

Patiënt of Klant?

Een vergelijking van een academisch en een algemeen ziekenhuis in de zorgmarkt



Lesley Post

Bachelorscriptie



"The good news is, you'll be a real money-maker for us"

Universiteit Utrecht
Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Leerkring Bestuur&Beleid
Bachelor 3
Vakcode: USG 07.303
mei 2008
Vakdocent: Drs. A. Bos
Studentnummer: 0110760

Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelorscriptie die gemaakt is ter afsluiting van de leerkring Bestuur en Beleid. Het is hiermee ook direct de afsluiting van de bacheloropleiding Bestuurs- en Organisatiewetenschappen aan de Universiteit Utrecht.

Ik heb tijdens het uitvoeren van dit onderzoek ontzettend veel geleerd. Soms was het zwaar, zowel voor mij als voor de mensen in mijn omgeving, die het woord ‘marktwerking’ op het laatst niet meer konden horen.

Toch heb ik ook heel veel plezier aan beleefd. Dit is te danken aan de twee ziekenhuizen die mij erg geholpen hebben, en dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt; Het Academisch Medisch Centrum en het Zaan Medisch Centrum.

Van het AMC zou ik graag Betty Schinkel willen bedanken, die mij geweldig door het grote ziekenhuis geloodst heeft. Dit geldt natuurlijk ook voor Ben Post van het ZMC, die zijn kantoor beschikbaar stelde, zodat ik tussen de huilende baby's op de afdeling verloskunde mijn transcripties kon uitwerken.

Maar misschien heb ik nog wel het meeste plezier beleefd tijdens de werkgroepbijeenkomsten. Zij waren zowel buitengewoon leerzaam als gezellig. En die combinatie is vooral te danken aan mijn begeleidster Aline Bos. Bedankt hiervoor.

Lesley Post

Utrecht, 2008

Samenvatting

Op 1 januari 2006 is het nieuwe zorgstelsel ingevoerd. Dit moet de efficiency en transparantie in de zorgsector vergroten, maar bovenal de zorg betaalbaar houden. Dit moet gebeuren doordat verzekeraars verschillende verzekeringspakketten gaan verkopen aan hun klanten tegen een zo laag mogelijke prijs met een zo hoog mogelijke kwaliteit. Om dit te kunnen aanbieden, kopen zorgverzekeraars zorg in van ziekenhuizen. Hiertoe sluiten zij zorgcontracten met elkaar af waarover eerst onderhandeld kan worden. Het idee is dat ziekenhuizen zo goedkoop mogelijk gaan werken met een goede kwaliteit van zorg zodat zorgverzekeraars vooral bij hen zorg inkopen en niet bij een concurrerend ziekenhuis. Zo kan een ziekenhuis zijn omzet verhogen. Deze concurrentie geldt niet voor alle behandelingen maar slechts voor de DBC's in het B segment. Een DBC kan omschreven worden als een zorgproduct dat het hele traject van een bepaalde behandeling omvat.

Volgens de overheid kunnen academische ziekenhuizen gewoon aan deze marktwerking mee doen. Ondanks dat zij aparte financiering krijgen voor specialistische zorg, onderwijs en onderzoek. Dit onderzoek zet hier vraagtekens bij. Doet een academisch ziekenhuis wel mee aan de marktwerking als het gedeelte waarop geconcurrereerd wordt slechts één a twee procent van het hele budget beslaat, dit ten opzichte van de algemene ziekenhuizen waar dit zo een zeven procent bedraagt.

Daarom is onderzocht hoe verschillend het AMC (academisch) en het ZMC (algemeen) op de marktwerking reageren en hoe dit valt te verklaren.

De uitkomst is dat het ZMC inderdaad meer aan de marktwerking participeert dan het AMC. Het ZMC is zich meer bewust dat de prijs van de behandelingen laag moet blijven en dat het de klanten tevreden moet houden omdat zij deze anders kwijtraken aan andere ziekenhuizen. Bij het AMC is dit minder het geval.

Dit valt ondermeer inderdaad te verklaren doordat er bij het AMC slechts weinig behandelingen in het B segment vallen en deze zondoende maar een klein deel van de zorg uitmaken. Daarnaast is het AMC voor veel patiënten de enige plek waar ze geholpen kunnen worden, dit in tegenstelling tot het ZMC die veel gelijke ziekenhuizen als concurrent heeft. Tot slot is de cultuur in beide ziekenhuizen anders. Het feit dat het AMC zo groot en hiërarchisch is maakt dat veranderingen moeilijker zijn door te voeren dan in het ZMC waar de communicatielijnen kort zijn.

Inhoudsopgave

Voorwoord	i
Samenvatting	ii
Inhoudsopgave	1
<u>Inleiding</u>	<u>2</u>
1. Het nieuwe zorgstelsel	4
1.1 Probleemstelling	6
1.2 Relevantie van het onderzoek	8
1.3 Vraagstelling	9
1.4 Onderzoeksorganisaties	11
<u>Theoretisch Deel</u>	<u>12</u>
2. Marktwerking	13
2.1 De opkomst van de markt: New Public Management	13
2.2 Wat is de markt?	15
2.3 Hoe werkt marktwerking in de zorgsector?	17
2.4 Prijs	18
2.5 Kwaliteit	20
3. De Stakeholders	22
3.1 Professionals	22
3.2 Het Ziekenhuis	23
3.3 Zorgverzekeraars	25
3.4 Zorgvragers	25
3.5 Verwachtingen	27

Empirisch Deel	29
4. Methoden en Technieken	30
4.1 Methoden	30
4.2 Techniek	31
4.3 Analyse	32
4.4 Respondenten- en organisatieselectie	32
4.5 Operationalisatie	34
5. Marktwerking bij het Academisch Medisch Centrum	35
5.1 Prijs	35
5.2 Kwaliteit	37
5.3 En verder	39
6. Marktwerking bij het Zaans Medisch Centrum	41
6.1 Prijs	41
6.2 Kwaliteit	43
6.3 En verder	45
7. Het AMC en het ZMC; De verschillen	47
7.1 Wat is het verschil?	47
7.2 Hoe valt dit verschil te verklaren?	48
Concluderend Deel	50
8. Conclusie	51
8.1 Prijs	51
8.2 Kwaliteit	52
8.3 En verder	53
8.4 Tot slot	53
9. Reflectie	54
Literatuurlijst	55
Bijlage: Interviewvragen	59

Inleiding

“Zou ik vandaag kunnen uitchecken?”

