

Deel II

Marktwerking en ethiek in de kliniek: stemmen uit de praktijk

Dr. F.J. van Zuuren

Inhoudsopgave deel II

	Samenvatting	83
1	Aard van deze studie	85
2	Schaarste als gevolg van ontwikkelingen in het recente verleden	86
2.1	Algemene indruk	86
2.2	Zorg aan banden gelegd	87
2.3	Bureaucratisering: een contraproductieve oplossing	89
3	Ethische aspecten van de huidige financiering	91
4	Beroepsethiek en reacties op het begrip 'marktwerking'	93
5	Privé-klinieken en ziekenhuizen: Hoe kijkt men tegen elkaar aan?	95
5.1	Algemene bevindingen	95
5.2	De situatie in de plastische chirurgie	97
5.3	De situatie in de oogheelkunde	99
5.4	De situatie in de orthopedische chirurgie	102
5.5	Conclusie	104
6	Ethische aspecten bij toenemende marktwerking	105
7	De gewenste rol van zorgverzekeraars, overheid en beroepsgroepen	108
8	Besluit	109

Samenvatting

Aan de hand van interviews is in kaart gebracht hoe medisch-specialisten van verschillende pluimage aankijken tegen marktwerking in relatie tot de medische beroepsethiek. Voor de geïnterviewden staat de toekomst niet los van de huidige situatie van schaarste en bureaucratie, die naar hun idee het gevolg is van de eerdere volumeafspraken. Van weer nieuwe maatregelen verwachten de meesten niet veel. Eén geïnterviewde stelt expliciet dat de sector rust en stabiliteit nodig heeft.

Er zijn grote verschillen in hoe medisch-specialisten hun werksituatie ervaren. Specialisten werkzaam in een privé-kliniek met zelfbetalende patiënten ervaren hun werksituatie als stimulerend, met mogelijkheden voor kwaliteit en innovatie. Voor specialisten in de reguliere zorg, en vooral in de academische ziekenhuizen, is de werksituatie veelal frustrerend. Zij voorzien, bij meer marktwerking, nog meer ‘oneerlijke’ concurrentie dan thans het geval is: privé-klinieken kunnen goedkoop standaard behandelingen voor standaard patiënten aanbieden (‘patiëntselectie’) alleen maar omdat de moeilijk te behandelen, en dus duurdere patiënten ondergefinancierd naar de reguliere ziekenhuizen gaan. Deze moeten ook nog eens de in de privé-kliniek ontstane complicaties oplossen (‘*after sales*’). Voor de moeilijk te behandelen patiënten betekent meer marktwerking dat zij eindelijk doorgeschoven zullen worden. Deze bezwaren kunnen alleen worden weggenomen als de voor de behandeling van deze patiënten benodigde tijd en middelen erkend en gehonoreerd worden.

De huidige plannen, om bij verzekerde zorg niet alleen zorgverzekeraars maar ook zorginstellingen met elkaar te laten concurreren, zetten de medische beroepsethiek op een aantal punten onder druk. Veel specialisten voorzien schade aan de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt doordat financiële in plaats van medische argumenten bij de behandeling de hoofdrol gaan spelen. Het principe van rechtvaardigheid wordt geschonden door ongelijke toegankelijkheid tot medisch noodzakelijke zorg, en er is niet langer sprake van vrije artskeuze. Voor het aanbod, in een privé-kliniek, van door patiënten zelf te betalen verrichtingen speelt ook nu al het probleem dat deze verleid kunnen worden tot onnodige of risicovolle behandelingen of diagnostiek. Dergelijke behandelingen leggen dan ook nog eens beslag op de schaarse professionele capaci-

teit. Goede regelgeving is hier geboden. De geïnterviewden zijn het erover eens dat zorgverzekeraars geen stem mogen hebben in medische beslissingen en zien voor de overheid een regulerende en controlerende taak weggelegd.

1 Aard van deze studie

“In de gezondheidszorg is overal een tekort aan: geld, specialisten, verpleegkundigen. En de vraag neemt alleen maar toe. De oplossing: ik weet het niet” (verzuchting specialist in een academisch ziekenhuis).

Deze studie heeft als doel een impressie te geven van hoe medisch-specialisten en managers uit de reguliere zorg en uit privé-klinieken economisering van zorg ervaren in relatie tot hun beroepsethiek. Economisering is hierbij vooral opgevat als marktwerking.

Hiertoe zijn twaalf interviews gehouden in de periode van december 2003 tot februari 2004. Binnen het bestek van deze studie was het niet mogelijk een representatieve steekproef samen te stellen. Wel is getracht om, via het netwerk van diverse deskundigen, een variëteit aan medisch-specialisten op het spoor te komen. Drie specialismen waarin marktwerking op dit moment een duidelijke rol speelt zijn plastische chirurgie, oogheelkunde en orthopedische chirurgie. Deze specialismen worden in deze studie vertegenwoordigd door zowel een specialist werkzaam in een algemeen of academisch ziekenhuis als een specialist die – tevens – is verbonden aan een privé-kliniek.

Ook is gestreefd naar vertegenwoordiging op management niveau: interviews werden gehouden met de voorzitters van de raad van bestuur van een academisch ziekenhuis en van een regionaal ziekenhuis, en met een lid van de raad van bestuur van een (ander) academisch ziekenhuis. Voorts zijn gesprekken gevoerd met een gynaecoloog, een klinisch psycholoog en een financieel-economisch adviseur van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Alle benaderde personen waren bereid om mee te doen. De gesprekken vonden in bijna alle gevallen plaats op de werkplek van de betrokkene en varieerden in duur van een half uur tot anderhalf uur. De leeftijd van de geïnterviewden varieert van begin dertig tot in de zestig. Vier van hen zijn vrouw.

In de interviews stond de volgende vraag centraal: *Merkt u iets van marktwerking in de gezondheidszorg, en voorziet u mogelijke verschuivingen in beroepsethiek bij meer marktwerking?*

Aanvullende vragen betroffen belangrijke beroepsethische uitgangspunten van de geïnterviewde zelf, positieve aspecten van marktwerking, voorbeelden van onwenselijke situaties (zoals noodzakelijke zorg die niet geleverd wordt; overbodige medische behandelingen; situaties waarin demotivatie ontstaat of waar de eigen integriteit onder druk komt te staan) en de vraag of marktwerking hier debet aan is; en ten slotte de vraag welke aspecten van zorg in ieder geval gewaarborgd moeten worden, en door wie: overheid, verzekeraars, of de beroepsgroep.

Hieronder geef ik op geordende wijze weer wat in de interviews naar voren kwam. Dit gebeurt in beschrijvende vorm, zoveel mogelijk geïllustreerd en aangevuld met citaten uit de interviews. De geïnterviewden worden hierbij aangeduid met de aard van het ziekenhuis waarin zij werken en hun specialisme. Bij herhaald aanhalen binnen een paragraaf wordt een hiervan afgeleide afkorting gebruikt (zie hiervoor de lijst met afkortingen op pagina 38). Vanwege het empirische karakter van deze bijdrage maak ik slechts spaarzaam gebruik van literatuur: deze komt immers in beide andere achtergrondstudies over economisering en beroepsethiek al voldoende aan bod.

2 Schaarste als gevolg van ontwikkelingen in het recente verleden

2.1 Algemene indruk

Het thema van het interview bleek in bijna alle gevallen sterk te leven bij de betrokkenen. Daarbij is voor veel geïnterviewden de financiering van de huidige gezondheidszorg een onontwarbare kluwen van maatregel op maatregel. Ook wijzen zij erop dat marktwerking en de effecten daarvan niet zijn te isoleren van andere maatschappelijke processen, zoals de veranderende mentaliteit van zowel arts als patiënt. Bovenal wijst men op de ontstane schaarste in de zorg. Het thema schaarste is zo prominent aanwezig, dat nu eerst in dit hoofdstuk de achtergrond hiervan, zoals verwoord door de geïnterviewden, geschetst zal worden.

2.2 Zorg aan banden gelegd

Marktwerking is er altijd geweest in de gezondheidszorg in die zin, dat specialisten altijd in stukloon hebben gewerkt. Diverse geïnterviewden zien het Vijf Partijen Akkoord van 1989 als keerpunt. In dit akkoord werd marktwerking door de overheid teruggedrongen door de zorg te binden aan volumeafspraken, gebaseerd op de 'productie' van het voorafgaande jaar (budgettering). Over de periode van voor dit akkoord zegt een ervaren plastisch chirurg, werkzaam in o.a. een privé-kliniek (PPL): "In de zorg zijn de jaren achter ons uitzonderlijk goed geweest. Nederland heeft goede artsen, en er hoefde nooit iemand te worden geweigerd of doorgestuurd. Dit veranderde met het Vijf Partijen Akkoord." De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis, (AV), schetst het volgende beeld: "Onze gezondheidszorg was altijd al een drukke weg waar men auto's nog net goed kon laten doorrijden. Er is in Nederland steeds gemikt op sobere zorg, waarbij op een nette manier met patiënten werd omgegaan. In zo'n situatie is een enkel openthoud of tegenvallertje al genoeg om een file te doen ontstaan."

