

Ziekenhuiszorg en Marktwerking

Mia Sol

Februari 2009

Inleiding

De zorg moet goed, veilig, toegankelijk en samenhangend zijn; de zorg moet ook betaalbaar zijn. Vanaf 1 januari 2006 zijn de Zorgverzekeringswet en de Wet Toelating Zorginstellingen van kracht, en vanaf oktober 2006 de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Het doel van de WMG is meer concurrentie te krijgen in de zorg. Het belang van de consument staat voorop.

Het gaat hier om vernieuwingen van het zorgstelsel die erop gericht zijn de kwaliteit van zorg te verhogen met relatief minder kosten. Vanaf de jaren 50 vorige eeuw zijn de zorguitgaven vertienvoudigd (inflatie niet meegerekend). De noodzaak tot meer doelmatig gebruik van middelen werd vastgesteld aan het begin van dit millennium. Naast de te voorziene toename in zorgbehoeften is een belangrijke reden gelegen in het gegeven dat salarisstijging plaatsvindt in banen die niet of weinig toenemen in arbeidsproductiviteit - als reactie op de productiviteitsstijging in andere banen (in de maakindustrie). Dit staat in de literatuur bekend als het Baumol-effect (Baulmol's disease). Eén procent economische groei in arbeidsproductiviteit betekent ongeveer 0,5 procent toename in besteding aan gezondheid. De kredietcrisis geeft een trendbreuk in het percentage BBP dat besteed wordt aan de zorg. Een relatief gunstig gevolg van de kredietcrisis is dat meer mensen beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt voor verpleegkundige en verzorgende beroepen. Hier wordt ingegaan op ziekenhuiszorg.

Onderzoek

Een verkennend onderzoek werd gedaan naar de veranderingen voor ziekenhuiszorg als gevolg van gewijzigd overheidsbeleid. Enkele tientallen mensen werden geïnterviewd die voornamelijk te maken hebben met tweede lijnszorg: zorgprofessionals, managers, bestuurders, toezichthouders, overheidsvertegenwoordigers, zorgverzekeraar, als ook zieke en niet zieke zorgconsumenten. Daarnaast werden actuele presentaties en forumdiscussies benut waar autoriteit van sprekers voorondersteld mocht worden.

Gezocht werd naar antwoorden op (trend)vragen zoals:

- Wat zijn de effecten van marktwerking in het algemeen ?
- Kan een ziekenhuis toe met één missie en één visie?
- Wat zijn de implicaties van marktwerking voor individuele mensen in de zorg ?



Bevindingen

De bevindingen worden hierna geclusterd weergegeven naar belangengroep *over* wie gesproken werd. Dit zijn niet altijd de vertegenwoordigers *uit* die groep zelf.

De patiënt (zorgconsument)

Patiënten klagen over het gebrek aan informatieoverdracht. Regelmatig wordt ervan uitgegaan dat de patiënt zelf voldoende weet te communiceren over de eigen “overige aandoeningen”. Multidisciplinaire patiëntproblemen vragen om de expliciete eindverantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar.

De patiënt krijgt meer te kiezen en meer voor het zeggen. De geografische afstand tot een ziekenhuis wordt voor de patiënt en voor de bezoeker van een klinische patiënt minder belangrijk a.g.v het feit dat de opnameduur steeds korter wordt. (Medische technieken maken specialistische ingrepen minder belastend). Patiënten zijn ook werknemers, of ze worden begeleid door vrijwilligers en mantelzorgers. De acceptatiebereidheid om aan te sluiten in overvolle wachtkamers neemt af. Ziektebeelden zijn er in soorten en patiënten zijn er in soorten. Dit heeft betrekking op karakteristieken als (mate van) afhankelijkheid, hulpbehoefendheid, voorkennis, haast (beschikbaarheid van tijd), assertiviteit, etc. Gemiddeld lijkt de patiënt in de afgelopen decennia zakelijker te zijn geworden maar de specialist wordt meer zakelijk. De nadruk op tijdefficiëntie doet geen goed aan de kwaliteit van communiceren in de spreekkamer. Specialisten hebben daar evenals patiënten last van. Chronische patiënten hechten aan de specialist en de specialist hecht min of meer aan een deel van zijn jaarlijks terugkerende populatie.

Het keuzegedrag van de patiënt lijkt diffuser te worden: voor de ene kwaal is de relatie met de dokter belangrijk, voor de andere kwaal is de afstand tot de specialist belangrijk en voor weer een andere kwaal gaat men terug naar dié dokter die in de historie iets heeft vastgelegd over een bepaalde kwaal.

