

# Ziekenhuizen: een closed shop?

DRS. F. J. HOGEWIND — DRS. S. A. DE JAGER\*

## Inleiding

De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevrouw Gardeniers, heeft met haar aangekondigde voornemens om ruim 8.000 bedden af te stoten heel wat losgemaakt 1). De maatregel wordt verguisd, geprezen, aangevallen, gesteund en in vele dag- en weekbladen worden artikelen pro en contra geschreven. Het gaat om het sluiten van 25 ziekenhuizen en het sluiten van één of meer afdelingen in 77 ziekenhuizen. Als reden van de sluitingsvoorstellen noemt de minister in feite alleen de bezuinigingsnoodzaak. Structureel wil de minister hierdoor f. 800 mln. bezuinigen. Elk bed kost namelijk gemiddeld f. 110.000 aan exploitatiekosten. 8.000 af te stoten bedden leveren volgens haar dan evenzo veel maal bovengenoemd bedrag op.

## De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt niet door onderlinge concurrentie van vragers en aanbieders de prijs bepaald. Het is een markt waar het prijs- en marktmechanisme niet werkt. Op het eerste gezicht lijkt de bezuinigingsmaatregel van de minister dan ook logisch. Er is namelijk zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde een aantal mechanismen werkzaam die de kosten van de gezondheidszorg eerder verhogen, dan verminderen. Aan de aanbodzijde krijgen bij voorbeeld de — meestal vrijgevestigde — specialisten de door hen gedane of opgedragen verrichtingen automatisch vergoed. Er gaat geen enkele prikkel van het systeem uit waardoor het aantal medische handelingen wordt beperkt.

Maar er zijn nog enkele factoren die de kosten opdrijven. Apparatuur en technieken verouderen steeds sneller en de toepassing van de nieuwste technieken wordt door de patiëntengroepen verlangd. Uiteraard speelt ook de vergrijzing van de bevolking een rol. Ouderen maken immers meer van gezondheidszorgvoorzieningen gebruik dan jongeren. De sterke groei van de gezondheidszorg die hiervan het gevolg is geweest, doet zich vooral voor in de verpleeghuissector (vergrijzing) en de behandel sfeer (verrichtingen). Het aantal ziekenhuisbedden en verpleegdagen (of de hotelfunctie van de ziekenhuizen) is echter gedaald 2).

Enkele gegevens: in de afgelopen 10 jaar daalde het aantal ziekenhuisbedden van zo'n 74.000 in 1972 tot ca. 70.000 nu. Het aantal opgenomen patiënten per jaar steeg van 100 per 1.000 inwoners naar 112. De verpleegduur daalde van ruim 18 naar 13 dagen. Het aantal verrichtingen steeg daarentegen spectaculair: het aantal operaties met 170%, het aantal röntgenfoto's met 90% en het laboratoriumonderzoek met ruim 300%. Het aandeel van de kosten van de verlening van medische zorg steeg geleidelijk tot een ongekende hoogte, en bedraagt thans ca. 10% van het bruto nationale produkt. Over de gewenste omvang van de kosten valt te twisten, maar duidelijk is wel dat aan de constante stijging een halt moet worden toegeroepen.

## Het reguleringsmechanisme

De betekenis en beheersmogelijkheden van de overheid

in de gezondheidssector zijn uiterst beperkt. Slechts ca. 4% van de kosten in de gezondheidszorg wordt rechtstreeks door de overheid gefinancierd. Het overige loopt via het sociale-verzekeringstelsel. Lange tijd heeft de overheid de gezondheidszorg aan het particuliere initiatief overgelaten. Regeling bestond slechts uit capaciteitsbeheersing via de bouw, controle achteraf (prijzen) en een (geringe) beperking van de instroom aan beroepsbeoefenaren (numerus fixus).

