

Gezondheidszorg niet gebaat bij privatisering en commercialisering

prof. drs. J.J.M. Michels



Prof. drs. J. J. M. Michels (1924) is geneesheer-directeur van het Verpleeghuis Kalorama te Beek/Ubbergen. Daarnaast is hij hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Het zou de moeite waard zijn om te komen tot een basispakket voor de gezondheidszorg. Dat kan eventueel uitgangspunt zijn voor een volksverzekering, vindt prof. Michels. Maar ook de voorzieningen in de gezondheidszorg bevatten een aantal luxe-zaken, schrijft hij. Hij reageert op het artikel van mr. J. Donner over privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg, dat vorige maand in dit blad verscheen.

Privatisering, deregulering, commercialisering zijn termen, die gehoord worden om bezuinigingen en het wegnemen van gegroeide mistoestanden in de gezondheidszorg mogelijk te maken. Dit staat haaks op de opvattingen van nog maar enige jaren geleden, waarbij men bezuinigingen en het wegnemen van mistoestanden trachtte te bereiken met een wetgeving die de zaken tot in de details regelde. Om de wet uitvoerbaar te maken en de uitvoering in wezen daarvan nog te kunnen verfijnen werd regionalisering voorgesteld. De uitvoering zou grotendeels worden overgelaten aan de provincies en de gezondheidszorgdistricten, waarbij de landelijke overheid slechts richtlijnen gaf en toezicht hield.

In de gezondheidszorg heeft het winstoogmerk al lang zijn intrede gedaan en met name in de toeleveringsdiensten, zoals medicijnen, apparatuur, bouw, schoonmaaksector, wasserij. Echter de gezondheidszorgorganisaties en -stichtingen sluiten het behalen van winst uit.

In dit artikel zal getracht worden de factoren

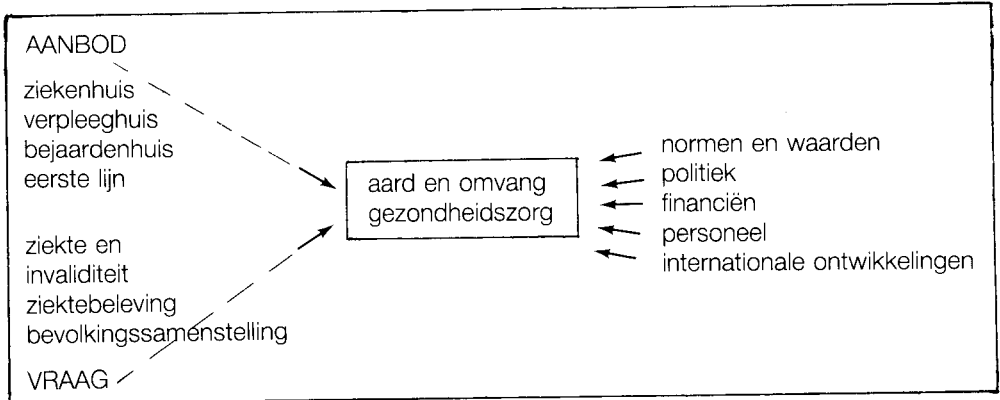
te overzien die de aard en de omvang van de gezondheidszorg bepalen, alsmede zeer globaal de veranderingen, die daarbinnen te verwachten zijn in de nabije toekomst. Tegen deze achtergrond zullen de privatisering, deregulering en commercialisering genoemd worden. Tenslotte wordt een poging gedaan in deze een richting aan te geven.

Overzicht gezondheidszorg

Het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen en de vraag naar gezondheidsvoorzieningen bepalen hoofdzakelijk de aard en de omvang van de gezondheidszorg.

Daarnaast hebben invloed: de normen en waarden binnen de gemeenschap, de politiek, personele voorzieningen, de beschikbare middelen, de opvattingen en mogelijkheden van de gezondheidszorg in het buitenland.

Wij kunnen dit in het volgende schema samenvatten:



Het aanbod van gezondheidsvoorzieningen

De gezondheidszorg bestaat uit een groot aantal instituties. Deze functioneren veelal los van elkaar, maar wel in samenhang. Veranderingen binnen de ene institutie hebben direct gevolgen voor de andere, daarnaast liggende instituties.

