)

De tegenstanders richten zich vooral op wat wordt genoemd het elitaire karakter van de commerciële gezondheidszorg. De commerciële ziekenhuizen in het bijzonder zouden zich in overwegende mate richten op de leeftijdscategorieën tot 65 jaar en op de meer welgestelde bevolkingsgroepen (Medicare en Medicaid maken thans echter ook van commerciële ziekenhuizen gebruik). Er zit vermoedelijk veel waars in de stelling, dat commerciële ziekenhuizen zoveel als mogelijk zullen trachten om de 'bad risks' onder de patiënten buiten de deur en in de openbare ziekenhuizen te houden. Met name prof. dr. A.J. Dunning heeft deze bezwaren tegen commerciële gezondheidszorg onderstreept (onder meer tijdens een bijeenkomst van het European Health Forum in 's Gravenhage, september 1984).

Naast de bezwaren tegen een mogelijke selectie van patiënten door commerciële ziekenhuizen wordt ook het elitaire karakter in andere zin als een bezwaar gevoeld. Met name zou de commerciële gezondheidszorg zijn weggelegd voor hen, die zich de 'luxe' van een commercieel ziekenhuis kunnen veroorloven. Deze bezwaren worden vooral ontleend aan de situatie in het Verenigd Koninkrijk, waar de keuze gaat tussen de wachtlijsten van de N.H.S. – alleen tussen 1983 en 1984 is de gemiddelde wachttijd volgens mededelingen van de British Medical Association met ca. 20% toegenomen – of de hoge kosten van de particuliere ziekenhuizen, waartegen men zich afzonderlijk kan verzekeren.

Blijft tenslotte het vooral ethisch-morele bezwaar tegen het maken van winst op de behandeling en verzorging van zieke mensen. Het stoot velen tegen de borst geld te verdienen aan de ziekte van anderen: de één zijn dood is de ander zijn brood.

Hoewel alle genoemde argumenten meer of minder hout snijden, richten met name de argumenten tegen een meer zakelijke ge-

zondheidszorg zich tegen situaties in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten; ook in die landen zelf wordt tegen 'misstanden' actie gevoerd. Maar het is nog maar de vraag of de situatie in deze landen in alle opzichten exemplarisch is. De toestand in de Bondsrepubliek of in Frankrijk roept minder kritiek op. Bovendien biedt de Nederlandse wetgeving en de volksgezondheidsstructuur ook een aantal waarborgen tegen uitwassen van een meer zakelijke gezondheidszorg, zo die ten onzent zou worden toegestaan.

### Experimenten in Nederland

Wat zouden de gevolgen zijn, indien de Nederlandse overheid inderdaad meer ruimte aan het particulier initiatief zou verlenen; indien een verzakelijking zou worden toegestaan; indien de overheid een stapje terug zou doen?

Er zijn in Nederland bedrijven en ondernemingen, die staan te popelen om ook eens hun tanden in het management van de gezondheidszorg te mogen zetten. Omgekeerd is bekend, dat er instellingen zijn, die klaar staan om met dergelijke bedrijven in zee te gaan, op basis van een managementcontract dan wel in de vorm van een overname. (De wetgeving sluit uit, dat zonder voorafgaande instemming van de overheid voorzieningen worden gebouwd; de bouw van voorzieningen op commerciële basis is zelfs geheel uitgesloten.) Zou de overheid niet bereid moeten zijn om – al was het in de vorm van een experiment – een aantal voorzieningen de ruimte te geven tot het zetten van deze stap? (Er moet van worden uitgegaan dat voor een realistisch experiment tenminste drie voorzieningen in de hand van één manager worden gebracht binnen een beperkte regio.)

De indruk bestaat, dat de ziektekostenverzekeraars een dergelijke ontwikkeling in meerderheid zouden toejuichen. Uit de kring van de ziekenfondsen zijn minder eenduidige, maar zeker ook wel positieve geluiden te horen. Kennelijk koesteren de ziektekostenverzekeraars de verwachting, dat met dergelijke meer zakelijk geregeerde voorzieningen

hardere afspraken gemaakt kunnen worden omtrent opnameduur en kosten per diagnosegroep (te vergelijken met het DRG-systeem in de V.S.). Per patiënt met een duidelijk bepaalde diagnose wordt een vaste vergoeding door de financiers betaald ongeacht de werkelijk door een arts of ziekenhuis gemaakte kosten (die kosten kunnen dus zowel hoger als lager zijn).