Het Vijf Partijen Akkoord wordt vooral gezien als een poging de kosten voor de gezondheidszorg constant te houden. Plastisch chirurg PPL: "De overheid wilde de premies niet laten stijgen en zelf ook geen extra geld voor de zorg uittrekken. Men was van mening dat dokters te veel verdienden, dat er ineffectief gewerkt werd en dat er onnodige operaties werden verricht. Zorgverzekeraars mochten toen beslissen welke operaties wel en welke niet meer vergoed zouden worden. Bij plastische chirurgie verdween veel uit het pakket. Ook kwam er schaalvergroting, veel kleine ziekenhuizen moesten opgaan in grotere gehelen."

Hoewel vraaggestuurde zorg het ideaal was, werd de zorg door de volumeafspraken met zorgverzekeraars juist aanbodgestuurd. Zo stelt het hoofd van de afdeling oogheelkunde van een academisch ziekenhuis, AO: "Vraaggestuurde zorg is een rookgordijn. In feite blijft het gaan om het door de financiën beperkte aanbod." Een lid van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis is van mening: "Om te weten welke zorg nodig is, zou je continu marktonderzoek moeten doen. En dan nog geldt: voor de behoefte aan acute zorg is geen inschatting te maken."

Volgens diverse geïnterviewden is met het Vijf Partijen Akkoord geen rekening gehouden met te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen die kostenverhogend zouden werken (zie ook Commissie Keuzen in de Zorg, 1991, p. 12). In de eerste plaats betreft dit *technologische ontwikkelingen* die zouden leiden tot nieuwe behandelmethoden en dure medicijnen. AV: “Verbetering van de medische technologie maakt de gezondheidszorg duurder, vooral in de beginfase van de toepassing. Maar voor de patiënt is het vaak een zegen. Zo zijn er dure geneesmiddelen ontwikkeld waarmee reuma nu veelal goed te behandelen is.”

Voorts noemt men de *vergrijzing* en de *toegenomen wensen van het publiek*. Deze wensen worden grotendeels gezien als zijnde terecht. AO: “De eisen die oudere mensen aan de kwaliteit van leven stellen, worden zeer begrijpelijk hoger.” AV: “De indicatie voor bijvoorbeeld een heupoperatie is versoepeld. En terecht. Nu kun je ook mensen van ouder dan 80 jaar een nieuwe heup geven, omdat de risico’s van de anesthesie minder groot zijn.” De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis is hier iets terughoudender: “Bij cataractoperaties, bijvoorbeeld, en ook bij heupoperaties verschuift de grens voor de indicatiestelling steeds meer richting consumentenzorg; het uitvoeren van ingrepen die medisch gezien minder noodzakelijk zijn. Dit maakt de gezondheidszorg in zijn geheel duurder.”

In feite is, te beginnen met het Vijf Partijen Akkoord, sprake geweest van een forse bezuinigingsmaatregel, cumulatief over de jaren heen. PPL: “Dit ingrijpen van de overheid werd een budgettaire fuik. Hoewel de zorgvraag juist ging toenemen, mocht je niet meer handelingen verrichten dan in het jaar daarvoor, althans je werd er niet voor betaald. Er kwam krapte in de zorg, het werd vechten voor OK-tijd.”

Een tweede stap in het terugdringen van marktwerking is de maatregel dat specialisten in academische ziekenhuizen in loondienst moesten werken. PPL: “Daarnaast speelt dat specialisten in academische ziekenhuizen ambtenaren werden. Ze kwamen in een bepaalde salarisschaal, extra werk maakte financieel niets uit. Soms betekent meer werken zelfs dat een andere afdeling meer geld krijgt. Daarvoor hadden ze een universitaire aanstelling met een kleine privé-praktijk, waar groei in kon zitten.”

Nog andere maatschappelijke processen hebben aan de schaarste in de gezondheidszorg bijgedragen: gebrek aan gekwalificeerd personeel (in het westen van het land betreft dit bijvoorbeeld OK-assistenten) en een ‘negen tot vijf’ mentaliteit bij sommige jongere zorgverleners. Over dit laatste zegt PPL: “Door het overheidsingrijpen is diffuus geworden waarvoor zorgverleners en overige staf werken, er is geen identificatie met het beroep meer mogelijk. (...) Dit zie je ook bij het beroep van verpleegkundige: vroeger was dit een roeping, nu heeft het een lage status. De hele beroepsgroep, in alle lagen, zou weer meer uitstraling moeten krijgen.” De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis stelt: “Oudere zorgverleners werken langer door, maken meer uren dan jonge artsen. Die zijn zakelijker.”

2.3 Bureaucratisering: een contraproductieve oplossing

Als oplossing voor de na 1989 ontstane krapte werden bureaucratische maatregelen opgelegd. Deze zouden de veronderstelde inefficiëntie teruggedrijven. Bureaucratisering wordt echter door veel geïnterviewden ervaren als duur en contraproductief. Het hoofd van de afdeling oogheelkunde van een academisch ziekenhuis (AO) stelt: “Om zorgprocessen professioneel aan te pakken zijn in de gezondheidszorg managers aangesteld, die hun eigen nut nooit zullen ontkennen, en komt voor iedere toekenning van zorg eerst een heel indicatieteam bijeen. Dit gebeurt allemaal met geld dat voor zorg bedoeld was, maar niet aan zorg wordt besteed.” De plastisch chirurg, verbonden aan een privé-kliniek, vertelt: “Met de grootschalige nieuwbouw van ons ziekenhuis zijn de korte lijnen verloren gegaan. Daarvoor was er maandelijks contact met de directeur, en werknemers waren tot van alles bereid. Nu komen er steeds meer tussenlagen van managers die zelf geen arts zijn. Rond de OK tref je tegenwoordig aan: een topman voor de cijfers, planners, een hoofdvoerder, en dan pas de OK-assistenten en specialisten. Op de afdelingssecretariaten zie je iets dergelijks.” Deze geïnterviewde concludeert: “In de hang naar een oplossing van het schaarsteprobleem bereikte men het tegengestelde van wat men voor ogen had. Er is te veel overhead gekomen, te weinig productie.”

Leidde bureaucratiesering niet tot het gewenste resultaat dan was de oplossing al gauw er nog een manager of kwaliteitsproject op zetten, of nog verdergaande administratieve verant-

woording. AO: “Door jarenlange krappe budgetten moest men steeds gedetailleerder met cijfers onderbouwen wat voor zorg er nodig was. Een voorbeeld van zo’n gedetailleerde en bijna absurde onderbouwing is het feit dat we in Nederland het aantal zorgminuten per steunkous hebben berekend.”

Bureaucratisering is niet alleen duur, maar ook demotiverend. In dit verband stelt AO: “Recentelijk voerde een onderzoeksbureau een ‘arbeidstevredenheidsonderzoek’ uit in ons academisch ziekenhuis. Werknemers in de sector ‘managers, beleidsmedewerkers en administratieve staf’ bleken tevreden met hun werk, terwijl in de sector ‘artsen en verpleegkundigen’ (‘de handen aan het bed’) duidelijk ontevredenheid heerste. Zowel het onderzoeksbureau als de Raad van Bestuur beschouwden dit niet als een slechte score. Men keek hierbij slechts naar het *overall* gemiddelde. In mijn ogen, echter, gaat het om een alarmerend resultaat.”

Een neveneffect van de ontstane schaarste, tenslotte, is dat deze op zichzelf duur is. Menigeen kent het beeld van de ziekenhuisarts die uren rondbelt om een urgente patiënt in een ander ziekenhuis opgenomen te krijgen. Uren tijd die hij of zij ondertussen niet aan de zorg zelf besteedt. En voor wachtlijstpatiënten geldt: zij gaan opbellen en moeten dan te woord worden gestaan, zij moeten tussentijds voor extra controles worden gezien enzovoort.