Wij kunnen ervan uitgaan, dat iedere zich zelf respecterende institutie streeft naar kwaliteitsverbetering en uitbreiding. Zij zal zich verzetten tegen kwaliteitsdaling, inkrimping en opheffing. Veelal voelt de institutie zich superieur boven de omliggende instituties en vindt daarom dat bezuinigingen en inkrimpingen altijd bij de ander kunnen plaatsvinden.

De voorzieningen bieden diensten die tot de primaire levensbehoeften gerekend kunnen worden, maar ook diensten die tot de secundaire of meer luxe levensbehoeften gerekend kunnen worden.

Tot de primaire levensbehoeften zijn te rekenen het diagnostiseren en behandelen van ziekten en invaliditeiten, het voorkomen hiervan, het verlichten van lijden en het behoud van het leven.

Tot de secundaire kunnen gerekend worden het met nog grotere zekerheid vaststellen van een diagnose, hoewel deze al voor 95% vast staat, het absoluut uitsluiten van een ziekte, hoewel het al voor 95% zeker is dat de patiënt er niet aan lijdt, bepaalde plastisch chirurgische operaties, het bepalen van het

geslacht van de vrucht ver voor de geboorte. De verpakking van het produkt gezondheidszorg, of met andere woorden de vorm waarin de dienst verleend wordt, kan verschillen. In deze kan gedacht worden aan wachttijden: geen of korte wachttijden leidt tot leegstand van apparatuur en leegloop van personeel. Behandelt men in wachtdiensten 's avonds en in het weekend alleen spoedgevallen of alles wat aangeboden wordt? In de horecasector bestaan grote verschillen, niet alleen tussen de eerste en derde klas, maar ook van inrichting tot inrichting.

a. Het ziekenhuis Het ziekenhuis biedt specialistische hulp, hoofdzakelijk in de vorm van diagnostiek en behandeling, daarnaast verpleging en verzorging. De patiënt komt of wordt verwezen naar het ziekenhuis omdat hij specialistische hulp nodig heeft of wenst. De hulp kan geboden worden in klinische vorm of op de polikliniek. Er is een verschuiving gaande van de kliniek naar de polikliniek. Dit onder meer door de veel minder ingrijpende diagnostische technieken, de kortdurende behandelingsmethoden, de goede woonsituaties van de bevolking en het gemakkelijke transport. Deze verschuiving kan bij een gelijkblijvend aanbod leiden tot een beddenoverschot en een tekort aan poliklinische accommodatie. Dit laatste zal ongetwijfeld het ontstaan van losse poliklinieken in de hand werken. Als tussenvorm

voor kliniek en polikliniek kan zich een dag-behandeling ontwikkelen; voor vele patiënten is diagnostiek en behandeling overdag mogelijk, 's nachts en in de week-enden kunnen zij thuis verblijven.

b. Het verpleeghuis. Het verpleeghuis biedt verpleging, reactivering en resocialisering. De medische behandeling omvat hoofdzakelijk begeleidende geneeskunde, voor de reactivering zijn paramedici aanwezig, voor de resocialisering agogisch personeel. Uiteraard omvat de hulpverlening ook de verzorging van de opgenomen patiënten. De patiënt wordt opgenomen omdat hij, meestal langdurig, verpleging en begeleiding nodig heeft.

De verpleeghuizen worden onderscheiden in somatische verpleeghuizen en psycho-geriatrische verpleeghuizen. De zgn. gecombineerde huizen bevatten beide soorten in gescheiden afdelingen.

Het somatisch verpleeghuis staat onder druk. De jonge patiënten zijn er vrijwel verdwenen, zij worden gehuisvest in gezinsvervangende tehuizen en Focus-objecten. Velen leven zelfstandig in aangepaste huizen. De bejaardenhuizen willen hun somatisch gehandicapte bejaarden toenemend langer houden. De reactivering kan door de vele paramedici, werkzaam in de eerste lijn, ook in het eigen milieu plaats vinden. Dit zal nog verbeteren als ook de ergotherapeut een plaats krijgt binnen de eerste lijn. Tenslotte, de uiterst geringe privacy en het zeer gereguleerde leven maken het verpleeghuis als langdurige verblijfplaats weinig aantrekkelijk. De psycho-geriatrische verpleeghuizen zullen eerder in omvang toenemen. De veel hulp nodig hebbende demente en gedrags-gestoorde bejaarden worden steeds minder in het eigen milieu en in de verzorgingstehuizen getolereerd.

c. Het bejaardenverzorgingshuis. Het bejaardenverzorgingshuis biedt huisvesting en verzorging. Daarnaast incidentele verpleegkundige hulp. Vaak is medische en paramedische zorg vanuit de eerste lijn in huis.