Hoewel men deze vraag eerder in een hotel verwacht, werd hij onlangs gesteld door een patiënt op de afdeling chirurgie van het Zaans Medisch Centrum. Het is een goed voorbeeld van hoe de marktwerking in de ziekenhuiszorg steeds zichtbaarder wordt. Zo verandert ook de houding van de patiënt, nu ziekenhuizen hen anders zijn gaan benaderen door de invoering van de marktwerking. Ook streven veel ziekenhuizen tegenwoordig naar een hotelmatige gastvrijheid om genoeg patiënten, (of beter gezegd klanten), te werven. Doen zij dit niet, dan gaat de patiënt wellicht naar een ander concurrerend ziekenhuis, waar men vriendelijker behandeld wordt en loopt het ziekenhuis inkomsten mis.

1. Het nieuwe zorgstelsel

Vanaf 1 januari 2006 was het zover; de nieuwe zorgverzekeringswet werd ingevoerd.

Het doel hiervan is dat de zorgconsument gaat kiezen tussen verschillende verzekeringen en verschillende zorgaanbieders. Dit moet meer concurrentie bewerkstelligen tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Hierdoor moeten de betaalbaarheid, efficiency en transparantie in de zorgsector vergroot worden.¹

Van de verzekeraars wordt verwacht dat zij verschillende verzekeringspakketten gaan aanbieden aan hun klanten tegen een zo laag mogelijke prijs met kwalitatief goede zorg.

De verzekeraars kopen hiervoor zorg in van de ziekenhuizen. Dit kan door middel van zorgcontracten waarover onderhandeld kan worden tussen het ziekenhuis en de verzekeraar. Het idee is dat zorgverzekeraars voornamelijk contracten willen afsluiten met goedkope en kwalitatief goede zorg. Zo zouden de ziekenhuizen met de goedkoopste en de beste zorg meer zorgcontracten met zorgverzekeraars kunnen sluiten en dus meer winst maken.²

Deze zorgcontracten beslaan nog niet alle behandelingen in de ziekenhuiszorg, maar heeft betrekking op een beperkt aantal Diagnose Behandel Combinaties, (DBC's). Een DBC kan omschreven worden als een zorgproduct dat het hele traject van een bepaalde behandeling omvat; van diagnose, naar behandeling tot en met de nazorg. Aan elke DBC hangt een 'prijskaartje' en is ingedeeld in het A of B segment. Voor de DBC's in segment A staat de prijs vast. Hieronder vallen de behandelingen die volledig worden vergoed door de basisverzekering zoals kraamzorg of de ergotherapeut. Voor de DBC's in segment B is dit niet het geval en hierover kan dus geconcurrereerd en onderhandeld worden. Voorbeelden van

¹ Meijer (2006) p. 4

² Deursen (2005) p.22

behandelingen die onder segment B vallen zijn bijvoorbeeld het knippen van amandelen, het verwijderen van nierstenen of een borstverkleining. Sinds 1 januari 2008 beslaan DBC's uit segment B 20% van alle ziekenhuiszorg. Verwacht wordt dat dit uiteindelijk uitgebreid zal worden tot 70%.³

Dit nieuwe systeem heeft zijn weerslag op de zorgconsument. Als de prijzen van de behandelingen hoger worden, zal de zorgverzekeraar namelijk de premie voor de klanten moeten verhogen om toch nog winstgevend te kunnen zijn. Zodoende wordt er meer voor de zorg betaald.

Ook kan het gebeuren dat als een zorgverzekeraar de prijs van een bepaalde DBC in een ziekenhuis te hoog vindt, deze besluit om de behandeling minder of helemaal niet meer bij dit ziekenhuis in te kopen, maar bij een ander concurrerend ziekenhuis. Gevolg is dan dat het ziekenhuis minder behandelingen uit kan voeren en dus inkomsten misloopt. Dit zal een ziekenhuis proberen te voorkomen door de prijs zo laag mogelijk te houden.

Behalve op prijs wordt er ook geconcentreerd op kwaliteit. Voorwaarde hiervoor is wel dat de zorgconsument informatie heeft over de prestaties van de ziekenhuizen, anders wordt het de patiënt onmogelijk om ziekenhuizen onderling te vergelijken.⁴ Iets wat noodzakelijk is voor het goed functioneren van een markt.⁵ Hierbij gaat het onder andere om het tegemoetkomen van wensen van de patiënt, zoals bejegening, wachtlijsten en klantvriendelijkheid, maar ook om de kwaliteit van de behandelingen zelf.⁶

Deze informatie over de prestaties van ziekenhuizen is al bij verschillende bronnen te vinden. Elsevier, Het Algemeen Dagblad en Roland Berger Consultancy hanteren verschillende ranglijsten voor ziekenhuizen. Ook het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid publiceert uitgebreide informatie over zorgaanbieders op de website www.KiesBeter.nl. Tevens houden ziekenhuizen zelf klanttevredenheidsonderzoeken.

Bij de zorginkoop van de DBC's zullen de zorgverzekeraars deze patiëntenervaringen en wensen moeten laten meewegen.⁷ De klant zal immers kiezen voor de zorgverzekeraar die contracten heeft met de beste ziekenhuizen.

In figuur 1 wordt de marktwerking in de ziekenhuiszorg nog eens schematisch weergegeven.

³ <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/specialistische-informatie-over-dbc-in-ziekenhuizen/dbc-in-ziekenhuizen-2008---2011/default.asp> geraadpleegd op 5-2-2008

⁴ Meijer (2004), p.65

⁵ Stone (2002) p. 71

⁶ Raad voor de Volksgezondheid (2003) p. 7

⁷ Crommentuyn (2007) p.606

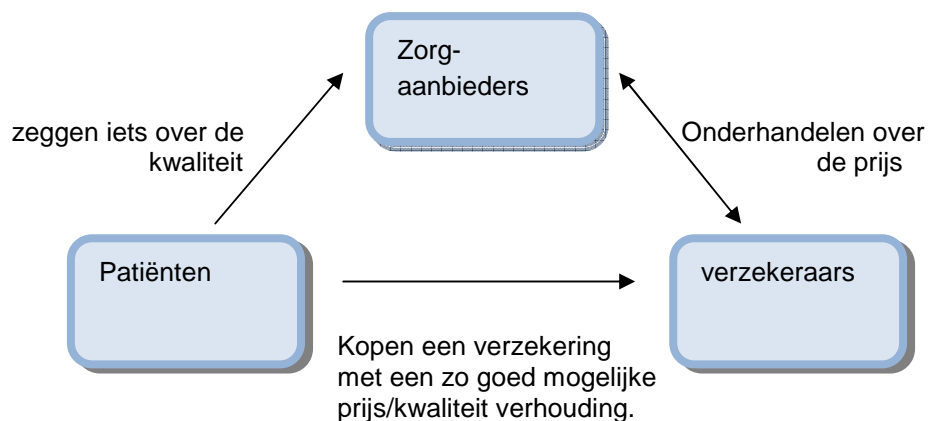


Fig.1 Schematische weergave van onderlinge verhoudingen stakeholders

1.1 Probleemstelling

In 2006 kwam het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de brief ‘Publieke functies van de UMC’s in een marktomgeving’. Hierin verkondigt het ministerie dat academische ziekenhuizen wat betreft de basispatiëntenzorg net als andere ziekenhuizen gewoon aan de marktwerking mee kunnen doen.