De laatste jaren is daar verandering in gekomen. Zo bestaat een vorm van macrobudgettering, het zogenaamde Financieel Overzicht Gezondheidszorg 3), dat grenzen stelt aan de vooraf in te zetten middelen. De zogenaamde autonome groei — de toename van verrichtingen — wordt echter niet beperkt. Daarnaast zijn er nog wat mogelijkheden op het gebied van prijsregeling, vestigingsbeleid en de premies (AWBZ, Ziekenfondswet, Wet tarieven gezondheidszorg e.a.). Van deze mogelijkheden om de stijging van de produktie in de gezondheidszorg te beperken, werd tot nu toe niet of nauwelijks gebruik gemaakt. Het laatste jaar zijn hier wel pogingen toe gedaan. Zo wordt geprobeerd het assortiment aan geneesmiddelen die aan ziekenfondspatiënten worden verstrekt aan banden te leggen, en poogt het ministerie de wildgroei in aantallen specialisten en specialismen te beteugelen door deze te koppelen aan de erkenning van ziekenhuizen. Deze erkenningen worden afgegeven in het kader van de AWBZ of de Ziekenfondswet. De inspectie is nauw bij deze erkenningen betrokken i.v.m. de kwaliteitscontrole. Ook de Ziekenfondsraad houdt toezicht op de naleving van de criteria op grond waarvan erkenningen worden getoetst en afgegeven. Een planningsinstrument vormen deze erkenningen niet, eerder een beheersinstrument. Verder onderzoekt momenteel de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in opdracht van de minister of het mogelijk is om vrijgevestigde specialisten, die niet of slechts gedeeltelijk aan gezondheidszorginstellingen verbonden zijn, onder werking van artikel 47 van de Ziekenfondswet te brengen. Dit zou betekenen dat ziekenfondsen, net als nu reeds het geval is bij fysiotherapeuten, niet meer verplicht worden gesteld om een overeenkomst met deze specialisten te sluiten indien het aantal in de regio aanwezige specialisten een bepaalde norm overschrijdt. Op deze manier hoopt men invloed op het aantal verrichtingen uit te oefenen. Zo ver is het echter nog niet. De thans gepresenteerde beddenreductiemaatregel, die zijn juridische basis in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen vindt, maakt alleen beperking van het aantal *voorzieningen*

\*De schrijvers zijn werkzaam bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI), een zelfstandig onderzoeksinstituut op het gebied van de intramurale gezondheidszorg.

1) Brief van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, nr. 105187.

2) Zie ook dr. D. van der Meer, *Zorg om gezondheidszorg*, NZI-informatiereeks, De Tijdstroom, Het Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1982.

3) Het *Financieel overzicht gezondheidszorg* bij de rijksbegroting voor het jaar 1980 van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, zitting 1981-1982, 17 100.

mogelijk. Het aantal *verrichtingen* (de productie) wordt slechts indirect beperkt.

### Wordt het beoogde doel bereikt?

Levert de beddenreductiemaatregel werkelijk de f. 800 mln. op waar de minister van uitgaat? Uitgangspunt bij haar berekening is dat een bed per jaar f. 110.000 kost. Dit uitgangspunt is echter onjuist. Slechts een bezet bed (bezet door patiënten met een „landelijk gemiddelde ziektepatroon”) kost aan behandel- en hotelkosten f. 110.000 per jaar. Leegstaande bedden kosten daarentegen slechts rente en afschrijving en leveren dus minder dan de beoogde besparing op. Het is echter de bedoeling van de minister om deze overcapaciteit af te stoten, te zamen met de bedden die overbodig worden bezet. Overbodig, omdat deze patiënten elders goedkoper kunnen worden geholpen. Maar ook in dat geval wordt er minder dan f. 110.000 per bed bespaard. De kosten in de ziekenhuizen per overblijvend bed zullen immers een stuk hoger worden. Dit geldt zowel in het geval er hele ziekenhuizen worden gesloten, als wanneer er alleen maar afdelingen dichtgaan. Patiënten uit de ziekenhuizen die dichtgaan zullen immers in de naburige ziekenhuizen worden opgenomen, en bedden bezetten van de „lichtere” patiënt. Bij de 77 ziekenhuizen waar één of meer afdelingen dicht moeten, speelt bovendien mee dat de overheadkosten blijven bestaan. De integrale bezuiniging per bed zal daardoor nog verder dalen.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de minister door juist de oudste ziekenhuizen te sluiten ook al niet de beoogde bezuiniging binnenkrijgt. Door het financieringssysteem van de investeringen hebben deze ziekenhuizen nl. veel lagere exploitatiekosten dan gemiddeld in Nederland.