Een belangrijke conclusie uit het voorafgaande is dat op dit moment het voor de gezondheidszorg uitgetrokken geld de zorg zelf nog te weinig ten goede komt. Bovendien is er waarschijnlijk sprake van onderfinanciering, maar dit is niet helder in te schatten. De ontstane schaarste staat in schril contrast met het feit dat Nederland rijker is dan bijvoorbeeld twintig jaar geleden. De schaarste betekent dat op de werkvloer, meer dan voorheen, financiële overwegingen een strategische rol spelen bij de behandeling van de patiënt. Dit leidt soms tot ethische problemen. Deze komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

3 Ethische aspecten van de huidige financiering

Als belangrijke waarde in de beroepsethiek noemen diverse geïnterviewden: voor iedereen gelijke behandelingsmogelijkheden en toegang tot noodzakelijke medische zorg (zie ook Commissie Keuzen in de Zorg, 1991, p. 74). Zo stelt de voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis: “Twee vormen van zorg moeten patiënten kunnen krijgen los van financiële overwegingen: spoedeisende zorg en palliatieve zorg. Het gaat hier om vormen van zorg die een fundamentele invloed hebben op het welzijn. Dit in tegenstelling tot zorg die meer in de wens sfeer ligt.”

Het principe van gelijke behandeling komt door selectieve financieringsvormen onder druk te staan. Zo heeft de hierboven genoemde budgettering het effect dat het management van een instelling aan het eind van het jaar verrichtingen in bepaalde categorieën kunstmatig opgeschroefd wil zien, om zo het geld voor het jaar daarop veilig te stellen. Hierbij worden achter de schermen keuzes gemaakt, bijvoorbeeld qua prioritering, waar patiënten niets van vermoeden. De keuzes kunnen leiden tot *onrechtvaardigheid* (zie ook in deze bundel de achtergrondstudie van Hilhorst in deze bundel).

Zo wordt, als het gaat om operaties, de wachtlijst ineens langer voor iemand die aan het eind van het jaar toevallig in een ongunstige categorie zit. Een klinisch psycholoog, werkzaam in een regionaal psychiatrisch centrum stelt: “Aan het einde van het jaar werd druk op medewerkers uitgeoefend om toch vooral meer intakes en diagnostiek binnen te halen en minder therapie te doen. De reden hiervan was dat het budget voor eerder genoemde verrichtingen nog lang niet was verbruikt. Medewerkers hebben de indruk dat ze zo op oneigenlijke wijze bezig zijn.”

Onrechtvaardigheid speelt ook een rol bij de recente financiële injectie om wachtlijsten weg te werken. Voor de daarvoor door de Minister aangewezen operaties (gekozen zijn operaties die het grote publiek aanspreken, zoals totale heupoperaties), krijgt het ziekenhuis bij iedere operatie een extra bedrag. Daarmee zijn winstgevende inhaalmanoeuvres gemaakt, terwijl voor andere typen operaties, die medisch gezien even urgent waren, de wachtlijsten door gelijkblijvende personele capaciteit alleen maar langer zijn geworden.

Schaarste maakt de gezondheidszorg in zijn geheel ook minder toegankelijk. *Gezondheidsschade* en *geschaad vertrouwen* liggen op de loer. Een orthopedisch chirurg uit een academisch ziekenhuis geeft het volgende voorbeeld. “Voor sommige grote operaties moet een IC-bed achter de hand worden gehouden. Het kan gebeuren dat de patiënt helemaal is voorbereid en alle betrokkenen startklaar staan, en dat op het allerlaatste moment de operatie wordt afgeblazen: de IC is vol door een nieuw spoedgeval. Zo is er, door het structureel tekort aan IC-bedden, emotionele schade bij de patiënt en zijn familie. Er is overigens ook schade voor het ziekenhuis: een hele dag OK-tijd gaat verloren en alle tijd van het team van specialisten. Over drie maanden is er dan een nieuwe kans op zo’n operatie. Dit is wat je de patiënt moet vertellen.”

Het gaat zo ver dat noodzakelijke zorg niet wordt geleverd. Zo kunnen op een paar plaatsen in Nederland scoliose patiëntjes worden geopereerd: tieners met scheefgroei in de rug. Het is een dagvullende, verliesgevende operatie, waarvoor een bed op de Kinder-IC nodig is. Juistgenoemde orthopedisch chirurg mag 15 van zulke operaties per jaar uitvoeren. De wachtlijst is enorm, maar hij krijgt van de ziekenhuismanager te horen: “Dit is te duur voor ons, ga maar heup- of knieoperaties doen.” De orthopeed moet dus ‘nee’ verkopen aan de bezorgde en verontwaardigde ouders die vragen wanneer hun kind nu eindelijk aan de beurt is. Ondertussen moet hij andere typen operaties doen. Hij ervaart dit als een ethisch dilemma.

Door de schaarste is iedere zorgverlener beducht voor een verliesgevende patiënt. Het hoofd van de afdeling oogheelkunde van een academisch ziekenhuis, AO, merkt in dit verband op: “Om financieel rond te komen verwijst men verliesgevende patiënten bij voorkeur naar elders. Met in het ziekenhuis opgenomen oudere, invalide patiënten moet bij bejaarden- en verpleegthuizen worden geleurd. Academische ziekenhuizen proberen verliesgevende patiënten te compenseren met goedkope patiënten. In vakjargon heet dat ‘een gezonde patiëntenmix’ nastreven. Voor perifere ziekenhuizen geldt dat, willen zij met hun budget uitkomen, dit alleen lukt door bepaalde categorieën patiënten naar elders te verwijzen.”

Ook afdelingen of clusters binnen één ziekenhuis beconcurreren elkaar. AO komt met het volgende voorbeeld: “Deze week lag er een oudere patiënt op onze afdeling oogheelkunde. Onverwacht kreeg hij een hersenbloeding, geheel onafhankelijk

van het oogheeskundige probleem. Het moge duidelijk zijn dat onze afdeling zelf deze patiënt geen optimale behandeling kan geven. Wij vroegen direct om passende behandeling en overplaatsing naar de IC. Vervolgens hebben de onderhandelingen hierover een aantal uren in beslag genomen: niemand in ons ziekenhuis wou of kon deze patiënt hebben. Uiteindelijk is deze patiënt, éézijdig verlamd, uit ons academisch ziekenhuis overgeplaatst naar een regionaal ziekenhuis. Dit is geen goede zorg. De ontmenselijking stoort mij.”

Op de achtergrond speelt hier dat directies van ziekenhuizen, volgens geïnterviewde, “alleen nog maar denken in termen van divisies of clusters. Met ieder cluster sluiten zij een managementcontract af. Daarin wordt het volume aan ‘zorgproducten’ vastgelegd, gemeten in aantal eerste consulten, opnames en dagopnames, te leveren binnen een gegeven budget. Voor de verschillende clusters kan dit leiden tot het op de voorgrond treden van doelen die contractueel gehaald dienen te worden. Dat het ‘zorgproduct’ een mens betreft, lijkt op de achtergrond te geraken.”

4 Beroepsethiek en reacties op het begrip ‘marktwerking’

Centraal in het interview stond de vraag naar de effecten van marktwerking op de beroepsethiek. Marktwerking als model blijkt voor veel artsen wezensvreemd aan hun roeping en aan het doel van de gezondheidszorg. De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis verwoordt dit als volgt: “Artsen hebben als doel mensen beter te maken. Helaas zijn er soms specialisten die te veel geld (willen) verdienen. Medische ethiek hield altijd in: essentiële zorg is voor iedereen toegankelijk. Bij marktdenken hoort een andere medische ethiek, daar gaat voor artsen sterk de verleiding vanuit om veel geld te willen verdienen.”

Het hoofd van de afdeling oogheeskunde van een academisch ziekenhuis stelt: “Bij marktwerking in de zorg gaat het om een manke vergelijking. Men vergelijkt artsen met fabrikanten die een contractueel vastgelegd aantal producten binnen een bepaald budget produceren. Overigens krijgt een fabrikant die meer produceert en afzet ook meer inkomsten. In de reguliere zorg is dat door de volumeafspraken met de zorgverzekeraars niet het geval. Marktwerking kan een keus zijn, maar waarom

zouden dan aan fabrikanten nauwelijks morele vragen gesteld mogen worden, terwijl bij artsen gehamerd blijft worden op het naleven van hun beroepsethiek? Dit is meten met twee maten. Als men wil dat artsen zich niet als fabrikanten gedragen, dan moet men hen ook niet als fabrikanten behandelen.”