De bekostiging van de zeer specialistische patiëntenzorg, waarvan het academisch ziekenhuis vaak het eindstation is, oftewel de zogenaamde topreferente zorg wordt niet aan de markt overgelaten. Het publieke belang en voldoende aanbod en kwaliteit zouden dan niet gewaarborgd zijn. Topreferente zorg is over het algemeen duur en niet winstgevend.

Daarnaast krijgen de academische ziekenhuizen een apart budget voor innovatie, ontwikkeling en onderwijs.

Figuur 2 geeft de verschillende geldstromen van de acht academische ziekenhuizen weer.⁸

⁸ Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006)

NWO, Industrie, collectebusfondsen	500
Rijksbijdrage faculteit	400
Rijksbijdrage werkplaats	500
Academisch component	580
A segment en topreferente zorg	2200
B segment	80

Fig. 2 Tabel Academische ziekenhuizen en hun geldstromen. In miljoenen euro's

Duidelijk is te zien dat het gedeelte waar de marktwerking op van toepassing is, (B segment, 80 miljoen), slechts 1.87% van het budget uitmaakt. Bij een algemeen ziekenhuis als het Zaans Medisch Centrum bedraagt dit gedeelte 7%.⁹

Hierdoor zou men zich kunnen afvragen of ziekenhuizen überhaupt gevoelig zijn voor de marktwerking in de zorg. Vooral bij academische ziekenhuizen zou het kunnen zijn dat de drang om op de markt te reageren niet erg groot is, als het gedeelte waarop geconcurrereerd moet worden nog geen twee procent is.

Dit onderzoek wil zich hierop richten. Vooral door de medewerkers van ziekenhuizen te vragen wat hun ervaring is met de marktwerking in de ziekenhuiszorg. Maakt het voor de werkvloer uit dat het marktsegment in het financiële kader slechts een relatief klein belang heeft? Er wordt hierbij vanuit gegaan dat deze ervaringen van werknemers authentiek en echt zijn, wat de uitspraken zeggingskracht geeft en waarde voor dit onderzoek.

⁹ Zaans medisch centrum, jaardocument 2006 p. 65

1.2 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek zal op twee manieren relevant moeten zijn, namelijk zowel wetenschappelijk als maatschappelijk. Wetenschappelijke relevantie geeft aan bij welke bestaande onderzoeken dit onderzoek aansluit en waar eventuele openstaande vragen nog beantwoord kunnen worden. Met maatschappelijke relevantie wordt er gekeken naar het nut van het onderzoek voor de maatschappij.

Wetenschappelijke relevantie

Er is al zeer veel geschreven over marktwerking in de zorg. Asselman behandelt in 'kostprijzen in ziekenhuizen' de veranderende financiering in de ziekenhuis zorg en de gevolgen hiervan. Daarnaast wijdt hij een paragraaf aan de verschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen.¹⁰

Putters heeft in 2003 onderzoek gedaan naar hoe ziekenhuizen zullen gaan anticiperen op marktprikkels. Maar het onderzoek 'Anticiperen op marktwerking' is ook nog van voor de invoering van de DBC's.¹¹ Tevens heeft Putters onderzoek gedaan naar de veranderingen in het ziekenhuismanagement doordat meer ondernemersgedrag wordt verwacht.¹²

Ook zijn er meerdere onderzoeken in de VS gedaan naar de marktwerking in de zorg, maar dit onderzoek richt zich slechts op Nederland.

Maatschappelijke relevantie

Daarnaast is het onderzoek ook maatschappelijk zeer relevant. De overheid wil al jaren dat ziekenhuizen efficiënter en klantgerichter gaan werken, maar er is nog maar weinig bekend over of dit echt gebeurt. Dit terwijl patiënten zich steeds meer als klant gaan gedragen.¹³

Daarnaast heeft het ministerie van VWS in de nota 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving' laten zien hoe zij de marktwerking bij academische ziekenhuizen voor ogen ziet. De vraag is echter of dit wel realistisch is als academische ziekenhuizen aparte financiering blijven houden voor bijzondere zorg, innovatie en onderwijs.

Ook in de media wordt er veel aandacht besteed aan marktwerking in de ziekenhuiszorg. Tijdens de uitvoering van het onderzoek verschenen er vrijwel iedere week artikelen die betrekking hebben op dit onderwerp. Het maatschappelijk debat is dus in volle gang.

¹⁰ Asselman (2008)

¹¹ Putters (2003)

¹² Putters (2001)

¹³ Raad voor de volksgezondheid (2003) p. 18

1.3 Vraagstelling

Marktwerking in de zorg heeft steeds meer invloed op hoe ziekenhuizen zorg aan hun patiënt leveren. Daarnaast zijn er verschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen.¹⁴ Hoe deze verschillen zich laten zien ten opzichte van de marktwerking is nog niet duidelijk. In dit onderzoek wordt er gekeken naar het Academisch Medisch Centrum als academisch ziekenhuis en als algemeen ziekenhuis wordt het Zwaans Medisch Centrum onderzocht.

De volgende vraag staat hierbij centraal in dit onderzoek:

Wat zijn de verschillen in hoe de marktwerking doorwerkt bij het AMC en bij het ZMC op de afdeling chirurgie en hoe zijn deze te verklaren?

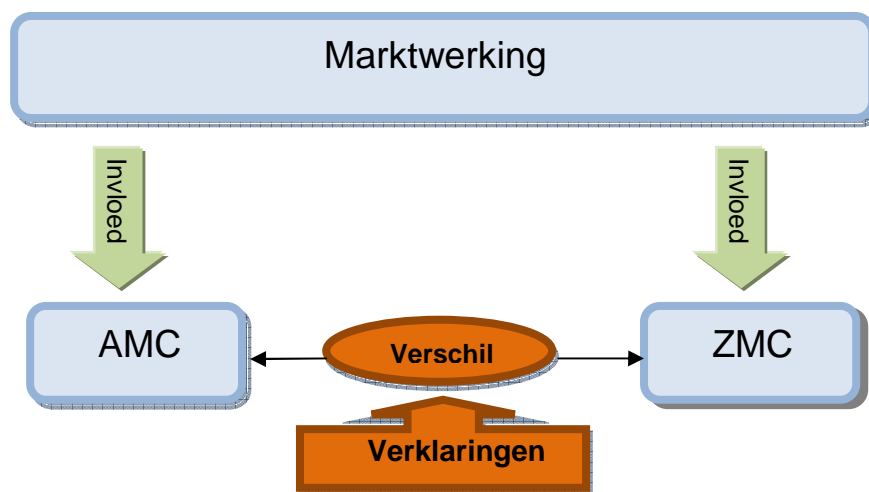


Fig. 3 Schematische weergave van de vraagstelling

In het onderzoeksmodel (fig. 3) is de onderzoeksvraag schematisch weergegeven. Te zien is dat marktwerking een invloed heeft op zowel het AMC als het ZMC, dit kan bijvoorbeeld zijn op het beleid, management of de patiëntenzorg. Hoe deze ziekenhuizen op deze marktwerking reageren verschilt onderling. Waarom daar een verschil in zit zal dit onderzoek proberen te verklaren.