Opgenomen worden bejaarden, die zich in het eigen milieu niet meer kunnen handhaven op grond van de verschijnselen, die min of meer normaal geacht worden op hoge leeftijd.

Het bejaardenhuis is eigenlijk geen gezondheidsvoorziening. Vermelding is echter noodzakelijk. Want de hulpbehoefte en het aantal ziekten is groot. Bovendien heeft de ontwikkeling van het bejaardenhuis directe consequenties voor het verpleeghuis en de eerste lijn.

De entree-leeftijd is duidelijk stijgend. De gemiddelde hulpbehoefte van de bewoners neemt toe, omdat zij later binnen komen en minder snel naar een verpleeghuis worden verwezen. Door de afnemende mobiliteit neemt de eenzaamheid toe. Om dat te voorkomen wordt het groepsgebeuren sterk bevorderd. De grens met het verpleeghuis vervaagt. De overlapping tussen verpleeghuis en bejaardenhuis is groot, zodat men zich af mag vragen of twee zo verschil-

De wet op de bejaardenoorden leidt tot grootschaligheid

lende instituten gerechtvaardigd zijn.

De wet op de bejaardenoorden bepaalt dat een tehuis waar vijf of meer bejaarden groepsmatig verzorgd worden een bejaardenoord is. De strenge eisen die aan bejaardenoorden gesteld worden, hebben geleid tot grootschaligheid. De kleine particuliere pensions, met vaak zeer persoonlijke en familiale verzorging dichtbij of in de eigen omgeving, zijn verdwenen. Kleinschalige

voorzieningen dienen zeker weer een kans te krijgen, eventueel als dependences van grotere tehuizen.

d. De eerste lijn. De eerste lijn omvat de hulp van de huisarts en van de wijkverpleging. Zij worden bijgestaan door para-medici en ondersteund door de gezinszorg en het maatschappelijk werk. Voor de geestelijke gezondheidszorg kennen wij de R.I.A.G.G. Kenmerkend voor de eerste lijn is dat de

de verzorgingshuizen ontwikkeld moeten worden ter ondersteuning van het eigen milieu.

De huisartsenhulp wordt versterkt op abonnementsbasis en gelijke particuliere tarieven. Bejaarden vragen veel meer en langer hulp. Dit betekent, dat praktijken met veel bejaarden veel zwaarder belast zijn dan jonge praktijken. Getrapte (abonnements)-tarieven naar leeftijd kunnen de nu zeer ongelijkmatige risicospreiding wellicht nivelleren. Dit houdt in dat huisartsen met veel bejaarden kleinere praktijken kunnen hebben, wat de bejaarde patiënt zeer ten goede zal komen en niet direct noodzakelijke verwijzing kan voorkomen.

„ De klant is koning en wil met alle egards behandeld worden „

De vraag naar gezondheidsvoorzieningen

Het beroep op de gezondheidszorg wordt niet alleen bepaald door het aantal ziekten en klachten en de wens om gezond te blijven, maar ook door de bevolkingssamenstelling en het ziektebeleven.

hulp geboden wordt aan patiënten die in hun eigen milieu, veelal in gezinsverband leven. Als zodanig is zeker te overwegen de poliklinische hulpverlening door specialisten tot de eerste lijn te rekenen, ondanks dat de poliklinische hulp in het ziekenhuis gelokaliseerd is.

De vraag kan de primaire gezondheidsbehoefte betreffen; de patiënt kan recht op hulp doen gelden, gezien de situatie waarin zijn gezondheidstoestand zich bevindt, onafhankelijk van het feit of hij het betalen kan of niet en zelfs of hij al of niet verzekerd is. De patiënt mag een beroep doen, gezien zijn toestand, op de solidariteit van de bevolking. De vraag kan de secundaire gezondheidsbehoefte betreffen, behoeften die min of meer gerekend worden tot de luxe van de gezondheidstoestand. Bijvoorbeeld volledige sanering van het eigen verwaarloosde gebit, terwijl over enige jaren toch een prothese geplaatst moet worden.