Marktdenken en medische ethiek zijn ingebed in een verschillende terminologie. Binnen het marktdenken worden medische verrichtingen gezien als zorgproductie. Het gaat veelal om wensgeneeskunde waarvoor de klant bereid is te betalen. Door de ruimere middelen is innovatie mogelijk. De zorgverzekering zal hier niet gauw van toepassing zijn omdat het om wensen gaat die bovendien, tot op zekere hoogte, manipuleerbaar zijn. Het zou betuttelend zijn mensen tegen deze manipulaties te beschermen: de klant is koning. Missers en gecompliceerde gevallen worden doorverwezen naar de reguliere zorg. Medische ethiek hoort meer bij de reguliere geneeskunde, de geneeskunde voor de mens in nood. Het gaat om verzekerde zorg waarbij mensen vooruitbetalen voor mogelijk onheil. Het doel is de patiënt te genezen, of diens leed te verzachten. De patiënt wordt geholpen de juiste keuzes te maken.

Overigens blijkt het bij een concreet incident moeilijk te beoordelen of dit te wijten is aan te veel of juist te weinig marktwerking, of aan geheel andere factoren. De plastisch chirurg, werkzaam in een privé-kliniek en een regionaal ziekenhuis, noemt een incident van noodzakelijke zorg die niet werd gegeven. “Een patiënt meldt zich aan het einde van de middag met ernstig handletsel bij de afdeling plastische chirurgie van ons regionaal ziekenhuis. Een vinger dreigt verloren te gaan als niet snel wordt ingegrepen. De plastisch chirurg wil graag opereren, maar de manager beslist dat het ziekenhuis vol is. Daarmee is voor hem het probleem opgelost. Niet voor de patiënt. En overigens ook niet voor de arts, die vervolgens veel tijd kwijt is met telefoneren om deze patiënt door te kunnen verwijzen.” Geïnterviewde wijt dit incident aan een gebrek aan marktwerking. Als er voor het ziekenhuis iets te verdienen zou zijn geweest, dan had de manager wel anders beslist, zo is zijn redenering. Maar ook andere interpretaties zijn mogelijk: gebrek aan personele capaciteit, al was het maar binnen één categorie (bijvoorbeeld OK-assistenten) en wellicht juist door marktwerking veroorzaakt; of demotivatie; of door de macht van de bureaucratie.

In het nu volgende hoofdstuk worden, per specialisme, de bevindingen bij specialisten uit de reguliere zorg afgezet tegen

de ervaringen van specialisten die werkzaam zijn in een privé-kliniek.

5 Privé-klinieken en ziekenhuizen: Hoe kijkt men tegen elkaar aan?

5.1 Algemene bevindingen

Privé-klinieken (privé-klinieken, enkelvoud: privé-kliniek) die direct door de patiënt gefinancierd worden, zitten niet aan bovengenoemde budgetteringsperikelen vast en hebben meer mogelijkheden hun bedrijfsvoering beheersbaar te houden, bijvoorbeeld door korte communicatielijnen.

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis, AV, ziet privé-klinieken in de cosmetische chirurgie en oogheelkunde als ‘naar de kapper gaan, waarbij mensen elkaar hebben aangepraat dat je je haar moet verven.’ Geïnterviewde vervolgt: De patiënt heeft het hier voor het zeggen. Vroeger was het verplicht dat de privé-kliniek met een ziekenhuis de achterwacht had geregeld. Tegenwoordig is dit niet meer verplicht. Desalniettemin moeten wij patiënten met complicaties toch op de spoedeisende hulp accepteren. De aantallen vallen mee, maar ze zijn er wel. Het gebeurt wel dat men in dergelijke klinieken met niet voldoende gesteriliseerd materiaal werkt, of met ongekwalificeerd personeel. Je mist bij dergelijke behandelingen de samenhang, er wordt maar naar één aspect van de persoon gekeken.”

De overstap naar een privé-kliniek betekent voor een specialist veelal een enorme financiële vooruitgang. Om deze reden vinden sommige specialisten het wel begrijpelijk als een collega (tevens) in een privé-kliniek gaat werken. AV: “In een perifeer ziekenhuis verdient een specialist 150% van het loon van een specialist in een academisch ziekenhuis; bij een eigen praktijk is dit 300%, in een privé-kliniek met zelf betalende cliënten is dit 600%.” En dan zijn er in de (academische) ziekenhuizen ook nog eens ongunstige en lange werktijden.

Tegelijk signaleert men dat de overstap naar de privé-kliniek in veel gevallen betekent: het wegvloeiën van schaarse professionele capaciteit. Deze wordt nu niet meer besteed aan medisch geïndiceerde verrichtingen, maar aan goed verkoopbare be-

handelingen in de wens sfeer. Ondertussen is er in de ziekenhuizen een tekort aan specialisten, zodat patiënten met een medisch probleem op de wachtlijst komen. AV: “Zo is het bijvoorbeeld moeilijk om een plastisch chirurg te vinden die in een academisch ziekenhuis wil werken. Terwijl daar heel belangrijk werk te doen is, zoals reconstructie van kaken en gezicht na een verkeersongeval. Het zijn de academische ziekenhuizen die keihard werken om specialisten op te leiden. Het is dan wel heel jammer deze mensen niet voor de echte zorg te kunnen inzetten. Ook geldt dat specialisten die in privé-klinieken tien jaar hetzelfde doen, niet goed zijn terug te plaatsen in een gewoon ziekenhuis.”

De geïnterviewde plastisch chirurg die werkzaam is in een regionaal ziekenhuis bevestigt dit beeld. Er zijn voor (medisch geïndiceerde) plastische chirurgie lange wachtlijsten. OK-tijd speelt hierbij een rol, maar ook toename van de vraag, gebrek aan plastisch chirurgen, en het feit dat een deel van de capaciteit aan specialisten naar privé-klinieken verdwijnt. “Ik mag blij zijn dat ik een opvolger heb”, stelt geïnterviewde.

Voor specialisten in privé-klinieken is de honorering een stimulans om veel verrichtingen te doen, hetgeen als positief wordt aangemerkt. Maar ook is er de verleiding om onnodige, goedbetaalde behandelingen te doen. De cliënten zijn hiervan de dupe. Een gynaecoloog noemt als voorbeeld een IVF-privékliniek in het buitenland die welgestelde vrouwen van 45 jaar tegen goed geld in behandeling neemt, terwijl de slaagkans voor een zwangerschap bijna nul is. Ook kan het gaan om behandelingen die maar tijdelijk helpen en dan moeten worden herhaald, of die forse neveneffecten hebben, zoals in de ‘cosmetische’ chirurgie.

Gaat het om het aanbod van diagnostiek, dan is, volgens AV “een gevaar van privé-klinieken dat ze mensen bang maken. Uit angst doen deze dan mee aan een screening, zoals de *Total Body Scan*. In de VS is dit voor sommigen een jaarlijkse check up. Wij bieden het in de ziekenhuizen niet aan, het valt buiten de beroeps codes en de WBO. Zo’n algemene screening genereert veel vals positieven. De ziekenhuizen krijgen vervolgens een onnodige stroom ongeruste patiënten te verwerken. Extra werk, terwijl de privé-kliniek de winst opstrijkt.”

Privé-klinieken bestrijden het hierboven geschetste beeld. Zo zouden er zelden complicaties zijn en zou de privé-kliniek dag en nacht bereikbaar zijn. Bij doorvraag blijkt het alleen om

telefonische bereikbaarheid te gaan en is er wel degelijk een regulier ziekenhuis nodig om spoedeisende hulp te verlenen en complicaties op te vangen. Verder zouden de medische verrichtingen in de privé-klinieken de kwaliteit van leven van hun cliënten aanzienlijk verbeteren. Bij voldoende inkomsten van de kliniek is er ruimte voor innovatie, waardoor geavanceerde technieken voor het publiek beschikbaar komen.

Een en ander hangt ook af van het specialisme. De drie onder-vraagde specialismen: plastische chirurgie, oogheelkunde en orthopedische chirurgie komen nu afzonderlijk aan bod. Bij oogheelkunde lijkt het contrast tussen (academisch) ziekenhuis en privé-kliniek het grootst.

5.2 De situatie in de plastische chirurgie

In de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw werd plastische chirurgie steeds uitgeoefend in de verzekerde sfeer. Ook psychisch lijden gold toen als indicatie. Heden ten dage accepteert de zorgverzekeraar alleen objectiveerbare, lichamelijke mankementen: borstvergroting, borstverkleining en ooglidcorrecties bij alleen een psychische indicatie zijn uit het verzekeringspakket gehaald. Thans is in deze beroepsgroep de privé-kliniek niet weg te denken.