De marktwerking bestaat niet uit één geheel maar uit verschillende aspecten die samen voor marktwerking zorgen. Wat deze aspecten precies zijn zal eerst uiteengezet worden aan de hand van de bestaande literatuur in het theoretisch kader. Hierbij worden de theoretische deelvragen beantwoord.

¹⁴ Asselman (2008) p.231

Theoretische deelvragen

1. Wat is marktwerking?
2. Wat houdt de marktwerking in de zorg in?
3. Uit welke aspecten bestaat de marktwerking in de ziekenhuis zorg?
4. Wie zijn de stakeholders?

Daarna zal het empirische onderzoek beginnen. Hiervoor zijn er verschillende deelvragen geformuleerd die samen de hoofdvraag zullen beantwoorden.

Empirische deelvragen

1. Op welke manier hebben de verschillende aspecten van de marktwerking invloed op het AMC?
2. Op welke manier hebben de verschillende aspecten van de marktwerking invloed op het ZMC?
3. Wat is zijn de verschillen in hoe de marktwerking doorwerkt op het AMC en het ZMC?
4. Hoe zijn deze verschillen te verklaren?

De eerste twee vragen worden empirisch onderzocht door middel van zowel documentanalyse als kwalitatief onderzoek. Hierbij wordt gekeken naar de aspecten van de marktwerking zoals deze naar voren zijn gekomen bij het theoretisch kader. Voor de laatste twee deelvragen zullen de bevindingen van de eerste en de tweede deelvraag gebruikt worden.

1.4 Onderzoeksorganisaties

Dit onderzoek wordt gedaan bij twee verschillende ziekenhuizen. Het Zaan Medisch Centrum, (ZMC), wat een algemeen (streek) ziekenhuis in Zaanstad is en het Academisch Medisch Centrum (AMC), een academisch ziekenhuis in Amsterdam.

Zaans Medisch centrum

Het Zaan Medisch Centrum is een regionaal georiënteerd ziekenhuis voor de Zaanstreek en omgeving. Het ZMC levert de basis medisch-specialistische zorg, waarbij zij zich profileren op verschillende vakgebieden; dialyse, oncologie, psychiatrie en de regionale functie van de laboratoria.

Op 31 december 2006 had het ziekenhuis 1079 personeelsleden (in fte) waarvan 115 fte voor specialisten. Het totaalbedrag bedrijfsopbrengsten was € 100.118.589,- voor het jaar 2006.

Het totaal aantal van de geopende DBC's was 21.152 waarvan er 4801 in segment B vielen. Hiermee verdiende het ZMC € 6.719.913,-¹⁵

Academisch Medisch centrum

“Het AMC omvat het Academisch Ziekenhuis en de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. De kernactiviteiten van het AMC liggen op het gebied van patiëntenzorg, (medisch), wetenschappelijk onderwijs en (medische) opleidingen, en wetenschappelijk onderzoek. Kennis is hierbij de bindende factor: het gaat bij de kernactiviteiten om kennisontwikkeling, kennisoverdracht en kennistoepassing.” Op 31 december 2006 had het AMC een personeelsbezetting van 6078 fte met 373 fte voor arts-assistenten en 393 fte voor co-assistenten. Het totaalbedrag bedrijfsopbrengsten was in het jaar 2006 € 593.514.000,- Aan DBC's in segment B verdiende het AMC € 5.900.000,-¹⁶

	Totaal fte	Totaal bedrijfsopbrengsten	DBC-B segment opbrengsten	Percentage DBC-B segment van totale opbrengsten
AMC	6078	€ 593.514.000,-	€ 5.900.000,-	1 %
ZMC	1079	€ 100.118.589,-	€ 6.719.913,-	6,7%

Fig. 4 Het ZMC en het AMC in fte en opbrengsten.

¹⁵ Zaan Medisch Centrum, Jaardocument 2006

¹⁶ Academisch Medisch Centrum, Jaarverslag 2006

Theoretisch

Deel

2. Marktwerking

Met marktwerking in de zorg wordt bedoeld dat er concurrentie is tussen de zorgaanbieders. Economen zijn het erover eens dat concurrentie in veel gevallen een goede uitwerking op de welvaart heeft. Toch is het goed om nog eens te bekijken wat ook alweer het basisprincipe is van de marktwerking. Daarnaast wordt er in dit hoofdstuk gekeken naar wat deze concurrentie specifiek betekent voor de gezondheidszorg. Hierbij gaat het vooral over de twee pijlers van de marktwerking; de prijs en de kwaliteit van de dienstverlening. Deze twee aspecten zullen dan ook behandeld worden.

Maar als eerste wordt het New Public Management besproken, dit kan gezien worden als de motor achter de privatisering van veel overheidstaken.¹⁷

2.1 De opkomst van de markt: New Public Management

De opkomst van het New Public Management (NPM) is een aangrijpende verandering geweest voor het openbaar bestuur. NPM gaat vooral om het efficiënter laten werken van publieke organisaties. Hierbij wordt het NPM vaak gezien als een pleitbezorger voor de marktwerking.¹⁸

NPM heeft zijn wortels in een aantal grote trends van de laatste decennia:

- De poging om de groei van de overheid te beperken of zelfs te laten krimpen, dit voornamelijk op het gebied van publieke uitgaven en aantallen werknemers.
- De verschuiving naar privatisering en semi-privatisering en weg van de kerntaken van de overheid.
- De ontwikkeling van de automatisering en de informatisering.
- De ontwikkeling van een meer internationale agenda.¹⁹

Dit resulteerde in de jaren tachtig tot het NPM. Het NPM kan worden samengevat in een aantal 'doctrines'. Deze maatregelen moeten zorgen voor een efficiëntere manier van werken in het publieke domein.

- 'Hands-on professional management' zorgt voor een actieve en zichtbare controle op de organisatie.
- Procedures worden gestandaardiseerd en meetbaar gemaakt, doelen worden gedefinieerd. Dit zoveel mogelijk in kwantitatieve cijfers.