Indien de ziektekostenverzekeraars op grond van deze harde afspraken tot een lagere premiestelling zouden kunnen – dat is toch de verwachting – en willen komen, dan is daarmee één van de elitaire angels uit een meer zakelijke gezondheidszorg getrokken. Daarnaast mag men verwachten, dat de financiers in staat zullen blijken een selectie van patiënten naar leeftijd of ernst van hun medische toestand door deze gezondheidszorgvoorzieningen te voorkomen. Indien het tot een experiment komt, dan zijn het de financiers, die er op moeten toezien, dat alle patiënten in gelijke mate de mogelijkheid hebben van de zakelijker voorzieningen gebruik te maken.

De kwaliteit van de zorg in de commerciële voorzieningen zal zeker niet onderdoen voor die in enige andere voorziening. Om te beginnen vormen prijs en kwaliteit de belangrijkste 'verkoopargumenten' van deze voorzieningen. Daar komt nog bij, dat ook de inspectie voor de volksgezondheid nauwlettend toezicht op dergelijke voorzieningen zal houden. Daarbij behoeft de inspectie dan bovendien geen rekening te houden met de (on)mogelijkheden om geëiste verbeteringen aan te brengen – bouwplafond en prioriteitenlijst kunnen zo een situatie veroorzaken –, maar kunnen van deze buiten de openbare financiën om bekostigde instellingen te allen tijde gerechtvaardigde verbeteringen worden verlangd.

Wanneer kosten, financiering, tarifiëring en kwaliteit aldus lijken te kunnen worden gewaarborgd, dan zou op grond van planningsoverwegingen bezwaar tegen een experiment gemaakt kunnen worden. De eerste ziekenhuizen, die zich immers voor deelneming aan een experiment zullen aandienen, zullen zich vermoedelijk in een rede-

lijke bouwkundige en financiële staat bevinden, maar wel in de bestuurlijke gevarenzone verkeren. Daar staat dan tegenover, dat een zakelijke exploitatie van voorzieningen stellig zal leiden tot een afstemming van capaciteiten op behoeften. Een zakelijke exploitatie van overtollige voorzieningen, waarop door patiënten geen beroep wordt gedaan is uitgesloten.

Het ware te wensen, dat wanneer het tot een experiment met een zakelijker – bewust verijd ik de terminologie 'commerciële' – gezondheidszorg in Nederland komt, dat dan ook ziekenfondspatiënten daarvan de eventuele vruchten kunnen plukken. Daartoe is een afwijken of ontheffen van de wettelijke bepalingen, die een erkenning van voorzieningen met winstoogmerk onmogelijk maakt, nodig.

### Tot besluit

Onze wetgeving gaat niet uit van een gezondheidszorg met winstoogmerk. Toch is de volksgezondheid van commerciële elementen doortrokken. Ook internationaal lijken geen aanwijzingen te vinden, dat verruiming van de mogelijkheden voor een meer zakelijke gezondheidszorg tot vermindering van kwaliteit of verhoging van kosten zou leiden. Zelfs indien dit wel zo zou zijn, dan biedt onze wetgeving waarborgen tegen dergelijke tendensen.

De vraag is gewettigd – maar in deze bijdrage niet aan de orde geweest – of een verdere intensivering van de overheidsbemoeienis kan bijdragen tot het terugdringen van de kosten van de volksgezondheid. Het zou wel eens kunnen zijn, dat een terugtreden van de overheid, een dereguleren en een verruiming van de mogelijkheden van het particulier initiatief tot het meer zakelijk exploiteren van gezondheidszorgvoorzieningen veel meer beantwoordt aan de bedoelingen van de overheid: terugdringen van kosten en capaciteiten zonder aantasten van de kwaliteit en de toegankelijkheid voor iedereen. Vandaar, dat experimenteren met meer vrijheid voor het particulier initiatief wel eens een effectief beleidsinstrument voor de overheid zou kunnen opleveren: het particulier initiatief.