Eén van beide geïnterviewde plastisch chirurgen heeft met collega's uit de regio een privé-kliniek opgericht. De mensen betalen hier zelf voor hun cosmetische operatie. "Niet iedereen kan zoiets betalen, dit is niet anders dan dat niet iedereen een vijf sterren hotel kan betalen. Het zou ook niet juist zijn om anderen via de zorgverzekeraar te laten meebetalen aan bijvoorbeeld een dure *facelift*." De operaties worden uitgevoerd door bevoegde chirurgen, terwijl daarvoor in deze regio een ongekwalificeerd persoon kleine cosmetische operaties verrichtte. Een vakgenoot, werkzaam in een regionaal ziekenhuis (RPL), is geen tegenstander van de privé-kliniek; veel van zijn collega's combineren ziekenhuiswerk met werk in een privé-kliniek. Hij behandelt in het ziekenhuis soms patiënten die zelf voor hun behandeling moeten betalen. Het gaat om mensen die overal buiten vallen. Hen wordt de plastisch chirurgische ingreep tegen een iets lager tarief aangeboden. Via hun verzekeringspremie hebben zij immers al een solidariteitsbijdrage geleverd, zo is de redenering.

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een ander regionaal ziekenhuis vertelt dat ook zijn ziekenhuis borstverkleining om cosmetische redenen aanbiedt. De patiënt betaalt hiervoor een iets hoger tarief dan in het verzekerde pakket. Nu ontstaat het ethische probleem dat hierdoor bij plastische chirurgie de wachtlijst voor patiënten met een medische indicatie langer wordt. Om deze onwenselijke situatie tegen te gaan is in zijn ziekenhuis afgesproken bij plastische chirurgie een transparant wachtlijstbeleid te voeren. De verdeling van OK-tijd over ingrepen op medische indicatie versus cosmetische ingrepen moet dezelfde blijven als voorheen. Als door toevallige omstandigheden de totale OK-tijd voor dit specialisme kan worden uitgebreid, moet deze ook evenredig verdeeld worden.

De plastisch chirurg die tevens in een privé-kliniek werkt, is ervan op de hoogte dat sommige ziekenhuizen faciliteiten bieden om patiënten voor ‘cosmetische’ operaties toch te behandelen. Hij vindt dit hinken op twee gedachten: “Je gebruikt de faciliteiten van een instelling om privé-wensen te realiseren. Het is zuiverder om het privé-gedeelte in een privé-kliniek te laten doen.”

Mede als gevolg van marktwerking, zo stelt RPL vast, vallen minder draagkrachtigen bij psychische problematiek uit de boot. Rijke mensen gaan naar privé-klinieken of naar programma’s als *Make me Beautiful*. De indicaties zijn hier misschien wel goed, maar de behandeling wordt sterk gecommercialiseerd. Er heerst de ideologie van het Maakbare Lijf. Je kunt je zes weken laten opnemen om er vervolgens prachtig uit te komen. De achterban is aanvankelijk dolblij, maar RPL betwijfelt of het positieve effect beklijft. De gebruikte materialen, zoals het lichaamseigen collageen - ingespoten om rimpels weg te werken worden na verloop van tijd afgebroken. Dit betekent dat steeds opnieuw behandeld moet worden. Men is daarom wel overgegaan tot het inspuiten van een meer blijvend middel, maar dit kan een ongewenste reactie in het lichaam teweeg brengen. Er is dan een grotere operatie nodig om het spul er weer uit te halen. Meestal gaat de patiënt dan naar een algemeen ziekenhuis om de ellende te laten oplappen en vaak betaalt hun verzekering dat dan.

RPL ziet als gevaar van meer marktwerking dat medische handelingen door onbevoegden worden uitgevoerd. De titel ‘plastisch chirurg’ is beschermd. ‘Cosmetisch chirurg’ is een niet-beschermd titel, maar dit weet het publiek meestal niet. Soms worden voor ingrepen in een privé-kliniek, zoals liposuctie,

louche artsen uit het buitenland ingevlogen, die daarna weer verdwijnen. Voor de patiënt brengt dit extra risico's met zich mee en het plaatst de samenleving voor extra kosten. Daarom vindt RPL het noodzakelijk dat regels voor de privé-kliniek worden opgesteld. Zolang bijvoorbeeld huisartsen of dermatologen de tweejarige basisopleiding in de chirurgie niet hebben voltooid, zouden zij ook geen (plastisch) chirurgische ingrepen, zoals liposuctie, mogen verrichten. Voorts moet de privé-kliniek, net als het reguliere ziekenhuis, een sluitend dienstrooster hebben, ook voor 's avonds en 's nachts. Patiënten mogen alleen geopereerd worden als ze verwezen zijn, bijvoorbeeld door de huisarts. Bij de indicatiestelling moet met leeftijd rekening worden gehouden: een plastisch chirurg moet niet meegaan met de wens van jonge mensen (tieners), wier smaak nog niet definitief gevormd is. Ook is het belangrijk de patiënt voldoende bedenktijd te geven. Privé-klinieken zijn hier waarschijnlijk niet toe geneigd: iemand klopt aan en morgen kan hij of zij al geopereerd worden. In de ziekenhuizen wordt altijd een bedenktijd aangehouden, al was het alleen al om logistieke redenen. De overheid zou deze regels moeten uitwerken en controleren.

Als laatste belangrijk beroepsethisch principe, ook in verband met marktwerking, noemt RPL het kennen van de grenzen van je deskundigheid. Wanneer je bepaalde dingen niet kunt, kun je de patiënt maar beter doorsturen. Ook moet je complicaties voortvloeiend uit je behandeling kunnen oplossen. In privé-klinieken kan men dit soms niet. Geïnterviewde krijgt zo, via de privé-kliniek, enkele patiënten per jaar te behandelen. Soms is het ontstane probleem ook door hem niet meer op te lossen, en ook dat kost dan veel praat- en opvangtijd. Hiervoor mag hij dan alles bij elkaar één consult rekenen. Dit afwentelen van complicaties op de non-profitzorg wordt wel *'after sales'* genoemd (Sol & Van den Bosch, 2003).

5.3 De situatie in de oogheekunde

De geïnterviewde oogarts, volledig werkzaam in een privé-kliniek (PO) vertelt dat hij altijd al gefascineerd was door oogchirurgie en opzag tegen bureaucratie. Zijn privé-kliniek levert alleen onverzekerde zorg in de vorm van bril- en lensvervangende refractiechirurgie. Voor 90% zijn dit laserbehandelingen aan het hoornvlies; voor het overige contactlensimplantaten. Dit kon wereldwijd al eerder en sinds kort bestaat het ook in Nederland, waar inmiddels 40 van dergelijke klinieken zijn.

Het gaat om dure behandelingen waarvoor geen CTG-tarief (College Tarieven Gezondheidszorg) bestaat. Om deze behandelingen te kunnen uitvoeren is extra scholing nodig. Binnen het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap bestaat de Werkgroep Refractiechirurgie, waar men richtlijnen opstelt voor contra-indicaties en gedragscodes.

De leeftijd van de patiënten is rond de 40 jaar en loopt van ongeveer 20 tot 60 jaar. Bij oudere mensen komt meer pathologie voor die in deze privé-kliniek niet behandeld kan worden. In deze privé-kliniek komen ook mensen uit de middeninkomens. Zij betalen voor hun behandeling vanuit de overweging dat steeds een nieuwe bril aanschaffen eveneens duur is.

Als zich complicaties voordoen, kan men het merendeel zelf behandelen. De privé-kliniek is via een centraal inbelnummer 24 uur per etmaal bereikbaar. De cliënt kan dan uiteindelijk een oogarts aan de lijn krijgen. Bij zoiets als een netvliesloslating is doorverwijzing noodzakelijk. Ook zijn er afspraken met ziekenhuizen voor algemeen medische calamiteiten. Een academisch ziekenhuis verzorgt hiervoor de achterwacht, maar wil niet als spoedeisende hulp dienstdoen.

PO bestrijdt dat er binnen zijn specialisme sprake zou zijn van overbodige behandelingen. Hij noemt als voorbeeld een man van middelbare leeftijd die een laserbehandeling wil. De oogarts in de privé-kliniek vertelt hem dat de behandeling herhaald zal moeten worden en dat uiteindelijk toch een staaroperatie in een regulier ziekenhuis nodig zal zijn, zodat hij daar beter op kan wachten.

Geïnterviewde is een voorstander van marktwerking: het gaat erom dat de klant tevreden is. Marktwerking in deze sector moet je zien als concurrentie tussen de verschillende oogklinieken, en de vraag wat de cliënt voor een behandeling wil betalen. Marktwerking is niet goed als het zuiver en alleen gaat om de kosten te drukken. Een kliniek kan gemakkelijk roepen dat het goedkoper kan door met slechte materialen (bijvoorbeeld het goedkoopste lensje) te werken. Je moet elkaar op kwaliteit beconcurreren, de klant moet kunnen zien waar de kwaliteitsverschillen zitten. Van marktwerking kan dus een kwaliteitsimpuls uitgaan. In de reguliere zorg werkt men met vooraf vastgestelde budgetten. Hoe goed je het doet is daar niet belangrijk. Deze situatie is demotiverend. Ook is er geen geld voor nieuwe apparatuur, men werkt zelfs met verouderde

apparatuur. En de toebedeelde OK-tijd is altijd te weinig. “Alles in de reguliere zorg is frustrerend”, zo besluit deze oogarts.