¹⁷ Hood (1991) p. 2

¹⁸ Hood (1991) p. 2

¹⁹ Hood (1991) p. 3

- Grotere nadruk op de controle van de output.
- Units worden meer op het product gevormd dan naar procedure.
- Meer competitie en rivaliteit voor lagere kosten en betere standaarden.
- Management stijlen uit de private sector worden overgenomen.
- Meer discipline in het gebruik van resources door het snijden in directe kosten. ‘Meer doen met minder’²⁰

Zo gezien is het NMP vooral een wereld van metingen, checks and balances. Deze metingen maken een het mogelijk om een duidelijke objectieve link te maken tussen output en outcome. Dit maakt dat de procedures transparanter worden. Op deze manier kan er gesproken worden van ‘*management by measurement*’. Door het meten van de resources, inkomsten en uitkomsten kan het management worden aangepast om tot een zo effectief mogelijk resultaat te komen.²¹

Ook in de zorg worden er steeds meer metingen gedaan. Er wordt zowel gemeten wat de kwaliteit van de inhoudelijke zorg is, bijvoorbeeld door het melden van incidenten, doorligplekken, ondervoeding, infecties etc. Maar ook wat de patiënten als kwaliteit ervaren.²² Daarnaast wordt er sinds de invoering van de DBC’s door ziekenhuizen pas echt gekeken hoe veel een behandeling kost en moet gaan opleveren.²³

Er is veel kritiek op deze nieuwe manier van managen. Ten eerste zou het NPM veel weg hebben van ‘de nieuwe kleren van de keizer’. Het heeft wel voor kleine veranderingen gezorgd, maar de oude problemen en zwakheden blijven in het publieke domein. Ten tweede zou het NPM de publieke sector vooral schade hebben toegebracht doordat men ineffectief bleef werken terwijl veel belangrijke competenties van de frontlinie werden weggenomen.

Ten derde wordt er gesuggereerd dat het NMP vooral handig is voor de carrières van een kleine groep nieuwe managers. Er zouden voornamelijk managers bijkomen en het aantal mensen op de werkvloer zou verminderen.²⁴

Specifiek op de zorgsector zouden de professionals helemaal niet meer zeggenschap gekregen hebben over het beleid. Hun mening zou slechts gevraagd worden tijdens de implementatie en dan alleen nog over de medische kwesties.²⁵ Dit probleem wordt verder behandeld in het hoofdstuk Stakeholders.

²⁰ Hood (1991) p. 4-5

²¹ Noordergraaf (2003) p. 1

²² Quaethoven (1999) p. 83

²³ Asselman (2008) p. 15

²⁴ Hood (1991) p. 9

²⁵ Cairney (2002) p. 394-395

2.2 Wat is de markt?

Zoals in de vorige paragraaf behandeld, heeft het NPM er toe geleid dat veel overheidstaken geprivatiseerd worden. Een logisch gevolg hiervan is dat de markt zijn intrede doet in de publieke sector. In deze paragraaf wordt de markt besproken, wat houdt de markt in en wat zijn de voor- en nadelen?

De markt draait om concurrentie. Voor het kernbegrip concurrentie worden veel definities gehanteerd. ‘Werkbare competitie’ werd geïntroduceerd door Clark, welke de volgende definitie gebruikte:

“Competition is rivalry in selling goods, in which each selling unit normally seeks maximum net revenue, under conditions such that the price or prices each seller can charge are effectively limited by the free option of the buyer to buy from the rival seller or sellers of what we think of as ‘the same’ product, necessitating an effort by each seller to equal or exceed attractiveness of the others’ offerings to a sufficient number of sellers to accomplish the end in view.”²⁶

De definitie van Mamuth uit *Markteconomie, analyse en evaluatie* heeft meer betrekking de aspecten die belangrijk zijn als graadmeter voor de marktwerking, de prijs en de kwaliteit:

“Marktwerking houdt in dat de beslissingen over produceren, consumeren en verdelen van goederen en diensten worden genomen door de individuele producenten, consumenten en bezitters van de productiemiddelen. Daarbij spelen prijs en kwaliteit een belangrijke rol. Omdat prijzen een indicatie zijn van de relatieve schaarste van een product, helpen ze bij de allocatie. Prijzen voor productiefactoren beïnvloeden de omvang van hun inzet en ook de verdeling. Bovendien spelen prijzen en kwaliteit een belangrijke rol in het concurrentieproces van de markt. Men concurreert met een lagere prijs en een beter product”²⁷

Beide definities gebruiken dezelfde kernwoorden: producenten/verkopers, consumenten/kopers, prijs en kwaliteit. Aan de hand van de laatste twee begrippen kan de consument beslissen van welke producent hij het beste een product kan afnemen.

²⁶ Clark (1940) p. 243

²⁷ Mamuth (1991) p. 20

Voorwaarde hiervoor is wel dat de afnemers de benodigde informatie hebben. In de realiteit is dit vaak niet het geval. Klanten hebben niet de kennis of de mogelijkheden om alle opties goed te kunnen beoordelen.²⁸

Dit probleem van het niet kunnen overzien van de hele markt speelt ook bij de overheid. Als de overheid zou beschikken over alle informatie over de individuele keuzes en voorkeuren van burgers, capaciteiten van instellingen, efficiëntie, innovaties etc., zou concurrentie niet nodig zijn geweest. Dan zou de overheid via centrale regulering het perfecte plan kunnen opstellen met maximale efficiëntie zonder verspilling. Ondertussen weten we dat het onmogelijk is voor de overheid om zo een plan te maken. Reden hiervoor is dat de overheid ook niet alle informatie heeft om de hele markt te kunnen overzien. Op decentraal niveau, bij de afnemers en de aanbieders, is er in de regel meer informatie beschikbaar dan bij de overheid. Het individu is vaak nog beter geïnformeerd en producenten hebben vaak beter zicht op innovatieve mogelijkheden. Bij concurrentie wordt dus gebruik gemaakt van decentrale kennis en informatie die bij centrale overheidsplanning niet wordt benut.²⁹

Toch wil marktwerking niet zeggen dat er maatschappelijk gewenste besluiten worden genomen. Daardoor is er toch een rol voor de overheid weggelegd. Op twee punten wordt deze vervuld. Ten eerste moeten monopolies, kartelvorming en prijsafspraken bestreden worden. Hiervoor worden toezichthouders ingesteld. In de tweede plaats moet de overheid ingrijpen als de markt te grote negatieve externe effecten genereert, of dan wel als er sprake is van marktfalen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld geluidsoverlast of milieuvervuiling. Het gaat hier om maatschappelijk ongewenste gevolgen waar de marktpartijen geen prijs voor betalen.³⁰

²⁸ Stone (2002) p.80

²⁹ Stiglitz (1994) hoofdstuk 7

³⁰ Stiglitz (1994) hoofdstuk 7

2.3 Hoe werkt marktwerking in de zorgsector?

De zojuist genoemde rol voor de overheid geldt ook in de zorgsector.