De eerste lijn levert kwantitatief het leeuwendeel van de gezondheidszorg en is verreweg het goedkoopst. Het verdriet en de gevaren die uithuisplaatsing, en dit speciaal bij bejaarden, met zich meebrengt, vereist een versterking van de eerste lijn. Dit naast de financiële consequenties.

De gezondheidszorgmogelijkheden in de eerste lijn staan of vallen met de verzorgingsmogelijkheden in het eigen milieu, de zelfzorg en de mantelzorg. De gezinsverduining en het vaak alleen wonen maakt de eerste lijnszorg kwetsbaar. Naast gezinszorg zal de ontwikkeling van dagverpleging en dagverzorging, resp. in de verpleeghuizen en

De vraag zal niet alleen betrekking hebben op de pure verstrekking, maar wel degelijk ook op de manier waarop deze verstrekking geleverd wordt. De klant is koning en wil met alle egards behandeld worden. Duidelijk is dat vele patiënten vaak dure specialistische hulp wensen, terwijl de huisarts de hulp even effectief kan bieden. Men wenst geen of korte wachttijden. In het ziekenhuis, verpleeghuis of bejaardenhuis wil men vaak

meer comfort en diensten dan men thuis gewend is.

a. Ziekten en invaliditeiten. Het aantal en de aard van voorkomende ziekten en de al of niet geneesbaarheid daarvan zal de vraag naar gezondheidsvoorzieningen voor een deel bepalen. Grote veranderingen in de morbiditeit op zich zijn voor de komende decennia niet te verwachten. De verschuivingen in morbiditeit zullen grotendeel verklaard kunnen worden door de veranderingen in de bevolkingssamenstelling.

Verschuivingen zullen zich altijd blijven voordoen. Momenteel zien wij de reumatische artritis, het asthma, het hartinfarct, de appendicitis acuta afnemen. Andere ziekten nemen toe zoals geslachtsziekten, diverse carinomen. Nieuwe ziekten ontstaan, bijvoorbeeld AIDS.

Ongevalsecijfers nemen in het algemeen af. Met name de veiligheidsgordel en de verdwijning van de bromfiets nadat de helm verplicht werd hebben hier een grote rol gespeeld. Collumfracturen nemen toe, enerzijds door de vergrijzing, maar ook onafhankelijk daarvan.

Continue morbiditeitsregistratie moet ons op de hoogte houden om te kunnen nagaan of veranderingen in het vraagpatroon berusten op veranderingen in morbiditeit.

b. De bevolkingssamenstelling. De sterke vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal in het algemeen de vraag naar gezondheidsvoorzieningen sterk doen stijgen. Het aantal ziekten, ongevallen en invaliditeiten neemt duidelijk toe met het stijgen van de leeftijd. De epidemiologen zullen in maat en getal of liever in incidence en prevalence moeten aangeven wat de vergrijzing wat betreft de vraag gaat betekenen.

De immigratie van volken uit andere culturen roept nieuwe vragen en veranderingen daarin op. Met name zal het kindertal van deze immigranten afwijken van de autochtone bevolking.

De gezinsverdunning, waardoor de gezinnen veel kleiner worden tot vele éénpersoons-

leefeenheden toe, doet de verzorgende en verplegende hulp door gezinsleden afnemen. Hierdoor is eerder professionele hulp of een opname nodig.

c. Ziektebeleving. De ziektebeleving verschilt van patiënt tot patiënt, maar ondergaat ook in de loop van de tijd duidelijke veranderingen.

Voor eenzelfde aandoening zal de ene patiënt wel de arts consulteren, de andere niet. Dit geldt ook voor polikliniekbezoek, ziekenhuisopname en zelfs operatieve behandeling. Dezelfde aandoeningen in dezelfde graad van ernst kan men tegen komen thuis, in het verpleeghuis en in het bejaardenhuis. Dit blijkt sterk familiair te zijn. Sommige gezinnen vragen veel meer aandacht van de gezondheidszorg dan andere, zonder dat er aanwijsbare verschillen zijn in de morbiditeit. De indruk bestaat dat er zowel overconsumptie als een onderconsumptie bestaat. De gezondheidsvoorlichting en opvoeding met name in de jeugd kan hierin waarschijnlijk verbetering brengen.

