

Thematisch verslag van de discussiebijeenkomst Marktwerking in de medisch specialistische zorg en het borgen van publieke belangen

*Gehouden op donderdag 24 oktober 2002 in de Fundatie van
Renswoude te Utrecht*

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg is gevraagd advies uit te brengen over het aanbrengen van meer marktwerking in de medisch specialistische zorg. Dit maakt onderdeel uit van het beleidsproces van modernisering van de curatieve zorg. Specifieke vraag die in deze discussiebijeenkomst aan de orde was is of meer marktwerking in de medisch-specialistische zorg publieke belangen in gevaar brengt, en hoe aan deze eventuele bedreigingen daarbij het hoofd geboden kan worden.

De nadruk moet daarbij niet alleen gelegd worden op de bedreigingen, maar ook op de kansen die (meer) marktwerking biedt. Zo mag er nu geen reële prijs voor buitenlandse topstudenten in rekening worden gebracht. Topklinische algemene ziekenhuizen zijn niet per definitie alleen maar concurrerend voor kleine ziekenhuizen. Zij kunnen regionaal ook essentiële functies vervullen, die het kleine ziekenhuis niet kan bieden. Daarnaast moet er niet van worden uitgegaan, dat fusie altijd automatisch leidt tot een algemeen topziekenhuis.

Academische ziekenhuizen hebben weliswaar een voorsprong op algemene ziekenhuizen door de breedte waarin zij topzorg bieden, maar daarmee hebben zij nog geen exclusiviteit ten aanzien van deze topzorg. Bij de beïnvloedende factoren is ook de UMC-vorming van belang, alsmede de verbinding van academische, algemene en categorale ziekenhuizen met niet-universitaire wetenschappelijke instituten en met internationaal gerenommeerde onderzoeksinstituten.

Behoefte aan nieuwe, meer dynamische definities

De specifieke publieke belangen waarover het in het advies over moet gaan liggen op het terrein van:

- topzorg: topklinische zorg en topreferente zorg;
- opleiding: van basisartsen en specialisten, maar ook in de vorm van bij- en nascholing;
- onderzoek: innovatie, research and development, maar ook de diffusie daarvan;

- investering in kapitaalintensieve voorzieningen: gebouwen en technische apparatuur.

Er is dringend behoefte aan nieuwe, meer dynamische definities van topklinische zorg. Zo lijkt het bijvoorbeeld goed om ‘echt topklinisch’ buiten haakjes te zetten. Het gaat daarbij om topzorg in directe relatie met onderzoek: complexe zorg met sterk wetenschappelijke achtergronden en met verbindingen naar het buitenland. Daarnaast vallen onder topzorg ook patiënten met ‘eenvoudige’ aandoeningen die een zeer ingewikkeld verloop kennen zoals bijvoorbeeld bij diabetes. Deze zullen vaak ook niet goed in een algemene DBC passen.

Er zou meer duidelijkheid moeten komen in de trendontwikkeling in de verhouding van het aandeel dat academische ziekenhuizen en grote algemene ziekenhuizen in de top(referente) zorg hebben. Het aantal professoren dat ook aan algemene ziekenhuizen is verbonden kan een goede graadmeter zijn.

Van belang is ook om wat onder topreferente zorg wordt verstaan bij voortdurende opnieuw goed te omschrijven. Wat topreferent is verschuift in de tijd. PET is nu geen topreferente zorg meer, MRI al lang niet meer, maar bijvoorbeeld het gamma-knife in Tilburg weer wel. In die zin is er een glijdende schaal van meer naar minder topreferent. Er bestaat de neiging om iets topreferent te (blijven) noemen om voor aparte financiering in aanmerking te komen. In het verleden is topreferent wel omschreven als ‘verwijzing van tweede naar derde lijn’. Dat is onder andere gebruikt bij de overgang van Annadal in Maastricht naar academisch ziekenhuis. Dat is misschien in iets andere formulering ook nu nog bruikbaar.

Bij de opleidingsaspecten moet ook de bij- en nascholing worden betrokken. 15% van alle neurologen (= de academische neurologen) verzorgt 80% van alle bij- en nascholing. Maar de opleidingsbijdrage van de algemene ziekenhuizen is groeiende. Zo is de bijdrage van de Academische Ziekenhuizen aan de specialistische opleidingen in de eerste fase zeer beperkt. Deze vindt meestal in de algemene ziekenhuizen plaats. Het gaat daarbij dus om een verschuiving in opleidingsjaren.