Juist in de zorg is men beducht voor maatschappelijke ongewenste uitkomsten. Daarom verlangt de overheid een bepaalde houding van de verschillende stakeholders, (zorgaanbieders, verzekeraars, verzekerden), en probeert zij bij te dragen aan de transparantie in de zorg. Door voldoende informatie te geven kan de overheid ervoor zorgen dat de concurrentie in de zorg mogelijk gemaakt wordt.³¹

Maar de concurrentie werkt anders in de zorg dan bij 'gewone' goederen en diensten. Als men bepaalde 'gewone' producten niet kan krijgen is dat vervelend, maar goede zorg is essentieel. Daarnaast heeft het aanschaffen van een verkeerd product vaak minder catastrofale gevolgen als bijvoorbeeld een verkeerde operatie. Ook wordt de zorg merendeels betaald door middel van verzekeringen. Hierdoor ontstaat er een belangentegenstelling. Klanten willen zich niet tegen alle mogelijke risico's verzekeren, maar als zij zorg nodig hebben zullen zij, zolang de zorg door de verzekeraar wordt betaald, niet kijken naar de kosten van de geleverde zorg. Dit wordt door de verzekeraars ook wel *moral hazard* genoemd. Tot slot kan een patiënt vaak geen goed oordeel geven over de kwaliteit of de noodzakelijkheid van een behandeling. Dit geldt ook vaak voor verzekeraars. Hier is er weer sprake van onvolledige informatievoorziening.³²

Doordat de zorg in Nederland loopt via verzekeringen spreken we hier ook wel van gereguleerde concurrentie. In de VS spreken ze over 'managed competition', dit betekent dat de zorgverzekering en het zorgaanbod worden samengevoegd in een 'health plan'.³³ Consumenten of vertegenwoordigers van een groep consumenten (werkgevers, overheid of andere collectieven) kopen hierbij zorg in bij verschillende aanbieders van 'health plans'. Managed competition was opgezet om meerdere soorten van marktfalen op de Amerikaanse markt voor de gezondheidszorg uit te sluiten.³⁴

Gereguleerde marktwerking zoals die in Nederland is zit iets anders in elkaar. Hier is de kern van het beleid het stelsel van zorgcontracten. Hierin sluiten zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten met elkaar af over de te leveren zorg en de daaraan verbonden kosten. De commissie-Dekker stelde voor dat zorgverzekeraars zich zouden profileren door naar prijs en kwaliteit verschillende verzekeringspakketten aan te bieden. Consumenten konden dan kiezen welke prijs/kwaliteitverhouding hen het meeste aansprak. Er is overigens wel een

³¹ Putters (2003) p. 42

³² Woolhandler (2007) p. 1127

³³ Enthoven (1988) p. 76

³⁴ Bernard (1994) p. 9

acceptatieplicht voor de verzekeraars en de plicht om minimaal een bepaald basispakket aan te bieden.³⁵

2.4 Prijs

De prijs of budgettering is naast de kwaliteit van de zorg één van de pijlers waar de marktwerking op rust. Hoe de begroting van een ziekenhuis eruit ziet is daarom belangrijk voor de concurrentiepositie. Daarom is het voor de concurrentiepositie belangrijk hoe de begroting van een ziekenhuis eruit ziet. Immers hoe goedkoper zij werken, hoe goedkoper hun product kan zijn en hoe meer contracten zij met zorgverzekeraars zullen afsluiten.³⁶

Zoals bij de inleiding al eerder is uitgelegd verloopt de financiering van de zorg nu via de Diagnose behandel Combinaties (DBC's). Voor 2005 kregen ziekenhuizen hun geld zonder dat zij zich al te veel zorgen hoefde te maken over wat zij daarvoor deden. De gemaakt kosten werden vergoed en de patiënten kwamen toch wel. De financiering van ziekenhuizen is echter tegenwoordig veel minder zeker geworden nu er geconcurrerd moet worden op de prijs, om zo voldoende klanten te krijgen. Dit heeft grote gevolgen voor de ziekenhuizen, zij zijn namelijk ondernemer geworden.³⁷

Sinds de marktwerking is ingevoerd zijn ziekenhuizen begonnen met het systematisch bepalen van de kostprijzen van de geleverde zorg. Uiteraard werden eerder ook al kostenberekeningen gemaakt, maar deze waren slechts incidenteel en vaak onnauwkeurig. Door het ontbreken van een duidelijke relatie tussen de kosten, productie en opbrengsten miste het management informatie om juiste beslissingen te nemen. Met de invoering van de DBC's is er meer inzicht ontstaan in de geleverde zorgproducten, de opbrengsten en de kosten. Hieruit is gebleken dat veel behandelingen verliesgevend zijn, vooral op de afdeling chirurgie. Zo krijgt een ziekenhuis per opgenomen patiënt € 1500,- + € 40,-per verpleegdag. Dit leidt tot perverse prikkels, want met deze financiering is een 'opname ter observatie' zeer winstgevend, maar op bijvoorbeeld een diabetische voet wordt juist €2500,- verlies geleden. Een ziekenhuis zal dus zo veel mogelijk patiënten ter observatie opnemen en een diabetische voet doorverwijzen naar een academisch ziekenhuis onder het mom van specialistische zorg.³⁸ Dit fenomeen van het uitkiezen van makkelijke klanten staat ook wel bekend als 'creaming',³⁹

Doordat er dus meer inzicht is in de kosten heeft het management zo nieuwe instrumenten in handen voor zorginhoudelijke en financiële sturing. Er kan op gedetailleerd niveau inzicht

³⁵ Ven, van de (1990) p. 633

³⁶ Putters (2003) p. 39

³⁷ Asselman (2008) p. 1

³⁸ Vahl (2008) p. 7

³⁹ Lipsky (1980) p. 49

worden verkregen in de kosten per DBC en vooral ook hoe deze zich verhouden tot andere ziekenhuizen, de concurrenten. Zo kunnen betere strategische keuzes worden gemaakt. Dit leidt weer tot een betere kosten en productiebeheersing. Dus als de financiële ruimte afneemt zal het management eerst proberen om extra opbrengsten te zoeken, maar als dat niet lukt zullen kostenbesparende maatregelen moeten worden genomen. Dan wel door bepaalde behandelingen niet meer te doen, zoals in voorgaand voorbeeld, maar ook door efficiënter te werken of door te bezuinigen op de kwaliteit. Daarnaast is het zo dat waar ziekenhuizen zullen proberen hun omzet te verhogen zorgverzekeraars juist terughoudend zullen zijn en steeds meer om uitleg vragen over de besteding van het geld. Het gevolg is dat productieafspraken te laat of soms zelfs niet worden gemaakt. Dit zorgt voor veel onzekerheid en onderlinge wrijving. Ook zijn de risico's voor banken toegenomen, hierdoor is de rente gestegen en worden er meer eisen aan de ziekenhuizen gesteld met betrekking tot kredietwaardigheid.⁴⁰