Enige decennia geleden meende men voor alles en nog wat een beroep te moeten doen op de arts. Het niet vinden van een afwijking door de huisarts leidde tot een specialistisch onderzoek. Periodiek geregeld preventief onderzoek werd aanbevolen. Voor iedere functie werd een keuring vereist, voor iedere uitkering een medische verklaring. Momenteel ziet men de grote nadelen van de medicalisering. De bijwerkingen worden breed uitgemeten, de nadelige gevolgen van medische ingrepen krijgen veel aandacht. Er wordt een scherp pleidooi gehouden zo lang mogelijk in het eigen milieu te blijven. De huidige afkeer van de gezondheidszorg heeft ongetwijfeld de vraag aanzienlijk doen dalen. Wellicht is dit verschijnsel de belangrijkste oorzaak van een afnemende van de stijging van de kosten van de gezondheidszorg.

Overige factoren

De overige factoren die de aard en omvang van de gezondheidszorg beïnvloeden zijn

van geringe betekenis naast die van vraag en aanbod. Men dient zich dat goed te realiseren, omdat vaak juist gedacht wordt dat door veranderingen op dit vlak grote ombuigingen en bezuinigingen bewerkstelligd kunnen worden.

a. Normen en waarden. De belangrijkste normen zijn:

- iedereen heeft ongeacht leeftijd, ras, positie, recht op gezondheidszorg en wel op alle zorg die op grond van de huidige stand van de wetenschap geboden kan worden. In wezen gaat men nog verder en meent men ook recht te hebben op alternatieve geneesmethoden.
- het maken van winst in directe zin in de gezondheidszorg is oneerbaar. Men mag niet rijk worden aan de ellende van een ander.

Veranderingen die niet stroken met deze normpatronen zijn uiterst moeilijk door te voeren. Waar dit al enigszins wordt toegestaan zal dit met zodanige veiligheidsvoorschriften omgeven worden, dat de eventuele economische voordelen wegvallen.

Veranderende normen en waarden binnen de gemeenschap zijn van invloed op de gezondheidszorg. Denk aan de geboorteregeling, de abortus en nu de discussie omtrent euthanasie. Dit laatste heeft ertoe geleid, dat de toepassing uiterste geneeskunde in toch uitzichtloze gevallen veel minder is geworden.

b. De politiek. De politieke invloed op de aard en omvang van de gezondheidszorg is gering. De vele indrukwekkende regelingen en wetten hebben nauwelijks enige invloed uitgeoefend op het aanbod en de vraag. De budgettering voor de intramurale zorg komt op een moment dat de vraag relatief afnemend is en het aanbod wegens het ontbreken van nieuwe doorbraken constant is. De stelselwijziging in de ziektekostenverzekering, waarbij de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering wordt opgeheven, verandert niets aan de hoogte van de lasten, alleen aan de verdeling van de lasten.

Het maakt geen verschil voor de gezondheidszorg of er een linkse of een rechtse regering aan het bewind is. In West-Europa is na de oorlog maar één echte politieke beslissing van invloed geweest, n.l. de invoering van de National Health Service in Engeland.

De politiek loopt achter de feiten aan en kan alleen in de marge wat veranderingen aanbrengen. De onbestuurbaarheid van de gezondheidszorg, althans politiek gezien, is

» De politieke invloed op de gezondheidszorg is gering »

nog steeds van kracht. Het heeft waarschijnlijk meer voordelen dan nadelen dat de gezondheidszorg zich aan de politieke invloed onttrekt.

c. Personele voorzieningen. De gezondheidszorg vraagt grotendeels ervaren, hooggeschoold personeel. De lange werktijden van artsen worden mede bepaald door de noodzaak zich continu te scholen en veel ervaring op te doen. De verregaande specialisering vraagt veel overlegtijd. De klinisch wetenschappelijke ontwikkeling moet naast de praktijkvoering worden bedreven. De arbeidsduurverkorting, zo deze algemeen wordt, zal met het behoud van de persoonlijke kwaliteit van werkers in de gezondheidszorg op gespannen voet komen te staan. Binnen het midden- en lagere kader zullen weinig problemen ontstaan. De ruime arbeidsmarkt en de verdergaande mechanisering in de produktieve sector en vele

dienstverlenende sectoren zullen geen tekorten doen ontstaan in de gezondheidszorgsector, ondanks de sterke vergrijzing. Een goede werving en een gerichte scholing zijn van belang.

