

Stop met ideologische discussie over ziekenhuizen

Het aanstaande kabinet zal stappen moeten zetten in het dossier ziekenhuiszorg. Dat de plannen van minister Klink controversieel zijn verklaard geeft aan dit dossier een politieke lading heeft. Dat is begrijpelijk, omdat het om een essentiële publieke voorziening gaat die belast is met een ideologisch debat over de inmiddels omstreden begrippen marktwerking en concurrentie. Het zou erg helpen als de discussie zou gaan over de kwaliteit en toegankelijkheid van de ziekenhuisvoorziening en over de meest effectieve en efficiënte wijze waarop deze wordt voortgebracht.

Een markt kenmerkt zich onder meer door onderhandelen over de kwaliteit en de prijs van de producten. Voorwaarde is wel dat aan de vraag- en aanbodzijde sprake is van meerdere spelers. In zoverre is er met marktwerking niets mis. Integendeel, het belang van de patiënten vereist dat er onderhandeld wordt met producenten over de kwaliteit en over de prijs. De discussie moet zich dus richten op het functioneren van deze markt. Vroeger werd er onderhandeld over het budget. Een markt heeft dus altijd bestaan, deze kent nu een andere werking. Er zijn twee belangrijke winstpunten van de huidige werking van de markt. De eerste is dat verzekeraars belang hebben gekregen bij zichtbare kwaliteit tegen een nette prijs. De tweede is dat ziekenhuizen hun producten voor verzekeraars en patiënten herkenbaar hebben gedefinieerd in diagnose-behandelcombinaties (DBC) en van deze DBC's de kostprijs kennen. De nieuwe werking van de markt geeft de mogelijkheid om verantwoorde afwegingen van kosten en baten te maken. Het maakt een meer bedrijfsmatig functioneren van een ziekenhuis mogelijk waar effectiviteit en efficiency beter tot hun recht komen. Het meest duidelijke signaal is als een verzekeraar niet de prijs voor een DBC wil betalen die de kostprijs van dat ziekenhuis dekt. Kennelijk is de meerwaarde voor zijn verzekerden lager dan de kosten die het ziekenhuis maakt. In politieke discussies over het basispakket en over innovatieve behandeltechnieken kan men zich nu ook baseren op feiten over kosten en baten.

Dan de concurrentie tussen ziekenhuizen. Concurrentie tussen ziekenhuizen is er altijd geweest. Deze concurrentie richtte zich op het als eerste verkrijgen van dure voorzieningen, op het binnenhalen van bepaalde schaarse functies, op meer adherentie (marktaandeel), op verkrijgen van een vergunning voor nieuwbouw. Deze concurrentie was vooral een strijd om de gunst van de overheid en publiek gestuurde colleges. Objectiviteit en transparantie waren niet de eerste belangen in deze concurrentiestrijd. De moderne concurrentie tussen ziekenhuizen richt zich steeds meer op de kwaliteit van de "output" en het overtuigen van verzekeraars in het belang van hun verzekerden dat een ziekenhuis bepaalde behandelingen (DBC's) kwalitatief goed doet tegen een nette prijs. Het maakt het verzekeraars ook mogelijk prijzen voor dezelfde DBC te vergelijken tussen ziekenhuizen. Recent heeft een van de verzekeraars aangegeven dat men voor bepaalde DBC's slechts ziekenhuizen wil contracteren die kunnen aantonen deze behandeling in voldoende volume en van goede kwaliteit uitvoert. De concurrentie tussen ziekenhuizen wordt daarmee ingezet voor het belang van de patiënt in plaats van voor het dingen naar de gunst van de overheid.