“Over 15 jaar zullen patiënten aan de chirurg vragen welk aantal hij zelf gedaan heeft van de door hem voorgestelde operatieve ingreep en met welk percentage complicaties.”

De zorgprofessionals

De relatie van de medisch specialisten met de huisartsen wordt belangrijker. Eveneens wordt de relatie van het ziekenhuis met de huisartsen ‘als primaire leveranciers’ belangrijker. Nieuwe relaties met Zorgondernemers moeten worden ontwikkeld die op deelsegmenten een al dan niet of nog niet gelegitimeerde positie wensen in te nemen. Vriend en collega is plots de concurrent (broodnijd). Bij een gelegitimeerde positie kan gezocht worden naar de win-win situatie. Onderlinge verhoudingen wijzigen: formele en informele machtsverhoudingen schuiven zonder altijd zichtbaar te zijn. Waar altijd al sprake was van een onderhandelingsarena is die er nu nadrukkelijker; de verwachting wordt geuit dat dit fenomeen gaat toenemen.

Zorgprofessionals gaan voor kwaliteit: de medisch specialisten voorop. Productiviteitsparameters worden vertaald in kwaliteitsparameters. Elke individuele patiënt verdient de juiste behandeling en elke fout die hersteld moet worden maakt de behandeling direct een veelvoud duurder (economisch motief). Binnen disciplines waar kwaliteitsparameters als middel en maatstaf gehanteerd worden, komt de lat steeds hoger te liggen hetgeen superspecialisatie en maatschapsfusie in de hand werkt. Medisch specialisten hebben doorgaans hun ‘piek’ tussen 35 en 40-45 jaar. Vanaf dat moment ervaren medisch specialisten vaak minder uitdaging meer in professionele kennis en innovatieve mogelijkheden. Ofwel op het werk ofwel privé worden compenserende activiteiten in het leven gezocht. Verwacht mag worden dat onder deze groep meer specialisten het ondernemerschap gaan verkennen. Aan de jonge generatie medisch specialisten worden opleidingsmodules aangeboden over ondernemen. Jongere specialisten werken geen 60 uren per week meer en ze hebben dus tijd om scholing te gaan doen die niet direct patiëntgebonden is.

Op deze plaats wordt ook de reactie van een specialistmanager weergegeven op transparantie en de

aankomende internetgeneratie: “Over 15 jaar zullen patiënten aan de chirurg vragen welk aantal hij zelf gedaan heeft van de door hem voorgestelde operatieve ingreep en met welk percentage complicaties.” De specialist ziet de geïnformeerde patiënt niet als een bedreiging, eerder het tegendeel omdat men dan een ‘gesprek op niveau’ heeft. Tegelijkertijd wordt in de spreekkamer van de dokter dagelijks ervaren dat niet alles meetbaar, planbaar en van economische waarde is.

Sturingsvraagstukken

De optimale adherentie van het ene specialisme is niet gelijk aan die van het andere specialisme. Dit was altijd al zo; evenwel als gevolg van marktwerking gaan belangen meer zichtbaar divergeren. Het kan leiden tot nieuwe stadsmaatschappen en regiomaatschappen; het kan ook leiden tot nieuwe zorgstraten in nieuwe zorg BV’s binnen of buiten het ziekenhuis. Motieven van maatschappen om te fuseren zijn van uiteenlopende aard: kwaliteit, financieel-economisch, of omdat de ziekenhuizen fuseren en integreren. Specialisten moeten toenemend grote aantallen halen om te voldoen aan kwaliteitseisen. Omgekeerd: subspecialisatie is slechts mogelijk bij aantoonbare grote aantallen. Maatschapsfusies hebben consequenties voor het staflidmaatschap, het stemrecht in de stafvergadering, en de toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis. Diverse specialisten binnen een maatschap hebben andere contracten met elkaar (chef de clinique, specialist in dienst van een maatschap (SPIDMA)). Standaard contractvormen worden herzien en de toelatingsovereenkomst tegen het licht gehouden. Verschillen tussen (ziekenhuis)loondienst specialisten en maatschap-specialisten nemen toe. Specialisten laten zich voor dagdelen inhuren door huisartsenlaboratoria, eerste lijn gezondheidscentra of ze bieden zich aan om op eigen verantwoording bij zorg centra’s poli te doen. Qua volume is de hoeveelheid zorg die via Zelfstandige Behandel Centra geleverd wordt nog steeds bescheiden te noemen. Echter, financieel-economische belangen wisselen - binnen en tussen medische maatschappen onderling, en tussen maatschappen en Raad van Bestuur. De sturingslogica van het ziekenhuis verandert.

De zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars gaan contracten aan om grotere aantallen goedkoper gedaan te krijgen. Het lijkt een kwestie van tijd dat verzekeraars over databestanden en analyse-power met benchmarks beschikken om per praktiserend maatschap en per specialist het gedrag te monitoren: inter-dokter-variabelen (kwaliteit en productie) zijn al voor een belangrijk deel zichtbaar bij de verzekeraar. De zorgverzekeraar wil partner zijn en zoekt naar transparantie parameters ‘achter de voordeur’. Inspectiecijfers van complicaties op 0,1 % verschil met de concurrent kan aanleiding vormen tot een andere of nieuwe contractrelatie. De verzekeraar heeft veel vertrouwen in de eerste lijn. Het eerste consult bij de specialist kan vaak overgeslagen kan worden. De huisarts kan en moet beter leren inzetten op het vaste stramien aan onderzoek bij een bepaalde (waarschijnlijkheids) diagnose en daarna een eenmalig consult specialist regisseren.

*Essentieel blijft de vraag:
“Doet de specialist datgene
wat goed voor mij is ?”*

Kosten van zorg

Veel diagnostiek wordt in de tweede lijn onnodig herhaald - uit gemak (tijdefficiëntie), omdat de uitslag er niet is, omdat de huisarts het vooronderzoek elders heeft laten doen, etc. Dit is een nieuw fenomeen waar de gezondheidszorg duurder van wordt.

Waar duaal management bestaat lijkt minder ondernemend gedrag te bestaan in vergelijking met het ziekenhuis waar verder gedecentraliseerd wordt naar resultaatverantwoordelijke eenheden (budgetverantwoordelijke divisies). Letten op verspilling is een duidelijk genoemd item door de zorgmanager.

Medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders en verzekeraars willen inspelen op trends en ontwikkelingen; ze hebben een broertje dood aan oude en nieuwe bureaucratie.

Na een stijging, laat de prijsontwikkeling in het B-segment een daling zien. Marktwerking brengt nieuwe kosten met zich mee. Te denken valt aan verplaatste transactiekosten en juridisering van contracten. Gemiddeld nemen de inkomens van specialisten bovengemiddeld toe.

Middelen die voor de zorg bestemd zijn, worden voor een bepaald percentage nu besteed aan reclamecampagnes en marketing & communicatie. Een specialist reageerde: "Helaas moet er zorg aan besteed worden omdat de patiënten ernaar kijken". Een lid van een Raad van Bestuur signaleerde niet alleen de opkomst van ziekenhuiswebsites maar vooral de veranderingen in de inrichting van websites. Niet meer uitsluitend specialist (aanbod-) gerelateerd "de weg vinden" op de ziekenhuiswebsite maar aandoening- en klacht gerelateerde rubricering. De functie-inhoud van de aangetrokken ziekenhuismarketingmanagers lijkt sterk te variëren. De verzekeraar spreekt van een charmeoffensief van veel ziekenhuizen. De tweede lijn wil zelfs preventie contracteren.

Het begrip "disease mongering" (ziektehandel) werd in dit verband genoemd. Met name de farmaceutische industrie heeft de neiging indicaties gradueel te beïnvloeden. Het zijn de specialisten die daar weerstand aan moeten bieden en elkaar bij de les moeten houden. Voorbeelden zijn ADHD, stemmingsstoornissen maar ook een verschijnsel als mannenkaalheid. Diabeteszorg en hypercholesterolemie kunnen daarbij gaan komen.

Bespreking

Ofschoon op basis van een verkennend onderzoek geen sterke generaliserende uitspraken gedaan kunnen worden, leidt deze bescheiden exploratie tot de volgende constatering.

Marktwerking heeft effect. Vanaf begin 2006 zijn de implicaties duidelijk aan het toenemen voor de tweedelijnszorgaanbieders en voor verzekeraars. De patiënt als zorgconsument verandert qua houding en gedrag langzaam; meer zakelijkheid in de spreekkamer (als trend) gaat verder terug dan de afgelopen twee jaar. De arts-patiënt relatie heeft therapeutische waarde (compliance) en economische waarde. Essentieel blijft de vraag: "Doet de specialist datgene wat goed voor mij is?"