De inservice-opleiding binnen de verpleegkunde en verzorgende beroepen, dus een ambachtelijke opleiding, verdient een herwaardering. De scholen staan te ver van de praktijk af. Hierdoor worden te veel theoretische modellen ingevoerd, die de directe zorg aan de patiënt niet ten goede komt.

d. Beschikbare financiële middelen. Hoewel alle discussies om de financiële middelen draaien trekt noch de gezondheidszorgwerker, noch de consument zich hier veel van aan. Apparatuur die nodig is wordt aangeschaft; medicijnen, hoe duur ook, worden voorgeschreven; bij het wetenschappelijk onderzoek speelt eerder het gebrek aan onderzoekers dan de financiën de beperkende rol; de patiënt vraagt wat hij denkt nodig te hebben en via het verzekeringsstelsel heeft hij er ook geen pijn aan. Het grote publiek meent ondanks alle publiciteit toch, dat aan de gezondheidszorg eerder meer dan minder geld besteed moet worden.

Vergelijkingen met het buitenland laten zien dat het in Nederland nog niet zo slecht gaat. Bovendien zijn vergelijkingen nauwelijks mogelijk gezien de grote verschillen per land in de belastingen en sociale inhoudingen. De belangrijkste kosten zijn de salarissen, de vergelijkingen zijn altijd bruto, maar waarschijnlijk zullen netto vergelijkingen een beter inzicht geven in de ware kosten.

De Nederlander is van aard vrij zuinig, het geld over de balk gooien ligt hem niet. In het algemeen probeert de aanbodzijde zo goedkoop mogelijk te leveren en overvraagt de consument niet. Een merkwaardig feit is dat er nergens een prikkel om zuinig te doen is ingebouwd en dat er nergens een prijskaartje aan hangt. Toch werkt men vrij kostenbewust en lijkt er marginaal iets te verdienen.

e. De gezondheidszorg in het buitenland. Bij iedere te nemen maatregel zal Nederland

rekening moeten houden met de mogelijkheid in het buitenland en omgekeerd. Uit landen waar abortus verboden is stromen de patiënten naar Nederland. Een afremming van hartoperaties leidt niet tot minder operaties, maar tot luchtbruggen. Nieuwe ontdekkingen en ontwikkelingen elders komen snel naar ons land, desnoods tegen de regels in: harttransplantatie.

Het percentage bejaarden in tehuizen is in Nederland in vergelijking met het buitenland zeer hoog. Een beleid naar zo lang mogelijk thuis blijven, zal ongetwijfeld succes hebben.

Het is verstandig wat betreft de gezondheidszorg goed naar die landen te kijken, die al een bevolkingssamenstelling hebben, die wij in de komende decennia zullen krijgen.

Privatisering en commercialisering

De voorstanders stellen, dat bij privatisering de gezondheidszorg goedkoper en effectiever wordt, de dienstverlening verbetert, er keuzemogelijkheden ontstaan, de commercie als katalysator werkt voor bezuiniging in de non-profit sector, er meer creativiteit ontstaat en de bureaucratie vermindert.

De tegenstanders wijzen op het elitaire karakter en op het buiten de deur houden van de slechte risico's. Zij voeren ethische bezwaren aan tegen het maken van winst op de ellende van een ander. De noodzakelijke solidariteit van jong voor oud en gezond voor ziek zal verdwijnen.

Het maken van winst zal waarschijnlijk het aanbod van gezondheidszorg per dienst goedkoper en effectiever maken. De kans dat het aanbod groter wordt is niet denkbeeldig. Het is zeer de vraag of dit goedkoper worden de consument ten goede komt. De gezondheidszorgers hebben een monopoliepositie, die, als winst niet meer vies is in deze branche, wel eens benut kan worden. Denk aan een stijgend aanbod van preventieve onderzoeken, die wetenschappelijk nauwelijks gefundeerd zijn, maar wel gevraagd worden. De aandeelhouder staat ver van de zieke af om op humane gronden zijn winst te matigen. De wetenschap dat winst

via de belastingen toch weer voor de helft terug valt aan de gemeenschap zal terughoudendheid niet bevorderen.