Kwetsbaarheid van publieke (top)functies onder marktwerking

Er zijn in ieder geval twee publieke belangen, die om verschillende oplossingen vragen: de toegang tot de reguliere zorg

(beperken wachtlijsten) en het borgen van de beschikbaarheid van topzorg. Ook de diffusie van nieuwe ontwikkelingen naar de reguliere zorg is een groot probleem. Er lijkt wat dat betreft een kurk in het systeem te zitten.

Meer marktwerking is voor het oplossen van de problemen met de toegang tot de reguliere zorg prima, maar dat mag niet ten koste gaan van research en development. Daarvoor moet een subsidie- of opslagsysteem gehandhaafd blijven, want deze is kwetsbaar. De marktwerking heeft in de Verenigde Staten geleid tot de verkoop van veel universitaire ziekenhuizen!

Dat betekent overigens niet, dat in topziekenhuizen voldoende reguliere zorg en topfuncties organisatorisch niet heel goed gecombineerd kunnen worden. Maar het kan wel de keuze van professionals over waar zij willen werken beïnvloeden. In sommige opzichten kan de meer gespecialiseerde knowhow - ook op niet-medisch gebied - van het topziekenhuis ingezet worden om wachtlijsten terug te dringen (Kesteloot). Bij het UMC zijn bij de oprichting in 1989 vijf doelen geformuleerd, te weten: 1. Opleiding; 2. Bij- en nascholing; 3. Onderzoek; 4. Topzorg; 5. Reguliere zorg. Deze doelen zijn vertaald in een nieuwe organisatiestructuur en dit leidt niet tot problemen bij de verdeling van schaarste. Maar in voorkomende situaties kan wel de vraag gesteld worden of aan preventieve en reguliere zorg de voorrang gegeven moet worden boven topzorg.

Nieuwe innovatieve behandelingen zijn per definitie sterk gekoppeld aan research en development. Bij research en development in de eerste fase bestaat er geen marktwerking, maar wel competitie. Later in het proces, bij de diffusie van nieuwe ontwikkelingen, is wel marktwerking aan de orde, eerst in de non-profit-, daarna in de profit-sector. Maar R&D kan ook in een te laat stadium aan gezonde marktwerking onderhevig zijn. Het beste is om research en development in dit kader niet in één adem te noemen. Bij de eerste is nog geen sprake van marktwerking, bij de laatste wel. Diffusie van 'uit'ontwikkelde nieuwe behandelingen is nu goed, waardoor 'echt' topklinisch steeds in korte tijd wordt overgedragen. Indien mogelijk zou het goed zijn in het advies cijfers op te nemen over dit diffusieproces.

Daarbij moet ook het probleem van ongebreidelde ontwikkeling betrokken worden. Marktwerking kan ook tot beschikbaarheidproblemen van nieuwe ontwikkelingen leiden. Lessen uit Amerika leren dat innovatie over het algemeen

slecht gefinancierd wordt. Om innovatie te financieren moet vaak hoge productie gedraaid worden. Het is daarmee concentratiebevorderend. Soms leidt dit tot situaties, waarbij instellingen concurreren met hun eigen professionals. De vraag moet gesteld worden welke incentives er aangebracht kunnen worden om dergelijke ongewenste neveneffecten te voorkomen. Vraag is of meer marktwerking de intrinsieke concurrentie, die nu ook bestaat, zal versterken.

Benadering op vier interventieniveaus

De huidige discussie doet sterk denken aan eerdere discussies over de relatie tussen algemene ziekenhuizen en zogenaamde centrumziekenhuizen. Daarbij was ook steeds sprake van een verschuiving in de tijd, bijvoorbeeld rond laparoscopie. Veranderingen kunnen alleen bereikt worden door alle vier relevante interventieniveaus in beschouwing te nemen en te 'bespelen':

- systeem
- instelling
- professionals
- patiënten

In het systeem moeten de randvoorwaarden geregeld worden, maar interventies moeten ook gericht worden op de andere drie niveaus. De Raden van Bestuur van Instellingen moeten een toetsingskader opstellen. Patiëntenorganisaties moeten zich (kunnen) uiten. Zij moeten over ingrijpende veranderingen bevestigd worden.

De professionals zouden het probleem veel meer moeten benaderen vanuit een medisch-professionele benadering. Als specialisten in algemene ziekenhuizen ingewikkelde ingrepen willen gaan verrichten, dan moet de vraag gesteld worden, waarom ze dat willen gaan doen. Daar zou steeds over nagedacht moeten worden. Voor dergelijke ingrepen is niet alleen professionele kwaliteit en ervaring noodzakelijk, maar ook de beschikbaarheid van bijvoorbeeld ingewikkelde radio- en chemotherapie, en van een uitgebreide zorginfrastructuur, zowel intern als extern. Verder moeten zij per definitie onderdeel uitmaken van liefst internationale effectiviteitsstudies. Om aan de ambities van deze specialisten tegemoet te komen zouden ze kunnen meeopereren in academische ziekenhuizen. Het financieringssysteem moet zo zijn ingericht dat dergelijke verkeerde beslissingen tot het zelfstandig uitvoeren van ingewikkelde ingrepen niet worden gestimuleerd. De ervaring in de VS heeft geleerd, dat deze ingrepen anders veelvuldig in niet

goed geoutilleerde ziekenhuizen worden verricht, soms zelfs zonder de juiste indicatiestelling!