Omdat de ziekenhuizen hun omzet moeten halen op het verkopen van zo veel mogelijk behandelingen is er kans dat de kosten van de totale gezondheidszorg gaan stijgen omdat ziekenhuizen een zo groot mogelijke omzet willen behalen. Iets wat men met de invoering van de marktwerking juist wilde tegengaan. Zo heeft de invoering van marktwerking in de ziekenhuiszorg geleid tot een stijging van het aantal behandelingen. Daardoor zijn de kosten juist gestegen in plaats van gedaald. Dat blijkt uit de declaratiegegevens van de zorgverzekeraars van 2005 en 2006. Ziekenhuizen zijn behandelingen tien procent meer gaan uitvoeren, wat een stijging van de kosten van de totale ziekenhuiszorg met drie procent veroorzaakt heeft.⁴¹

Daarnaast kunnen de behandelingen ook duurder worden. Doordat verzekerden niet alle informatie goed kunnen overzien kan het gebeuren dat zij besluiten een duurdere polis of behandeling te nemen met het idee dat duurder beter is. Voor zorgvragers is het moeilijk om de prijs/kwaliteitverhoudingen van de zorg goed te beoordelen, hier zouden ziekenhuizen en zorgverzekeraars misbruik van kunnen maken. De overheid verwacht echter dat behandelingen goedkoper worden omdat er contracten met zorgverzekeraars afgesloten kunnen worden. Zij sluiten immers slechts contracten af met een ziekenhuis als deze zo goedkoop mogelijk werkt.⁴²

⁴⁰ Asselman (2008) p. 28-33

⁴¹ NRC (1 maart 2008)

⁴² Schut (1992) p. 1448

2.5 Kwaliteit

Kwaliteit is de andere pilaar van de marktwerking. Doordat de gemeten prestaties van ziekenhuizen tegenwoordig openbaar worden gemaakt kunnen verzekeraars en patiënten hun keuzes voor een ziekenhuis beter beargumenteren. Toch is het meten van kwaliteit niet zo nieuw als men zou verwachten. Zo verzamelde Florence Nightingale 150 jaar geleden al data over de prestaties van ziekenhuizen. En ook Ernest Codman was bijna 100 jaar geleden al bezig om onderscheid te maken tussen goede en slechte zorg door middel van prestatiemetingen.⁴³ Desalniettemin was er in Nederland een tamelijk grote weerstand tegen het openbaar maken van kwaliteitsindicatoren. De Inspectie voor de Volksgezondheid heeft zich hier de afgelopen jaren hard voor moeten maken om deze toch voor het publiek toegankelijk te krijgen. Kwaliteit in de ziekenhuiszorg kan in twee componenten opgesplitst worden: de inhoudelijke zorg en de algemene eisen.⁴⁴

Bij inhoudelijke zorg gaat het er om dat er aan de standaardkwaliteitseisen wordt voldaan. Hierbij horen termen als vakbekwaamheid en veiligheid. De inspectie van de gezondheidszorg houdt in de gaten of aan deze eisen wordt voldaan.⁴⁵ Hieronder valt ook *evidence based medicine*. In de jaren negentig begonnen de kritische geluiden in de wetenschappelijke bladen. In het *British Medical Journal* riep de arts Sackett zijn collega's op tot het toepassen van *evidence based medicine*. Dit betekent dat er bij medische behandelingen bewust, expliciet en oordeelkundig gebruik wordt gemaakt van de beste wetenschappelijke kennis die beschikbaar is. Artsen en verpleegkundigen worden zo gedwongen om beslissingen op wetenschappelijke basis te nemen. Zo zou de inhoudelijke zorg beter worden.⁴⁶

Daarnaast zijn er de algemene eisen. Hieronder vallen zaken als bejegening, keuzemogelijkheden, het voldoende verstrekken van informatie en klantvriendelijkheid in het algemeen. Ook hierop kan geconcurrereerd worden.⁴⁷ Mede hierdoor worden er steeds vaker klanttevredenheidsonderzoeken gedaan. Voor ziekenhuizen is het zeer belangrijk om te weten wat de klant als goede en slechte zorg ervaart. Zo doende kan het ziekenhuis zich met andere ziekenhuizen vergelijken (benchmarking) en de strategie verbeteren. Hierdoor kan het ziekenhuis meer klanten aantrekken.⁴⁸

Patiënten gaan er veelal vanuit dat het met de kwaliteit van zowel de inhoudelijke zorg als de algemene eisen wel goed zit in Nederland. Zij verwachten dat zij wetenschappelijke

⁴³ Arah (2005) p. 23-25

⁴⁴ Westert (2006) p. 5

⁴⁵ Wagner (1997) p. 19

⁴⁶ Sackett (1996) p. 71-72

⁴⁷ Wagner (1997) p. 20

⁴⁸ Thomassen (2003) p. 24

onderbouwde zorg krijgen van een zeer acceptabel niveau. Er wordt gedacht dat de kwaliteitsverschillen tussen artsen vrijwel nihil zijn. Men meent hierdoor, dat artsen inwisselbaar zijn als het gaat om een behandeling. Dat deze verwachting er is, blijkt ondermeer uit het feit dat patiënten voornamelijk kiezen voor ziekenhuizen die in de buurt van hun woonomgeving zijn. Als er een wachtlijst is voor een operatie kiest men voor het ziekenhuis met de kortste wachttijd. Afstand en tijd zijn blijkbaar belangrijke criteria om te kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Daarnaast wordt er weinig gestemd met de voeten, patiënten zijn over het algemeen trouw aan hun zorgverlener. Ook vinden burgers het niet erg om te betalen voor kwaliteit, maar dan moeten ze wel kunnen zien dat het ook echt om goede kwaliteit zorg gaat. Transparantie is dus vereist.⁴⁹

Doordat ziekenhuizen goedkoper moeten gaan werken, kan dit ten koste gaan van de kwaliteit. Zo is het relatief makkelijk en goedkoop om te investeren in klantvriendelijkheid, (een glimlach kost niets), maar is de kwaliteit van de inhoudelijke zorg hoog houden een stuk lastiger. Aan de andere kant wordt ook deze kwaliteit openbaar gemaakt en kan hier ook op geconcurrereerd worden, waardoor ook de kwaliteit van de zorg vanzelf beter wordt.⁵⁰

⁴⁹ Westert (2006) p. 6-7

⁵⁰ Schnabel (1998) p. 1512-1514

3. De stakeholders

In de huidige zorgmarkt zijn er een aantal hoofdrolspelers, die ieder hun eigen rol spelen; professionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers. Om de marktwerking in de zorg te laten slagen moeten zij allemaal aan bepaalde voorwaarden voldoen. In het volgende hoofdstuk worden al deze stakeholders en hun rol behandeld.