Rekening houdend met de doorlooptijd van het ontwikkelen van een missie en visie t.b.v. het (3-jaar geldige) meerjarenbeleidspan is ongeveer de helft van de ziekenhuizen hiermee op enigerlei wijze bezig. De vraag of het ziekenhuis nog toe kan met één missie en één visie wordt zowel met "ja" als apert met "neen" beantwoord.

Eenieder onderschreef de (vooronder)stelling dat individuele zorgprofessionals binnen één relatie zowel partner als concurrent worden. Maatschappen kunnen te maken krijgen met twee raden van bestuur terwijl het uurtarief per ziekenhuis wordt uit onderhandeld.

De vraag of het ziekenhuis nog toe kan met één missie en één visie wordt zowel met "ja" als apert met "neen" beantwoord.

Kwaliteitsredenen om te komen tot schaalvergroting (met name de snijdende specialismen) harmoniëren niet met competitieve marktverhoudingen. Belangen van diverse rolpartners op één ziekenhuisterrein lopen uiteen. Zowel medisch specialisten als Raden van Bestuur hechten aan reputatiesystemen. "Corporate identity" is het nieuwe gemeenschappelijk belang. De vraag is wat daartoe gaat behoren. Marktwerking heeft gevolgen voor de efficiëntie, effectiviteit en legitimiteit van de bestaande sturings- en controlemechanismen binnen ziekenhuiszorgorganisaties. Hierop

zullen antwoorden gevonden moeten worden.

Eenzijds is extrapolatie denkbaar naar het hybride ziekenhuis. De tweedelijnszorg kent een 4 tot 6-tal deelmarkten die een eigen dynamiek hebben hetgeen op den duur tot meer tweedelijns modularisatie kan leiden. De sturingsfilosofie op één ziekenhuisterrein kan er een zijn van meer ruimte voor autonomie en vormen van zelfregulering. Anderzijds is denkbaar een weg naar “het gemengd ziekenhuisbedrijf”. Verlies- en winstgevendende zorg vallen onder dezelfde eindregie opdat wisselde suboptimalisaties lokaal geoptimaliseerd kunnen blijven worden.

De maatschappelijke doelen van de overheid vragen discussie en herinterpretatie. Waakzaamheid is geboden wat betreft de begrenzing aan marktwerking en de gewenste solidariteit. Dé markt van tweedelijnszorg bestaat niet en marktordening in tweedelijnszorg vergt meer maatwerk.

Samenvatting

- Marktwerking in de zorg is geïntroduceerd om kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen.
- Marktwerking betekent verschuivingen inzake machtsconcentratie en deconcentratie in de tweedelijnszorg organisaties: optimalisatie vraagstukken op het ziekenhuisterrein worden complexer.
- Marktwerking heeft gevolgen voor de efficiëntie, effectiviteit en legitimiteit van de bestaande sturings- en controlemechanismen binnen ziekenhuiszorgorganisaties
- Het ziekenhuis van de toekomst kan een klassiek gemengd bedrijf zijn, het ziekenhuis van de toekomst kan ook zoeken naar optimale modularisatie met versterkte “corporate identity”. In beide gevallen is aandacht nodig voor sturingsvraagstukken.
- Of de individuele klinische patiënt sinds de introductie van marktwerking al betere, meer veilige en samenhangende (onderling afgestemde) zorg ontvangt is vooralsnog de vraag.

Literatuur:

Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing aan het zorgstelsel.
tweede Kamer, 2000-2001, 27855 nrs. 1-2

http://www.minvws.nl/notas/meva/vraag_aan_bod.asp

Symposium “Koning Klant in Ziekenhuisland”, 23 februari 2009
Cliëntenraad van het Meander Medisch Centrum in Amersfoort
Bensing, J. Communicatie in de zorg: luxe of noodzaak
Thomassen, J.P. Het patiëntgerichte Ziekenhuis, luxe of noodzaak?

Crommentuyn, R.

Samen sterker.

Schaalvergroting is een trend onder medisch specialisten.

63 nr. 39 | 26 september 2008 | Medisch Contact | 1585

<http://medischcontact.artsennet.nl/print.php?mod=DOS&conid=1177142908>

Damme, E van

Marktwerking vereist maatwerk, CentER, 2001

<http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=28117>

Marc Pomp, Sunčlca Vuljć

Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect (No 115), Dec. 2008

<http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/discussie/115/disc115.pdf>

Strikwerda, Hans

Na het Shared Service Center. De modulaire Organisatie, 2006