Als algemene ziekenhuizen wel aan genoemde vereisten voldoen, zou het wel kunnen, maar Nederland is daarvoor eigenlijk veel te klein. Misschien zijn acht academische ziekenhuizen voor ons land in dit opzicht al te veel. Maar in bepaalde situaties kunnen ook richting algemene ziekenhuizen concentratieafspraken gemaakt worden, zoals in Brabant is gebeurd (Tilburg). Sommige functies moeten in een regio ergens ondergebracht worden, als ze ontbreken of als deze zich historisch zo hebben ontwikkeld.

Positie topklinische ziekenhuizen

Er is in de huidige situatie geen fundamentele spanning tussen de academische en de algemene topklinische ziekenhuizen, en deze is voor de naaste toekomst ook niet te verwachten. Men kan in de toekomst veel vrij laten, maar dan is wel transparantie noodzakelijk, waarbij vooraf goed moet worden aangegeven, wat men wil weten. Academische en algemene topklinische ziekenhuizen zouden van tevoren moeten aangeven wat zij willen bereiken en welke strategie zij daarbij willen volgen en daar achteraf verantwoording voor afleggen. Er zijn weinig regels nodig, maar zonnodig wel toezicht, waarin ook de verzekeraar een rol kan spelen

De algemene topklinische ziekenhuizen hoeven ook niet extra financieel gestimuleerd te worden, b.v. door een groottoeslag. Wel zal bekeken moeten worden of het nodig is om binnen de DBC-systematiek te verfijnen, bijvoorbeeld door topklinische DBC's te ontwikkelen of door aanvullende programma's te financieren buiten de DBC-systematiek om. Vraag is daarbij of ook in het academische budget nader gedifferentieerd moet worden. Denkbaar is ook dat binnen een algemene marktssystematiek de academische ziekenhuizen een hogere DBC-prijs berekenen, dan algemene ziekenhuizen. Dit alles zou nader uitgewerkt moeten worden. Zo integraal mogelijke DBC's zijn geen goede ontwikkeling, want dan worden allerlei publieke functies in de opslag meegecalculeerd.

Een andere financieringssysteem vraagt wel om een set van betere meetinstrumenten om in kaart te brengen wat er precies betaald wordt en moet worden.

Rol en positie van de verzekeraar

Vraag is wie in een situatie met meer marktwerking als marktmeester optreedt. In de huidige verhoudingen moet de verzekeraar die rol op zich nemen. De verzekerde vraagt daar ook om.

Aan de verzekeraar worden steeds meer rollen toegedacht, als makelaar, regisseur, marktmeester en vertegenwoordiger van verzekerden/patiënten, naast de al vaststaande rol van verzekeraar. Vraag is of al deze rollen wel in combinatie uit te oefenen zijn, en of de verzekeraars voor al deze rollen voldoende zijn toegerust, in dit geval in het bijzonder ten aanzien van de topklinische zorg. De ogenschijnlijk riant positie van de verzekeraar vraagt in dit verband dat zij goed moeten kunnen onderscheiden en dat vraagt van hen meer inzicht in de topklinische zorg.

Relevant is daarbij hoe de verzekeraars er voor kunnen zorgen dat iedereen op het juiste moment de juiste behandeling kan krijgen, vooral wanneer het gaat om topklinische behandelingen en om nieuwe behandelingen, die nog niet of nog niet volledig in de gezondheidszorg zijn gediffundeerd. Nu zijn dergelijke nieuwe behandelingen nog vaak ongelijk verdeeld over het land. De verzekeraar heeft in dat opzicht maar beperkte mogelijkheden. Zij kan alleen de legitimiteit van de verstrekking beoordelen. In hoeverre nieuwe behandelingen standaard moeten worden uitgevoerd in Nederland is een zaak van de wetenschappelijke verenigingen.

Verder kan de vraag gesteld worden, of verzekeraars in de toekomst voor zichzelf een eigen rol zien richting de academische ziekenhuizen. Deze rol zal per definitie beperkt zijn. De verzekeraar kan de voorgenomen zwaartepunten toetsen, alsmede de extra academische functies en de inspanningen op het gebied van research & development. Tenslotte kan de verzekeraar spreekbuis zijn van de wensen van de verzekerden. Dat laatste vraagt om nadere aandacht voor de relatie verzekeraar – patiëntenorganisaties.