De geïnterviewde oogarts uit het academisch ziekenhuis, AO, stelt: “Een bedrijf is succesvol wanneer het een vraag weet te creëren en vervolgens met winst aan die vraag voldoet. Dit geldt ook voor de oogheekundige privé-kliniek: mensen die een bril als een ‘ondragelijke last’ ervaren, kunnen daar hun ogen chirurgisch laten behandelen, waarbij zij zelf de kosten dragen. Deze ideologie van het Maakbare Lijf is van deze tijd. De behandelingen verkopen goed. Helaas komen bij deze behandelingen een paar keer per week complicaties voor. De privé-klinieken zijn echter niet ingericht op de behandeling van ernstige complicaties. De behandeling hiervan wordt afgewenteld op de reguliere zorg. “Zo was er laatst een patiënt die aanvankelijk, met bril, 100% goed zicht had. Na chirurgische behandeling in een privé-kliniek was, door de daarbij opgetreden complicaties, het gezichtsvermogen van zijn linker oog nog 10% en van zijn rechteroog 30%. Vervolgens doet deze patiënt een beroep op een academisch ziekenhuis om de narigheid te laten oplossen. Vermijdbare narigheid die nu beslag legt op tijd en geld van de non-profit zorg.”

AO wijst voorts op een scheve situatie die in Nederland al geheel is ingeburgerd. Er zijn in Nederland 1,8 miljoen contactlenzdraggers. Contactlenzen worden door opticiens en contactlensspecialisten aangemeten en verkocht. Het is zelfs mogelijk om contactlenzen zonder enige vorm van persoonlijke uitleg te kopen uit de schappen van grote winkelketens of via internet. De winst op deze contactlenzen wordt in het midden- en kleinbedrijf gemaakt. Voor de eventuele complicaties wordt een beroep gedaan op de reguliere zorg. “Onlangs behandelden wij een patiënt met een zweer op het oog ten gevolge van het dragen van contactlenzen. Met betere uitleg over onder andere hygiëne had dit voorkomen kunnen worden. Voor de behandeling van zo’n zweer zijn de apotheekkosten tien maal zo hoog als het ervoor begrote bedrag. Tien van zulke patiënten per jaar betekent dat alleen al met hun behandeling het totale apotheekbudget oogheekunde in dit academisch ziekenhuis verbruikt zou zijn.”

Opmerkelijk is dat, gevraagd naar belangrijke beroepsethische principes, beide oogartsen verwijzen naar het leveren van topkwaliteit. Bij PO betekent dit: niet alleen een inspanningsverplichting, maar ook een resultaatverplichting, transparant zijn over de behaalde resultaten per oogarts, goede voorlichting

geven, de cliënt beslist zelf. Voor AO betekent het in de eerste plaats goede zorg verlenen, niet op onderdelen, maar voor de gehele mens. Dit verschil lijkt samen te hangen met de patiëntengroep die men behandelt: cliënten, aangetrokken door de privé-kliniek voor de vervulling van een wens versus patiënten die verwezen zijn voor medisch noodzakelijke zorg.

5.4 De situatie in de orthopedische chirurgie

Een orthopedisch chirurg in een privé-kliniek met veel buitenlandse ervaring en gespecialiseerd in hand- en voetoperaties, vertelt dat veel van zijn patiënten via de wachtlijstbemiddeling komen. Zijn verrichtingen worden op dit moment door de zorgverzekeraar vergoed volgens het CTG-tarief: een bescheiden vergoeding waarvoor een offerte moet worden gemaakt, waarover soms weer vragen komen. Hierbij valt hem op hoeveel bureaucratie er in Nederland is, ook in het contact met zorgverzekeraars. Het komt nogal eens voor dat deze specialist patiënten behandelt die elders een verkeerde diagnose hebben gekregen en verkeerd zijn geopereerd. De operatie kost dan een veelvoud van de gebruikelijke tijd. Hij krijgt dan wel een iets hogere vergoeding, maar niet evenredig veel hoger.

Geïnterviewde ziet niet zo gauw nadelen van meer marktwerking in zijn specialisme. “In Nederland is goede economische controle, zeker op chirurgisch gebied. Je moet een operatiebericht maken en een brief aan de huisarts schrijven, waarbij de indicatie duidelijk moet zijn. Gegeven deze situatie kan het haast niet gebeuren dat je operaties verricht die medisch niet noodzakelijk zijn.”

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis staat positief tegenover het feit dat orthopedische privé-klinieken wachtlijsten helpen wegwerken. Maar zij moeten wel beseffen dat zij alleen doorsnee patiënten behandelen. “Neem de kosten voor een heupoperatie: deze zijn hoger bij patiënten met co-morbiditeit en bij ouderen. De zorgverzekeraar betaalt steeds de gemiddelde prijs. Als nu alle eenvoudige heupoperaties naar de privé-kliniek gaan, dan kunnen zij winst maken, terwijl het ziekenhuis, met de oververtegenwoordiging van ingewikkelde patiënten, verlies gaat lijden op de heupoperaties. Overigens valt in de orthopedische privé-kliniek niet zoveel winst te behalen. Vandaar dat deze klinieken vaak samengaan met cosmetische klinieken. Dan behaalt het totaal wel winst.”

“Ziekenhuizen zijn overigens zelf ook bereid wachtlijsten weg te werken” gaat deze voorzitter verder. “Zo is het enige tijd mogelijk geweest ook op zaterdag een MRI in ons academisch ziekenhuis te laten maken. Het personeel wilde hiermee doorgaan, maar op een gegeven moment was bij de zorgverzekeraars het geld op. De zaterdag-MRI moest weer worden gesloten.”

Een orthopedisch chirurg in een ander academisch ziekenhuis heeft eveneens oog voor de nuttige bijdrage van orthopedische privé-klinieken, maar ook hij signaleert een ongunstige positie voor het academisch ziekenhuis. Zo komt het voor dat het academisch ziekenhuis alleen maar als doorgeefluik fungeert. Een patiënt heeft al jaren knieproblemen. In het academisch ziekenhuis is bij onderzoek in eerste instantie niets te vinden. De behandelaar vraagt een MRI aan. Vanwege de aanzienlijke wachtlijst gaat de patiënt, op kosten van het academisch ziekenhuis, naar een MRI-centrum, een privé-kliniek. Terug op het spreekuur toont de patiënt de gegevens op CD: er is sprake van een meniscuslaesie. De behandelaar stelt een zogenoemde kijkoperatie voor, geeft uitleg, wijst op de risico's en bereidt de patiënt voor op de operatie. De patiënt komt op de wachtlijst (vier weken). De dag daarop wordt de behandelaar vanuit een privé-kliniek gebeld of hij de MRI-gegevens even kan mailen. Zijn patiënt is daar nu al aan de beurt. De privé-kliniek kan deze patiënt nu 'panklaar' tegen minimale kosten opereren, terwijl het academisch ziekenhuis veel tijd en moeite aan deze voor hen verliesgevende patiënt heeft besteed.”

Iets dergelijks geldt voor operaties over de grens. “Duitse privé-klinieken vlak over de grens voeren bij Nederlandse patiënten heupoperaties uit. De zorgverzekeraar betaalt daarvoor zelfs een hoger tarief. Om vijf uur 's middags sluit de privé-kliniek zijn deuren. Ontstaat bij een patiënt een heupluxatie dan moet deze vervolgens een beroep doen op de spoedeisende hulp in ... Almelo.”

Worden dus ook kleine ziekenhuizen slachtoffer van juist genoemde situatie, in andere gevallen geldt weer dat het academisch ziekenhuis zich voor oneerlijke concurrentie met kleine ziekenhuizen geplaatst weet. “In sommige regio's worden in kleine ziekenhuizen minder zorgvuldige diagnoses gesteld. Vervolgens wordt snel geopereerd, waarbij orthopedisch chirurgen per ingreep worden betaald. Zo is er winst te maken, terwijl het academisch ziekenhuis, waar specialisten in loon-

dienst zijn, wordt ‘opgescheept’ met die patiënten waar complicaties zijn opgetreden. Verder is het zo dat de moeilijke patiënten toch al naar het academisch ziekenhuis worden verwezen vanwege de aldaar aanwezige expertise en de opleidingsfunctie. Zodoende kunnen kleinere ziekenhuizen aan de lopende band eenvoudige operaties uitvoeren.”

