



## Winst in ziekenhuizen

Onder het klappen van de zweep van een neoliberale ideologie is de gezondheidszorg de arena van marktwerking in gedreven. Welke kunsten gaan daar vertoond worden, en welke acrobatische toeren, met of zonder vangnet? Het prijsmechanisme kan schaarse middelen sturen naar waar het nut het grootst is. Verzekeraars zijn uit op contracten met gespecialiseerde ziekenhuizen (*preferred suppliers*) die op een bepaald terrein de beste zijn.

Bijvoorbeeld nieuwe knieën in Haarlem. Dat leidt ertoe dat de uitbreidende afdeling knieën in toenemende mate beslag legt op de beschikbare operatiekamers, met minder ruimte voor andere disciplines. Het ziekenhuis kan de afdelingen met minder vraag sluiten.

Als het ziekenhuis de winst mag houden, kan het die investeren in uitbreiding van de OK-capaciteit. Dan blijkt vervolgens dat het grootste probleem zit in gebrek aan kundig operatiepersoneel. OK-krachten van buiten worden ingehuurd tegen een hoger salaris, wat wrok geeft bij bestaand personeel, ook omdat het ingehuurde personeel minder populaire diensten hoeft te draaien, en de weg en werkwijze in het ziekenhuis slecht kent. Hier gaat een signaal van uit naar opleiders van OK-personeel om meer mensen op te leiden, en de hoge salarissen lokken studenten. Het kost wel een tijd van aanpassing maar op termijn komt het allemaal goed. Wat betekent het voor patiënten?

Die moeten voor knieën naar Haarlem en voor andere operaties naar elders. De gemiddelde afstand naar specialistische zorg neemt toe. Welke afstand is nog aanvaardbaar, voor patiënten en hun bezoekers? Ziekenhuizen zullen winst moeten maken om te kunnen investeren, en om kapitaal van buiten aan te trekken, moeten ze winst uitkeren aan kapitaalverschaffers. Waar komt de winst vandaan? Waar gaat die naar toe? Als er winst is kan er ook verlies zijn. Wat gebeurt er bij faillissement met de patiënten? Zijn er garanties dat die tijdig elders worden opgenomen? Op welke afstand? Met welke onzekerheid en discontinuïteit van de behandeling?

Als het prijsmechanisme goed werkt maken de ziekenhuizen die betere kwaliteit of een hogere efficiëntie bieden meer winst. Maar wie bepaalt en vergelijkt kwaliteit? Voor de patiënt is dat moeilijk en daarom is die taak toegekend aan de verzekeringsmaatschappijen. Om hun oordeel mogelijk te maken moest de markt transparant gemaakt worden door middel van de zogenaamde diagnose-behandel-combinaties (DBC's), dertigduizend in getal, waarmee de zorg is opgeknipt in brokjes. Dat geeft een berg administratieve romps-

slomp. Maar de verzekeringsmaatschappij weet nu wat een gespecificeerde standaardbehandeling mag kosten. Dat wil nog niet zeggen dat zij de kwaliteit van de uitvoering kan beoordelen. Hoe meet je die? Voor een deel op grond van geslaagde operaties, bijvoorbeeld op basis van al of niet gerezen complicaties. Maar de arts vermijdt dan patiënten met een hoge kans op complicaties. De meting moet dan aangepast worden om daarvoor te corrigeren, op basis van leeftijd en ziektegeschiedenis misschien. Kan de meting zo verfijnd worden dat alle perverse effecten uitgesloten worden? Artsen worden lastig gevallen met steeds meer criteria en regels die hun beroep in een keurslijf zetten. Artsen worden gemotiveerd door waardering, status, geld, gebruik en vermeerdering van kennis, spelen met nieuwe technologie, en arbeidsvreugde van het ambacht. Neemt de ruimte daarvoor toe of af? Neemt het af dan zullen de besten liever elders werken. Verzekeraars worden geacht het belang van patiënten te behartigen. Mogen zij dan deelnemen in financiering en bestuur van ziekenhuizen, of raakt het belang van patiënten dan onderschikt aan dat van het ziekenhuis? De minister van VWS wil dat verzekeringsmaatschappijen en zorgverleners samengaan om samen meer te doen aan preventie, maar het is beter dat verzekeringsmaatschappijen onafhankelijk blijven en de zorgverleners belonen die meer aan preventie doen. Markten maken ruimte voor creativiteit. Waartoe? Wat let ziekenhuizen om, mede onder druk van aandeelhouders en kapitaalmarkten, winst te investeren in andere zaken dan de zorg? Binnen de zorg ligt het voor de hand dat men producten zal toespitsen op marktsegmenten waar mensen minder op de prijs letten. Dat geeft meer winst en minder concurrentie dan de standaardproducten van de reguliere zorg. Daar ligt een enorm potentieel om te appelleren aan gevoelens van angst en onzekerheid over leven en dood, uiterlijk en welbevinden. Zie alle onzinproducten van de cosmetische industrie en voedingssupplementen. Nu kan men zeggen dat als mensen bedonderd worden, dat hun zaak is, maar wat als investeringen daarin ten koste gaan van de reguliere zorg? Gaan niet de betere artsen, locaties, verpleging en technologie naar de meer lucratieve luxe- en onzinproducten? Hebben de verzekeringsmaatschappijen dat goed in de gaten, en nemen zij acties ter bescherming van de reguliere zorg? Of komen ze in de verleiding het spel mee te spelen? Met extra's voor onzinproducten in het vrijwillige deel van het verzekeringspakket? Gaat de zorgautoriteit alle ongewenste effecten voorkomen? Kan zij dat?