### Zijn er betere alternatieven?

Omdat het juist de behandel functie is die het grootste deel van de kosten en kostenstijging veroorzaakt, wordt door *beddenreductie* dus niet veel opgelost. De apparatuur wordt alleen maar verhuisd, de polikliniekfuncties uitgebreid en de hotelfunctie verplaatst. Echt bezuinigen kan alleen als het functiepakket van ziekenhuizen wordt aangepast en het aantal specialisten en hun verrichtingen worden beheerst. Een goed middel daartoe zou het toepassen van de protocolaire geneeskunde kunnen zijn. Dit is het per diagnose beperken van het aantal verrichtingen. Om te voorkomen dat altijd het maximum per diagnose wordt uitgevoerd, zou aan deze werkwijze het financieringssysteem moeten worden aangepast. Het financieringssysteem zal meer kostengericht moeten werken. Een mogelijkheid hiertoe is bij voorbeeld het verstrekken van budgetten (een systeem dat men in het buitenland reeds langs in de gezondheidszorg kent) 4).

### Werkgelegenheid en premiedruk

Als de ministeriële maatregel ongewijzigd doorgaat, heeft dit als consequentie dat zo'n 16.000 arbeidsplaatsen verloren gaan. Weliswaar stelt de minister dat in andere

gezondheidszorgsectoren de werkgelegenheid kan worden uitgebreid, maar erg concreet is de minister daarin niet. Bovendien betreft het hier niet nieuw beleid, omdat dezelfde voornemens ook al in de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne waren opgenomen. Het is bovendien de vraag of bezuinigingen ten gevolge van afvloeiingsregelingen, contractbeëindigingen, saneringskosten en schuldsanering de bezuinigingsoperatie zeker op korte termijn wel zijn te realiseren. Immers, nadat afvloeiingsregelingen zijn beëindigd, wordt slechts een gering deel aan personeelskosten bespaard, omdat 30% van het personeel op het minimumloon zit. Specialisten zullen niet mis te verstane afkoopregelingen eisen en naar verwachting ook krijgen als zij niet elders kunnen worden geplaatst. Verder schiet ook de overheid er zelf bij in. In de intramurale gezondheidszorg worden investeringen voor het overgrote deel gefinancierd met op de kapitaalmarkt geleend geld. Rente en aflossing van nog niet afgeschreven gebouwen zullen ten laste komen van de overheid als deze gebouwen en inventarissen niet door andere sectoren kunnen worden overgenomen, hetgeen gezien de specifieke toepassingsmogelijkheden van de gebouwen niet onwaarschijnlijk is. Hetzelfde geldt voor de apparatuur. De minister veronderstelt wel dat deze door andere ziekenhuizen kunnen worden overgenomen, maar dit zal nauwelijks gebeuren omdat deze apparatuur zeer snel verouderd en de installatiekosten hoog zijn. Behalve deze kosten krijgt de overheid ook minder inkomen. Zowel de BTW als de energieopbrengsten vallen weg. Tot slot moet als direct effect van de maatregel de contractbreuk van ziekenhuizen met leveranciers worden genoemd. De afkoop daarvan kost geld.

De indirecte gevolgen van sluiting op de economische bedrijvigheid zijn eveneens niet te verwaarlozen. De multiplier van de ziekenhuisbestedingen zal hoog zijn, omdat de gezondheidszorg een lage importquote heeft, veel werk uitbesteedt en nogal wat zaken doet met banken, verzekeringsinstellingen en nutsbedrijven. Deze effecten doen zich veel minder voor bij de beperking van de behandel functie omdat bij deze functie gebruik wordt gemaakt van zeer kostbare kapitaalgoederen die vrijwel allemaal moeten worden geïmporteerd. De premiedruk zal voor zover deze verband houdt met de ziektekosten door deze maatregel van de minister wel dalen. Daar staat een stijging van de premies die samenhangen met werkloosheid, omscholing enz. tegenover. Berekeningen tonen aan dat pas na vier jaar het netto effect van de voorgestelde maatregel de extra kosten van sluiting zal overtreffen. Al met al noch ten aanzien van de realisatiekans, noch ten aanzien van de effecten een hoopvol beeld.

F. J. Hogewind  
S. A. de Jager

4) G. Schrijvers, *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1980; Sociaal en Cultureel Planbureau, *Planning in Zweden*, nr. 21, Rijswijk, 1981.