Tenslotte vermeldt deze orthopeed de spanning met de ziekenhuismanager die tegen het eind van het jaar specialisten sommeert hun quotum heup-, knie- en voeteroperaties te halen. Het rare is dat deze vijver vaak leeg is omdat deze gemakkelijke gevallen naar de periferie of naar de privé-klinieken gaan. De crux is steeds dat het academisch ziekenhuis de moeilijkere gevallen krijgt, ook qua opvang en begeleiding, maar niet overeenkomstig gehonoreerd wordt. Sterker nog, kleine ziekenhuizen of privé-klinieken worden geprezen om hun snelle en goedkope werkwijze.

Voor de orthopedisch chirurg, werkzaam in een academisch ziekenhuis, is het belangrijkste ethische principe: “Noodzakelijke zorg op tijd leveren, niet gehinderd door bureaucratische problemen rond geld en bedden. En dit staat ontzettend onder druk.” Zijn collega in de privé-kliniek spreekt desgevraagd van: “het voorrecht moeilijke operaties zo goed mogelijk uit te voeren.”

5.5 Conclusie

Specialisten, werkzaam in een privé-kliniek, beschouwen de reguliere zorg vooral als frustrerend. Zij zien in de privé-kliniek nieuwe kansen: financieel, bedrijfsmatig en vakmatig. Als de privé-kliniek goed loopt, is innovatie mogelijk, die ook de (draagkrachtige) patiënt ten goede komt. Door transparant te zijn over behaalde resultaten kan de kwaliteit worden verhoogd.

Specialisten in de reguliere zorg, en onder hen nog eens extra specialisten in academische ziekenhuizen, verkeren in een minder gunstige positie. Zij lijden onder de bureaucratie, hebben weinig invloed en zeggenschap en ontvangen een relatief laag salaris. Zij kijken wantrouwend naar privé-klinieken, vooral vanwege de in hun ogen oneerlijke concurrentie. Door patiëntenselectie in de privé-klinieken blijven voor hen, ondergefinancierd, de moeilijk behandelbare patiënten over. Soms verrichten zij ‘voorwerk’, waarna de privé-kliniek de winst

opstrijk. Zij moeten tevens fungeren als achterwacht en als nacht- en weekendopvang voor de privé-klinieken, en gaat het in de privé-kliniek mis, dan moeten zij, alweer ondergefinancierd, de complicaties behandelen. Ook krijgen zij door de privé-kliniek gecreëerde ‘vals positieven’ te verwerken. Deze laatste twee omstandigheden leggen tevens extra beslag op de collectieve middelen. Een ander maatschappelijk aspect betreft het wegvloeien van (schaarse) professionele capaciteit naar de privé-kliniek: specialisten aan wier opleiding collectieve middelen zijn besteed.

Voor de betalende patiënt betekent de privé-kliniek de snelle verwezenlijking van een wens op gezondheidsgebied in een prettige ambiance. Er zijn voor hen ook mogelijke nadelen: verleid door mooie beloftes steken zij geld in een onnodige behandeling of worden zij ongerust door de uitslag van niet geïndiceerde diagnostiek; de behandeling blijft zonder resultaat of heeft onnodige bijwerkingen en risico's, mede door onvoldoende gekwalificeerd personeel en gebrek aan zicht op de medische geschiedenis van de patiënt. Veel van deze nadelen zijn te ondervangen door goede regelgeving en strenge controle, zaken waar veel privé-klinieken ook zelf voorstander van zijn.

6 Ethische aspecten bij toenemende marktwerking

Medio 2004 komt er meer marktwerking tussen zorgverzekeraars onderling, en ook tussen zorginstellingen onderling, door de invoering van de diagnose behandel combinaties (dbc's). Hierbij heeft, anders dan voorheen, een zorgverzekeraar geen contracteerplicht meer met bepaalde ziekenhuizen. Zorginstellingen moeten nu met alle zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van een dbc. Te verwachten valt dat zorgverzekeraars contracten zullen afsluiten met die ziekenhuizen die een dbc het goedkoopst aanbieden, ongeacht de locatie van het ziekenhuis.

Voor de patiënt betekent het nieuwe plan minder keuzevrijheid: deze kan alleen nog maar terecht in een ziekenhuis waarmee zijn zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis stelt in dit verband: “Het plan zou kunnen botsen met

het principe van vrije artsenkeuze en vrije ziekenhuiskeuze.” Verder staan patiënt, familie en vrienden voor het ongemak van het wellicht moeten reizen naar een ziekenhuis in een andere stad of regio (zie ook Thiadens & Savenije, 2004).

Ingaan op het goedkoopste aanbod is ook om andere redenen niet altijd in het belang van de patiënt. De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis, AV, verwacht: “In het streven de kosten zo laag mogelijk te houden, kiest de zorgverzekeraar niet voor de patiënt, maar voor de verzekerden. Dit zijn er in getal immers veel meer. Zij zullen op hun beurt, zolang ze zelf niet ziek zijn, de goedkoopste zorgverzekeraar kiezen.” De orthopedisch chirurg werkzaam in een academisch ziekenhuis voorziet bij het plan van de dbc’s een te grote macht van de zorgverzekeraars. Hij vreest dat in de concurrentie tussen zorginstellingen de privé-klinieken ten onrechte als ‘overwinnaars’ uit de strijd zullen komen, om redenen die hierboven al genoemd zijn: patiëntenselectie en het afwentelen van *after sales* op de reguliere zorg. Het plan gaat dus, meer nog dan thans het geval is, ten koste van patiënten met complexe problematiek.

Voor de specialist in een niet-academisch ziekenhuis betekent het plan dat het stukloon weer terugkomt (in de academische ziekenhuizen blijven de specialisten in loondienst). De plastisch chirurg die tegens in een privé-kliniek werkt vindt stukloon een goede zaak. “Werknemers willen kunnen zien dat bij harder werken, er meer effect is en tevens een hogere beloning. Identificatie met het beroep kan dan toenemen, het beroep kan weer meer uitstraling krijgen. Bij marktwerking krijg je ook het gevoel dat er weer dingen mogelijk worden. Zaken kunnen doorbroken worden. Gooi de bureaucratie eruit, geef de dokter logistieke verantwoordelijkheid en reken hem erop af.” Tegelijk heeft deze geïnterviewde het vervelende gevoel dat de overheid marktwerking introduceert om (weer) te kunnen bezuinigen. “Waar dit overbodige activiteiten van bureaucratische tussenlagen betreft is dat prima, maar het moet niet voor de zorg zelf gelden.”

AV heeft eveneens de indruk dat het bij het plan alleen maar om een bezuinigingsoperatie gaat, maar verwacht op dit punt een averechts effect: “De ideologie achter het plan is dat door vrije marktwerking de productie zal toenemen en de kosten laag gehouden kunnen worden. Dit principe kan soms gelden, overigens niet voor wat betreft acute zorg, maar het geldt niet in een situatie van schaarste. En dat is de situatie van de huidi-

ge gezondheidszorg. Daar komt bij dat de ziekenhuizen op dit moment geen financiële reserves hebben. Eerst zou het evenwicht hersteld moeten worden. Daar is rust voor nodig. Wat men nu doet is een gigantische koerswijziging in administratieve aanpak invoeren in een relatief instabiele situatie. De winst die men met dit alles beoogt te boeken, zal direct teniet worden gedaan door de extra bureaucratische rompslomp” (zie ook Croonen, 2004).

Ook voor de beroepsethiek voorziet AV negatieve consequenties. De behandelend arts moet niet alleen, zoals nu al het geval is, nagaan of de identiteit van de patiënt klopt, maar ook of diens zorgverzekeraar inderdaad een contract met dit ziekenhuis voor de betreffende behandeling heeft afgesloten. Dergelijke controlerende en inperkende maatregelen botsen met de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. En er zijn nog andere ethische implicaties. AV: “Bij binnenkomst van de patiënt geldt in de nieuwe situatie niet langer medische urgentie, maar de vraag of bepaalde targets wel gehaald worden. Als de door zorgverzekeraar Z1 ingekochte heupoperaties bijna op zijn en bij die van zorgverzekeraar Z2 is nog ruimte, dan gaan bij een heupoperatie Z2-patiënten voor. Deze situatie is in strijd met het beginsel van gelijke toegankelijkheid van de zorg. De beroepsethiek van de arts komt in de knel omdat financiële in plaats van medische argumenten een hoofdrol gaan spelen bij de vraag of iemand behandeld kan worden.”