Winstbeoogend zijn betekent ook verlieslijdend kunnen zijn met als gevolg faillissementen. De gezondheidszorg wordt vrijwel geheel met vreemd geld gefinancierd. Als de verstrekte leningen risicodragend worden zal de rentepost flink stijgen. Momenteel is de gezondheidszorg zo safe als de Bank van Engeland.

Het normale marktmechanisme van vraag en aanbod werkt niet, de consument kan noch het aanbod, noch de prijs beoordelen. Commercialisering zal de *vraag* vrijwel onberoerd laten. Een wat hogere of lagere premie zal de Nederlander, die grotendeels via zijn werkgever verzekerd is, nauwelijks bezig houden. En eenmaal patiënt zal hij menen dat voor zijn gezondheid kosten noch moeite gespaard mogen worden.

Verzekeringen zijn in wezen gebaat zij grote omzetten, niet met kostenverlagingen, men

mies komen. Maar als hun bestand straks verouderd is raken zij in moeilijkheden. Om de continuïteit te waarborgen mag men op een vrije markt eerder kartelvorming verwachten dan onderlinge concurrentie.

De *normen en waarden* zullen *politiek* verstaald tot een groot aantal maatregelen leiden om misbruik te voorkomen. De geneeskundige inspectie zal om een goed functioneren van de gezondheidszorg te controleren en bij misstanden op te treden uitgebreid moeten worden. Door allerlei te verwachten onderzoeken en processen zal het vertrouwen in de geneeskunde wel eens zodanig geschaad kunnen worden, dat de patiënt hernieuwde onderzoeken door andere artsen en ziekenhuizen zal eisen, hetgeen een vergroting van de vraag betekent.

De niet ruime, maar altijd nog voldoende *beschikbare financiële middelen* laten enerzijds experimenten met grote financiële risico's niet toe, maar anderzijds pressen zij niet tot drastische bezuinigingen. Ons huidige systeem en de kosten daarvan kunnen de vergelijking met het buitenland goed doorstaan. Vanuit de zijde van de financiers komt de vraag naar commercialisering niet. Het zijn eerder vertegenwoordigers van bepaalde politieke stromingen, die om commercialisering vragen. Het motief is eerder misbruik voorkomen dan bezuinigingen. Het laatste is echter het argument dat het schijnt te doen. Het *buitenland* kent tenslotte de commercialisering evenmin. De systemen wijken niet veel af van elkaar. In de directe hulpverlening komt men nergens winst tegen, wel in de toelveringsbedrijven. Het maken van winst daar wordt niet rechtstreeks gecontroleerd door de consument, maar door de professie. Kortom: privatisering en commercialisering zal uiterst moeilijk door te voeren zijn. Er is geen duidelijke behoefte aan. Men mag er geen bezuiniging van verwachten. Dit geldt met name voor de primaire gezondheidszorgbehoeften. Voor het oneigenlijk gebruik maken van de gezondheidszorg zijn andere maatregelen nodig.

’ Momenteel is de gezondheidszorg zo safe als de Bank van Engeland ’

past de premie aan. De concurrentieverhoudingen worden naast de premiehoogten bepaald door streekgebondenheid, service, al of niet verschillende tarieven hebben voor de goede risico's, het uitsluitingsbeleid voor slechte risico's.

Binnen de particuliere verzekeringen is de solidariteit van jong voor oud verlaten. Jonge maatschappijen met veel jonge verzekerden, dus goede risico's, kunnen nu met lage pre-

Suggesties voor beleid

In onze samenleving kennen wij minimumlonen, studiefinancieringen, ondersteuningsnormen, waarvan de hoogte van de bedragen gebaseerd zijn op het verkrijgen van een pakket nodig voor de primaire levensbehoeften. Nergens zijn deze omschreven en toch is daar een norm voor. Daartoe behoren: huisvesting, voeding, kleding, medische verzorging, een radio, televisie, een korte vakantie naar een niet te ver land, een versnapering, een drankje en af en toe wel een feestje. De primaire levensbehoefte-norm is duidelijk welvaartsgevoelig. De omvang van de primaire levensbehoeften waren in de crisisjaren, de oorlogsjaren, de jaren zestig, nogal wat geringer dan nu.

