

LAB CONNECT.

maart 2019

Marktwerking in de zorg



SOLtalk

MEDISCHE WETENSCHAP

In 2006 werd de Wet Marktordening Gezondheidszorg van kracht.

In de aanhef van de wettekst staat:

het is wenselijk regels te stellen inzake de ontwikkeling en ordening van markten op het gebied van de gezondheidszorg mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg. Ook zijn regels wenselijk in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en te bevorderen.

In zorg en markt zitten veel conflicterende waarden:

ZORG	MARKT
input-oriëntatie	output-oriëntatie
gericht op behoefte	gericht op groei
gericht op samenwerken	gericht op resultaat
persoonsgericht	taakgericht
levens beschouwend	bedrijfsmatig
liefde en aandacht	productie en winst

In de praktijk gaat het over marktwerking onder publieke voorwaarden, ofwel gereguleerde concurrentie: voor verzekeraars geldt acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Minister de Jonge benoemt inmiddels punten waarop marktwerking in de zorg zijn doel voorbijgeschoten is, zoals de veelheid aan kleine aanbieders die in een wijk soms deur naast deur thuiszorg komen leveren, en het Europees moeten aanbesteden door gemeenten.

Waar in de zorg is marktwerking goed en waar moeten we dat niet willen?

Vrij kortgeleden was in het nieuws dat

twee ziekenhuizen onderling geen gegevens met elkaar *kunnen* uitwisselen zelfs niet als ze dezelfde softwareleverancier hebben.

Eind 2018 schreef het VNVO-NCW het Manifest "Samen vooruit: een ambitie voor gegevensuitwisseling in de zorg".

Het Manifest is ondertekend door onder meer de NVZ, Actiz en enkele aanbieders uit de verschillende zorgsectoren.

Dit Manifest gaat over een definieerbare grens binnen de zorg-ICT: wat leent zich voor marktwerking en wat niet? Om digitale informatie en communicatie te versnellen is enige mate van standaardisatie nodig. Dat is iets waar de huidige grote softwareleveranciers weinig belang bij hebben. Aan de kant van de zorgaanbieders ontbreekt het eigenlijk aan voldoende inzicht om interoperabiliteit voor een reële prijs af te dwingen. Nieuwe toetreders in de markt voor zorg-ICT hebben geen kans. De benodigde standaardisatie is niet afdwingbaar.

Het Manifest noemt als hoofdprincipes:

1. *Open standaarden binnen een open systeem zijn de norm voor de infrastructuren in de zorg. Wij committeren ons aan die standaarden en vragen de overheid een gelijk speelveld te creëren.*
2. *Patiënten hebben zeggenschap over hun eigen gegevens binnen open infra-structuren waar wordt geconcurrereerd op toepassingen en/of diensten op basis van data, niet op de toegankelijkheid van die data of de data zelf.*
3. *Bij veilige identificatie moeten eenvoud van toegang, gebruiksvriendelijkheid, hoge beveiliging en aansluiten bij best practices voorop staan.*

'Open standaarden' doen artsen wellicht griezelen want begrippen als 'open' en 'privacy' gaan op het eerste gezicht niet samen. Het begrip open software, open software standaard, heeft niets van doen met medische gegevens. Wat hieraan wel verwant is - maar volkomen los van staat - is aan medische zijde de standaardtaal en de basale medische set aan gegevens die elk dossier moet bevatten. Deze afspraken moeten artsen onderling maken. Hiervoor spant NICTIZ zich in en hiervoor is ook SNOMED aan te bevelen.

Wat betreft het 2de punt van het Manifest moeten de juiste voorwaarden gelden voor "infrastructuren die interoperabiliteit centraal stellen". Deze open infrastructuren omvatten de verzekerde zorg als ook de consumentenmarkt met wearables en gezondheidsapps. In de toelichting zegt het Manifest dat de portabiliteit van medische gegevens voor zorgverleners en patiënten nu minimaal is. Overstappen met eigen gegevens tussen applicaties, instellingen en andere zorgpartijen in de praktijk moet mogelijk en gemakkelijk gemaakt worden. Opzetten van landelijke open infra-structuren is een gezamenlijk marktbelang, niet een gelegenheid om te concurreren.

Gebruik van (big)data is ook iets voor de markt aldus het Manifest - uiteraard met in achtneming van privacy waarborging en in lijn met de AVG. Focus zou hier moeten liggen op onderzoek en ontwikkeling van diensten.

Hierbij passen twee kanttekeningen: Ten eerste ontbreekt focus op het medisch wetenschappelijk onderzoek, de actualisering van medische protocollen. Niet alleen zijn het de artsen die het oprekken van behandelgrenzen (disease mongering) tegengaan, ze moeten ook in staat blijven in de spreekkamer weerwoord te geven aan patiënten die met hun diagnose (in plaats van met klachten) binnenkomen en een zinloze medische vervolgstap eisen. Het tweede punt van belang is dat BIG-data niet zonder voldoende medische kennis, ervaring en inzicht gebruikt kunnen worden om Artificial Intelligence te ontwikkelen. Een algoritme ontwikkeld door een commercieel bedrijf heeft een ander oogmerk dan de intentie van de huisarts van de willekeurige app- en AI-gebruiker. De Raad voor Volksgezondheid en samenleving zegt hierover: "De grootste risico's voor de kwaliteit van zorg zijn de ingebouwde morele aannames in AI-systemen die niet goed zichtbaar en zelfs moeilijk te herleiden zijn. Dat kan tot onverwachte en ongewilde uitkomsten leiden."