Zijn er dan geen risico's aan marktwerking en concurrentie? Die zijn er zeker en de politieke discussie zou zich moeten richten op het kennen en beheersen van deze risico's. Er is het risico van winstmaximalisatie door ziekenhuizen. Dat zou zich voordoen als een ziekenhuis een normale onderneming zou worden. De wet- en regelgeving, de governancestructuur en de afhankelijkheid van de zorgverzekeraars voor de verkoopprijzen en in bepaalde opzichten het verkoopvolume maken dat er nooit sprake kan zijn van een normale onderneming. Een ander

risico is de beperking van de toegankelijkheid vanwege verlieslatendheid. Er kunnen in de vergunning die is verleend aan een ziekenhuis voorwaarden aan de leveringszekerheid worden gesteld. Een waarborg is dat er altijd samen met de verzekeraar een afweging wordt gemaakt van het zorgaanbod in een regio en winstgevendheid zorgproducten voor een bepaalde aanbieder. Tevens kunnen aan de verzekeraars voorwaarden gesteld worden met betrekking tot de bekostiging en continuïteit van zorgproductie. Dan is er het risico van overaanbod door marktwerking en concurrentie, bijvoorbeeld het stichten van een buitenpolikliniek in het marktgebied van een ander ziekenhuis. Tot op zekere hoogte behoort dit bij het spel. Voor de patiënten is het ook zeker geen nadeel. Nieuwbouwprojecten vragen tegenwoordig de toets van de financier van de business case waardoor hier een effectieve tegenkracht is gecreëerd en de kans van overaanbod van gebouwde voorzieningen zeer klein is geworden.

Het risico dat marktwerking en concurrentie de kwaliteit nadelig beïnvloeden is er alleen indien andere mechanismen niet effectief zijn. In de eerste plaats is het opvallend dat bedrijven die heel winstgevend zijn vaak ook goede kwaliteit producten leveren. Kennelijk is daar geen tegenstelling. Kwaliteit wordt ten onrechte vaak vertaald in “meer handen aan het bed”, terwijl “meer” niets zegt over kwaliteit. In tegendeel, het is bewezen dat efficiënte werkprocessen met “minder” juist positief zijn voor goede kwaliteit. In ziekenhuizen is er het aangrijpingspunt van de professionele verantwoordelijkheid van de medische en verpleegkundige staf. Deze zouden beide een tegenwicht moeten kunnen vormen als winststreven onverhoopt toch ten koste van kwaliteit dreigt te gaan. Dit veronderstelt van de medische en verpleegkundige staf een visie op en een streven naar goede kwaliteit en de drive om dit ook waar te maken en zich hierover te verantwoorden. Daarnaast vormt de geïntensiveerde bewaking van de kwaliteit door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de verzekeraars, de cliëntenraden van ziekenhuizen zelf, de patiëntenvereniging en de media (Elsevier en AD) externe stimulansen tot kwaliteitsverbetering.

Met de context van wet- en regelgeving en de interne en externe tegenkrachten komt het er in feite op neer dat een ziekenhuis geen normale onderneming is en dat ziekenhuizen niet naar winstmaximalisatie (kunnen) streven. De aanwezige tegenkrachten zijn afdoende om ten principale kwaliteit en toegankelijkheid te waarborgen, mits deze goed worden ingevuld. De risico's van marktwerking en concurrentie zijn derhalve zeer goed te beheersen. Er is alle reden om door te gaan op deze weg. Dit leidt namelijk tot transparantie van de prijs-kwaliteitverhouding en tot een gezonde afweging van kosten en baten, zowel op de markt als binnen het ziekenhuis. Een meer bedrijfsmatig werkend ziekenhuis kan betere patiëntenzorg tegen lagere kosten voortbrengen. De vereniging van ziekenhuizen en de orde van medisch specialisten zouden gezamenlijk dit concept verder moeten brengen, opdat de prikkels voor het ziekenhuis en voor de daar werkzame specialisten gelijk gericht zijn. Het volgende kabinet ongeacht de politieke kleur kan verantwoord voortgaan op de ingeslagen weg van uitbreiden van het B-segment en onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen over kwaliteit en prijzen. Met ideologie heeft dit niets van doen, stop daarmee.

Rinus van Riel