Er bestaat nog de nodige onzekerheid of de verzekeraars wel in staat zullen zijn de hun toegedachte rollen goed te vervullen. Tot nu toe is de invloed van verzekeraars op het academisch budget 0,1% geweest, maar verzekeraars moeten in dit opzicht gezien worden als een lerende organisatie en de invoering van de DBC-systematiek biedt nieuwe mogelijkheden.

Ook het onderscheid acute/niet-acute zorg is daarbij van belang. Acute zorg moet gewoon gecontracteerd worden, bij niet-acute zorg zal veel meer marktwerking kunnen plaatsvinden. Wanneer de verzekeraars binnen de DBC-systematiek over 'eigen' geld beschikken om verschillende vormen van niet-acute zorg in te kunnen kopen, zullen zij beter in staat zijn om de hun toegedachte rol te vervullen. Maar in de academische ziekenhuizen is de verhouding acuut/niet-acuut ongeveer 50/50, dus daar zal de invloed per definitie beperkt blijven. Meer publieke functies van academische ziekenhuizen kunnen waarschijnlijk beter op koepelniveau behartigd worden.

Stimuleren van transparantie

Het gaat bij dit vraagstuk ook om een legitimatie- en transparantiekwestie: Heeft een ziekenhuis wettelijk een bepaalde taak en legt zij daar verantwoording voor af?

Wat nodig is, is een zo goed mogelijk geobjectiveerd en transparant overzicht van wat er echt nodig is aan topzorg. De academische ziekenhuizen hebben tot nu toe een dergelijk overzicht niet opgesteld, althans niet openbaar gemaakt. Het transparant maken van ingewikkelde zorgprocessen leidt echter ook tot een parametriseringsproces met kostenconsequenties. Het legitimeert de rol, maar hoeft niet tot een andere bekostigingssystematiek te leiden.

Juist bij het introduceren van meer marktwerking wordt transparantie noodzakelijk, niet alleen bij de ziekenhuizen, maar ook bij de verzekeraars. Met name daar waar de publieke belangen het grootst zijn is deze transparantie extra belangrijk. Voor de academische ziekenhuizen geldt dat op een aantal essentiële onderdelen er voldoende transparantie is via wetenschappelijke publicaties en gegevens over de resultaten van opleiding en bij- en nascholing. Ook allerlei behandelingen worden geregistreerd, met name in de topklinische en topreferente sfeer. Het grote probleem is, dat niet meer duidelijk is welke middelen voor al deze zaken worden ingezet. Er vindt wel een bepaalde toerekening plaats, maar daarbij zijn de werkelijke kosten van de afzonderlijke activiteiten niet meer transparant.

Handhaven van 'Status aparte'

Over de noodzaak om de 'status aparte' van de academische ziekenhuizen te handhaven lopen de meningen uiteen.

Sommigen zijn van oordeel, dat een aparte positie voor de UMC's niet langer hoeft, omdat voor alle te onderscheiden functies geen uitzonderingspositie meer noodzakelijk is. Anderen achten voor bepaalde functies, zoals topreferente zorg en opleiding, handhaving van de 'status aparte' noodzakelijk. De ontwikkeling kan overigens ook paradoxaal uitpakken. Als mensen voor veel gewone zaken niet voor het academisch ziekenhuis kiezen, kan het aantal bedden daar sterk teruglopen.

Medische opleidingen

Er is behoefte aan een opnieuw doordenken van de verantwoordelijkheid voor de medische opleidingen. Nu zijn universiteiten verantwoordelijk voor de basisartsopleiding en de wetenschappelijke verenigingen en de KNMG voor de specialistische opleidingen. Dit zou in de toekomst in elkaar geschoven kunnen worden in een regionaal netwerk, waarbij ook bij de regionale behoefte kan worden aangesloten. Dat is in lijn de vigerende gedachte van het Medisch opleidingscontinuüm, dat nu onder andere door het Capaciteitsorgaan wordt vormgegeven. Maar ook bij zo'n nieuwe aanpak blijft de vraag wie in feite verantwoordelijk is voor de medische opleidingen. De specialistenopleidingen zouden niet exclusief een domein van de academische ziekenhuizen moeten worden. Opleiden is ook voor algemene ziekenhuizen van belang, omdat dit een grote kwaliteitsincentive betekent. Er zijn echter verschillende bestuurlijke modellen denkbaar waarmee dit voorkomen kan worden. Deze maken het ook mogelijk de verzekeraars daarin te laten participeren.