Voor het overige is het Manifest duidelijk en kan ik het onderschrijven.

Het VNO-NCW is een van de voorstanders van winstuitkering in de zorg. Daar moeten we wat mij betreft niet naar toe willen. Laat ik proberen toe te lichten waarom niet.

Winstuitkering is bij uitstek iets dat hoort bij commerciële bedrijven, bij spelers in een perfecte markt met gelijk speelveld.

En dat is precies wat de zorg niet is en niet heeft.

Bij winstuitkering wordt productie aangemoedigd terwijl het moet gaan om de juiste zorg. Het aantal ziekten waaraan iemand kan lijden is begrensd evenals de hoeveelheid op 1 dag te gebruiken medicijnen; zo ook is de potentie aan toe te voegen gezonde jaren begrensd evenals het mogelijke aantal jaren levensverlening. Met andere woorden er is een natuurlijk verzadigingspunt aan de vraagkant. (Dit geldt voorlopig niet voor de markt van preventie en we hebben nog zeker 20 jaar wel 'n groeiende bevolking). Dankzij innovaties en apps kunnen steeds delen van het werk van artsen overgedragen worden aan zorgprofessionals die geen eed van Hippocrates hebben afgelegd. Winstuitkering kan verticale substitutie van zorg remmen terwijl de zorg daar misschien wél goedkoper en beter van wordt. (De tijd die voor artsen vrijvalt door innovaties en door verticale substitutie kan besteed worden aan meer tijd voor de patiënt en aan wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling van navolgende innovaties.)

Commerciële bedrijven hebben een winsttoegmerk van > 3%. (In 2015 haalden bedrijven een resultaat van gemiddeld 5,8 % met als uitschieter de Farmaceutische industrie met 17,5%). Het behoeft geen toelichting dat het primaire proces van zorgaanbieders niet jaarlijks met 3 % procent verbeterd kan worden door zoveel doelmatiger en doeltreffender te gaan werken. Een fenomeen dat hiermee verwant is wordt de ziekte van Baumol genoemd.

De toekomst van de zorg is er een van minder vastgoed en meer ICT. Voorzien wordt dat over enkele decennia zo'n 46 % aan ziekenhuiszorg thuis geleverd kan gaan worden. ICT-uitgaven bedroegen

zo'n 5,3 % van de omzet in 2017 (waarvan 40 % software) en dit bedrag zal de komende jaren fors gaan stijgen. De vastgoedwereld en de wereld van ICT-bedrijven is onderhevig aan concurrentie in een open markt. Er is evenwel een belangrijk verschil tussen beide: ICT-investeringen vragen om de paar jaar vernieuwingen (nieuwe software releases en - hardware). Vastgoed daarentegen stijgt in waarde (dwz niet de gebouwen maar wel de grond - vaak op strategische locaties). Met andere woorden vastgoed verkopen en een flinke 'boost' geven aan de eigen zorginfrastructuur is een eenmalig gebeuren. Daarna moet de ICT-infrastructuur weer gewoon betaald worden uit de zorg exploitatie.

Er is veel kwaliteit en tijd te winnen door betere ICT in de zorg: geen faxen meer en geen overtikken van medische gegevens. Uiteraard heb ik begrip voor het feit dat er risicodragend kapitaal nodig is voor innovatie en dat kapitaalverschaffers daarvoor beloond mogen worden. Dat spel is op de wagen en dat is goed voor de Nederlandse patiënt en zorgconsument. Eerdergenoemd manifest biedt een zinvolle start en afbakening tussen wat wel en wat niet onderhevig mag en moet zijn aan concurrentie. Het is mijns inziens niet zonder meer zo dat met risicodragend kapitaal bijgedragen wordt aan de doelstellingen van de zorgverzekeringswet en dat daardoor ons Nederlands zorgstelsel wordt verbeterd zoals VNO-NCW aangeeft.

In ons Nederlands zorgstelsel hebben de zorgprofessionals een belangrijke rol in het behouden van een hoge mate van solidariteit voor toegankelijke en betaalbare zorg van de beste kwaliteit; dat doen zorgprofessionals vanuit hun oorspronkelijke zorg-waardenoriëntatie ook in spreekkamers.

Bronnen:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2019-01-01>

<https://dutchitchannel.nl/618521/manifest-samen-vooruit.pdf>

<https://www.nictiz.nl/standaardisatie/interoperabiliteit/>

http://www.snomed.org/RVS_advies_Waarde%2528n%2529volle_zorgtechnologie_online+versie.pdf

https://gupta-strategists.nl/storage/files/Gupta_strategists-Overig-studie-No-place-like-home.pdf