Naast de primaire levensbehoeften kent men nog vele behoeften waarvan men vindt dat men er wat extra's voor over moet hebben, er wat extra's voor moet doen. Degene die deze behoeften niet kan bevredigen kan geen beroep doen op de solidariteit van de gemeenschap. Bij een calamiteit kan hij alleen een beroep doen op zijn particuliere verzekering. Men kan zijn grootste huis en zijn duurste auto verzekeren. In wezen kent men door de hele maatschappij heen behoeften, waarvoor men zich solidair weet en daarboven liggende behoeften, waarvan men weet, dat men daaraan op eigen kracht moet voldoen. De eerste zijn noodzakelijk, de tweede luxe.

Binnen de gezondheidszorg wordt van dit principe nog maar schaars gebruik gemaakt. De gehele gezondheidszorg schijnt tot de primaire levensbehoeften te behoren. Er is zelfs een tendens geweest om alles wat maar enigszins met de gezondheid te maken heeft, waaronder dan te verstaan lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn, in het ziekenfondspakket of andere sociale verzekeringen onder te brengen. Met als gevolg dat vele gehoorapparaten, beugels en prothesen in de kast staan, gebitten gesaneerd zijn, zonder dat men zijn tanden goed verzorgt, men onverantwoorde risico's kan nemen in sport, voorbehoedsmiddelen en abortus ook buiten een medische indica-

tie vrij zijn, men voor ieder kwaaltje de duurste onderzoeken kan krijgen, men specialité's slikt, terwijl er goede loco-preparaten beschikbaar zijn en men psychotherapeutische hulp voor dagelijkse problemen en paranormale geneesmethoden in het ziekenfondspakket wenst.

Ook het aanbod van gezondheidsvoorzieningen bevat een aantal zaken die tot de luxe van het leven gerekend kunnen worden, zoals preventieve screening en allerlei keuringen, waarvan het wetenschappelijk niet vast staat of zij enig effect hebben.

De grondgedachte van het onderscheid tussen primaire en secundaire behoeften in de gezondheidszorg is reeds aanwezig. Men kan zich eerste klas laten opnemen, korte wachttijden bedingen, de professor vragen die meer rekt. De Ziekenfondsraad adviseert aan verzekerden bepaalde geneesmiddelen niet voor te schrijven.

Hoewel het terrein zeer gevoelig is en moeilijk te verdelen lijkt een poging tot het komen van een basisgezondheidszorgpakket de moeite waard. De patiënt kan of moet daartegen verzekerd zijn. Het basispakket is voor iedereen toegankelijk zonder uitsluitingen. Eventueel wordt het basispakket het uitgangspunt voor een volksverzekering.

Daarboven kan men zich verzekeren door een aanvullingsfonds voor ziekenfondsverzekeringen of door zijn verzekering bij een particuliere verzekering uit te breiden. De tijd is nu rijp, daar door de stelselwijziging binnen de ziektekostenverzekering in principe nog maar twee verzekeringsvormen zijn overgebleven.

Een dergelijk stelsel hoeft niet te leiden tot een goede gezondheidszorg voor welgestelden en een minimumzorg voor de gewone man. Overdaad schaadt, ook in de gezondheidszorg. De medicalisering van de maatschappij heeft naast de vele goede effecten ook de schadelijke bij-effecten getoond. Het zal deskundigen weinig verbazen, als een beheerste gezondheidszorg voor de bevolking het gezondste zou zijn.

In de dienstverlening boven het basispakket kan de privatisering en de commercialisering

vrij toegelaten worden. Wellicht dat men daar dan de voordelen van grotere creativiteit en keuze gaat zien. De daar behaalde voordelen kunnen, hun waarde bewezen hebbend, in het basispakket worden opgenomen.

Conclusie

De gezondheidszorg lijkt niet gebaat bij een privatisering en commercialisering. De patiënt zal er niet minder om vragen en het aanbod zal hem niet goedkoper geboden worden. De overige invloeden op de gezondheidszorg: normen en waarden, politiek, de personeelsopbouw, de opavttingen in het buitenland zullen een commercialisering in de weg staan.

De beheersing van de kosten binnen de

gezondheidszorg zal gezocht kunnen worden in het aanbrenge van een scheiding van primair noodzakelijke zorg en niet direct noodzakelijke, maar wel door velen gewenste, zorg. In deze laatste vorm kan commercialisering een plaats krijgen.

Het bieden van een basispakket zal de gezondheidstoestand van de bevolking niet verminderen. Het toelaten van een extra pakket kan het ontwikkelen van nieuwe denkpatronen en technologieën bevorderen.