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis tenslotte, schetst een scenario met ethische problemen op korte termijn, maar met wellicht op langere termijn een ‘goede’ uitkomst: “Een zorgverlener krijgt € 3.200 in plaats van € 3.000 onder de voorwaarde dat het ziekenhuis de garantie geeft dat de patiënt voorgaat of niet langer dan bijvoorbeeld drie weken behoeft te wachten. Voor het ziekenhuis is het winstgevend hierop in te gaan, maar dit zou wel betekenen dat het op financiële gronden onderscheid maakt tussen patiënten. Hier komt het principe van rechtvaardigheid in het geding. Ondertussen trekt de zorgverzekeraar met een dergelijke voorziening klanten aan, die vervolgens een hogere premie voor deze garantie moeten betalen”.

“Door op het voorstel in te gaan zal het (non-profit) ziekenhuis op langere termijn meer geld verdienen, dat vervolgens weer aan zorg besteed zal worden, bijvoorbeeld meer OK-tijd. Op macroniveau zal het effect zijn dat andere zorgverzekeraars, vanwege de concurrentie, soortgelijke transacties zullen

afsluiten, hetgeen er dan uiteindelijk toe leidt dat het publiek in zijn totaliteit meer geld aan de zorg zal besteden. Dit is hard nodig gegeven de toegenomen wensen van het publiek en de tekorten die er thans zijn.” Opmerkelijk in dit scenario is dat toenemende marktwerking dus helemaal niet zal leiden tot kostenbesparing, maar tot (terecht) hogere kosten.

7 De gewenste rol van zorgverzekeraars, overheid en beroepsgroepen

Over één ding zijn de geïnterviewden het eens: de prijsstelling en waarborgen voor goede zorg moeten niet aan de zorgverzekeraars worden overgelaten. Een lid van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis signaleert een tendens in die richting: “Het wordt nu steeds meer zo dat verzekeraars de criteria gaan vaststellen waarbij patiënten in aanmerking komen voor een bepaald type zorg, terwijl dit natuurlijk door medici gedaan zou moeten worden. Deze criteria kunnen soms heel onheus uitpakken. Zo wordt sondevoeding voor thuisverblijvende, terminale patiënten met kanker in het hoofd/halsgebied pas vergoed als ze er eigenlijk niets meer aan hebben.” De plastisch chirurg uit de privé-kliniek, PPL, stelt: “Zorgverzekeraars hebben geen benul van patiënten, weten niets van geneeskunde of indicatiestelling en kijken alleen naar het geld.” De orthopedisch chirurg uit het academisch ziekenhuis is van mening: “Zij zien alleen maar cijfers, en die cijfers moeten omhoog of omlaag of ‘gehaald’ worden. Bij dit alles vergeet men de fundamentele onplanbaarheid van de incidentie van aandoeningen of van bijvoorbeeld EH-bezoek.” Zorgverzekeraars willen irrealistisch detailleren en eisen ook zelf veel bureaucratie (nummers, codes, formulieren): de boekhouder regeert. Zijn vakgenoot maakt in een orthopedische privé-kliniek mee dat de bureaucratie bij de zorgverzekeraar vertragend werkt op de medische behandeling.

Ook over de rol van de beroepsgroepen en de overheid zijn de geïnterviewden het opvallend eens. PPL: “In het tripartiete overleg overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen heeft de overheid de belangrijkste rol. De beroepsgroepen moeten zeggen waar specialisten achter kunnen staan en zij moeten gedragscodes opstellen.” Zijn collega plastisch chirurg in de reguliere zorg stelt: “De beroepsgroep moet zorgvuldigheid waarborgen door het opstellen van regels. Ze heeft echter geen

sancties achter de hand. Sancties achteraf, zoals door het Tuchtcollege, hebben ook weinig zin. Dan is het kwaad al geschied. De overheid moet dus actief toezien op naleving van de regels en moet de kwaliteit van de zorg bewaken.” “Ook bij privé-klinieken”, zo stelt de aldaar werkzame oogarts. “De Inspectie mag daar rustig binnenkomen. Het is de taak van de overheid om erop toe te zien dat de regels worden nageleefd.”

8 Besluit

Wij staan in Nederland thans voor de paradoxale situatie van welvaart, veel medische kennis, *know how* en opleidingsmogelijkheden, terwijl er in de gezondheidszorg schrijnende tekorten zijn. Het lijkt een vastgelopen situatie die voorzichtig vlot getrokken zou moeten worden. In het bovenstaande is duidelijk geworden dat medisch-specialisten onderling en instellingen onderling wantrouwend naar elkaar zijn gaan kijken als het gaat om honorering in relatie tot daadwerkelijk geleverde zorg. Dit wantrouwen kan, ook bij eventuele marktwerking, verdwijnen door de werkelijk bestede tijd en middelen in de honorering te verdisconteren. In het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003, p. 47-50) wordt hiertoe ook een aanzet gegeven. Daarbij moet echter al te gedetailleerde registratie van tijd en middelen worden vermeden. Dit gaat immers ten koste van de zorg zelf. Bovendien blijven voor de inventieve behandelaar, manager of ondernemer in de registratie altijd sluiptwegen over die ten eigen bate of ten bate van de instelling kunnen worden benut (zie ook Croonen, 2004).

De enige basis om op dit punt verder te komen lijkt het ethisch principe van de bereidheid van alle betrokkenen om zich aan de intentie van afgesproken regels te houden en geen sluiptwegen te bewandelen. Dit betekent voor zorgverleners dat zij, ongeacht moeilijkheidsgraad of tijdrovendheid van een patiënt, hun werk zo goed mogelijk doen in de zekerheid dat daar een rechtvaardige honorering tegenover staat. Voor zorgverzekeraars geldt dat zij niet via een achterdeur selectie moeten toepassen. Voor verzekeringnemers ten slotte geldt dat zij, conform het principe van ‘verzekeren’, bereid moeten zijn van te voren voor mogelijke gezondheidsproblemen te betalen, en niet selectief als het eenmaal zover is.

Lijst van geïnterviewde personen¹

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat
Hoofd afdeling gynaecologie en obstetrie
Universitair Medisch Centrum St. Radboud

Mevrouw prof. dr. L.J. Gunning-Scheper
Voorzitter Raad van Bestuur
Amsterdam Medisch Centrum

Drs. P.P.T. Jeurissen
Financieel-economisch adviseur
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Drs. M.H.A. Luger
Oogarts
Medisch Directeur VisionClinics Bussum

Dr. B. Van Rooyen
Orthopedisch chirurg
VU Medisch Centrum

Drs. J.W.P. Schnerr
Algemeen Directeur Hofpoort Ziekenhuis Woerden
Voorzitter Raad van Bestuur ZUWE

Drs. S.J.M. Wijthoff
Plastisch chirurg
Reinier de Graaf Groep, Delft/Voorburg

Plastisch chirurg, werkzaam in algemeen en academisch ziekenhuis, en in privé-kliniek

Hoofd afdeling oogheelkunde academisch ziekenhuis

Orthopedisch chirurg, werkzaam in privé-kliniek

Klinisch psycholoog, werkzaam in een regionaal psychiatrisch centrum

Lid Raad van Bestuur academisch ziekenhuis

¹ De personen die anoniem wilden blijven, zijn alleen met hun functie aangeduid.

Literatuur

Commissie keuzen in de zorg. Kiezen en delen: advies in hoofdzaken. Ministerie van WVC, 1991.

Croonen, F.J.M. Ondernemerschap in het ziekenhuis. Medisch Contact, 59, 2004, no. 7, p. 244-247.

Sol, J.C.A. en W.A. van den Bosch. Oneerlijke concurrentie tussen particuliere en reguliere zorg. Medisch Contact, 58, 2003, no. 46, p. 1786 – 1788.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerking in de medisch-specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Thiadens, G.A.M. en J.P. Savenije. Budgetplafond en dbc gaan niet samen. Medisch Contact, 59, 2004, no. 6, p. 204-207.

Lijst van gebruikte afkortingen

AL	lid van de Raad van Bestuur academisch ziekenhuis
AO	hoofd afdeling oogheelkunde academisch ziekenhuis
AV	voorzitter Raad van Bestuur academisch ziekenhuis
RPL	plastisch chirurg werkzaam in regionaal ziekenhuis
RV	voorzitter Raad van Bestuur regionaal ziekenhuis
PO	oogarts en medisch directeur privé-kliniek
PPL	plastisch chirurg o.a. werkzaam in privé-kliniek

De overige geïnterviewden konden in de tekst steeds voluit worden vermeld.