3.1 Professionals

De professionals zijn zeer belangrijk in de gezondheidszorg. Zij zijn degene die het meeste contact met de patiënt hebben. Hoogland geeft drie punten die essentieel zijn voor een medische professional:

- *“The professional is marked by a high degree of control over the determination of the substance of its own work.*
- *The professional has highly specialized knowledge.*
- *The professional provides a service which is highly appreciated by society and in which a high degree of confidentiality between professional and client is required.”⁵¹*

Hierbij hebben ze grote autonomie. Harrison geeft een definitie van deze ‘clinical autonomy’

“A fully qualified specialist physician or general practitioner is entitled to diagnose treat and refer his or her patients as he/she wishes, within the limits of self-perceived competence and of the physician’s perception of patient need and (in practice) available resources.”⁵²

Dit brengt nogal wat problemen mee voor de manager. Professionals laten zich niet controleren of sturen. Hier achten zij hun werk te specialistisch en te complex voor. Omdat het werk zo specialistisch en complex is, kan deze volgens de professional ook niet gestandaardiseerd worden. Hierdoor kunnen andere die van buiten het vakgebied komen geen controle uitoefenen.⁵³ Om dit te kunnen omzeilen hebben veel ziekenhuizen managementtaken aan artsen over gedragen. Hierdoor worden de artsen zich bewust van de

⁵¹ Hoogland (2000) p. 458

⁵² Harrison (1994) p. 50

⁵³ Freidson (1994) p. 436

andere aspecten van de gezondheidszorg zoals budgetten. Ook zullen artsen eerder een advies van een andere arts opvolgen dan van een ‘gewone’ manager.⁵⁴

Met de invoering van de marktwerking is er veel veranderd voor de medische professional. Zij moeten zich steeds vaker verantwoorden over wat zij doen. Met de invoering van de DBC's is het werk meer gestandaardiseerd. Ook is de controle veel groter nu ziekenhuizen hun prestaties openbaar moeten maken. Dit ondermijnt de professionele autonomie. Veel artsen vinden dat onwenselijk.⁵⁵

Deze controle komt soms in conflict met de arbeidsmotivatie van artsen. Artsen zijn zeer gemotiveerd in hun werk. Zij kiezen het beroep vaak uit ideologische overwegingen. Hun eerste zorg is om patiënten te helpen. Daarnaast is er vaak een grote motivatie om te verbeteren en te vernieuwen, daarbij willen specialisten vaak de beste zijn. Dit geldt vooral voor de specialismen neurologie en chirurgie. De controle en toegenomen bureaucratie wordt als demotiverend beschouwd.⁵⁶

3.2 Het ziekenhuis

Er zijn erg veel verschillende soorten zorgaanbieders, (verzorgingshuizen, thuiszorg, psychiatrische instellingen etc.), maar dit onderzoek beperkt zich tot de ziekenhuiszorg.

Een algemene definitie van het ziekenhuis luidt:

“The hospital is an integral part of a social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete healthcare, both curative and preventive, and its home environment; the hospital is also a centre for the training of health workers and for bio-social research”⁵⁷

Hiervoor zijn hoogopgeleide professionals nodig waarbij de patiënt de hulp of behandeling vaak ervaart als ingrijpend en overgeleverd is aan de keuzes van het ziekenhuis. Dit kenmerkt een ‘professionele dienstverleningsorganisatie’.

In dit type organisaties hebben de professionals (de artsen) een belangrijke rol bij het primaire proces (de behandeling), ook hebben zij veel te zeggen over de algemene gang van zaken in de organisatie. Lastig hierbij is dat klanten vaak ook weinig te zeggen hebben bij dit organisatietype. De patiënten hebben weinig in te brengen in het behandelingsproces.⁵⁸

⁵⁴ Harrison, (1994) 61

⁵⁵ Westert, 2006, 14

⁵⁶ Visser, 1999, p.

⁵⁷ Waard, 2002, p.11

⁵⁸ Gastelaars (2000) p. 155

Er zijn drie typen ziekenhuizen; algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Dit onderzoek gaat over hoe verschillend algemene en academische ziekenhuizen reageren op de marktwerking. Daarom worden slechts deze twee ziekenhuizen behandeld.

Het algemene ziekenhuis is hierboven al besproken. De meeste algemene ziekenhuizen hebben de meest voorkomende specialismen in huis zoals cardiologie, verloskunde, neurologie en interne geneeskunde. Vaak hebben de algemene ziekenhuizen een regionale functie. Zo ook het Zaans Medisch Centrum waar dit onderzoek gedaan zal worden.

Het Academische ziekenhuis is een instelling waar bijna alle medische super- en deelspecialisaties beschikbaar zijn. Deze ziekenhuizen zijn gelieerd aan een universiteit en leiden medisch specialisten op. Doordat er een combinatie is van patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek worden de nieuwste vormen van behandeling en diagnostiek toegepast. Daarom worden er vaak patiënten met een zeldzame of compliceerde aandoening naar een academisch ziekenhuis verwezen. Voor hen is het academisch ziekenhuis een eindstation en is er dus geen keuze voor een ander ziekenhuis. Deze zorg wordt ook wel topreferente zorg genoemd. Dit maakt een academisch ziekenhuis anders dan een algemeen ziekenhuis. Maar ook de budgettering loopt anders dan bij algemene ziekenhuizen.⁵⁹

Voor de basispatiëntenzorg is geen aparte financiering nodig, dit kan gewoon door middel van DBC's. Dat is echter anders voor de topreferentiezorg en innovatieve ontwikkeling. Deze kunnen niet aan de markt worden overgelaten omdat dan het maatschappelijke belang van kwaliteit niet is gewaarborgd. Daarom krijgen de academische ziekenhuizen hiervoor apart geld in de vorm van een zogeheten academisch component. Deze bedraagt circa € 580 miljoen voor de UMC's samen. Ook ontvangen zij uit de onderwijsbegroting financiële ondersteuning om de opleiding van medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoek te kunnen bekostigen.⁶⁰ Daarbij moet ook vermeld worden dat de academische ziekenhuizen bij de ontwikkeling van DBC's een minder prominente rol hebben gespeeld dan de algemene ziekenhuizen.⁶¹

Ook de organisatiecultuur van een ziekenhuis is belangrijk. Vanuit meerdere hoeken wordt gepleit voor een verandering van cultuur in de ziekenhuiszorg. In veel OECD landen (Organisation for Economic Cooperation and Development) is men van mening dat een culturele verandering noodzakelijk is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.⁶²

⁵⁹ Boer (1993) p. 2-3

⁶⁰ Ministerie Volksgezond, Welzijn en Sport (2006) p. 3

⁶¹ Crom (2005) p. 211

⁶² Smith, (2002) p. 55

Uit onderzoek van Shortell blijkt dat zorgaanbieders die meer nadruk leggen op groepsverbanden, teamwork en coördinatie, een betere implementatie hebben van kwaliteitsverbeteringen. Daar tegenover staan zorgaanbieders die werken met formele structuren en een strenge hiërarchie. Bij hen is kwaliteitsverbetering zeer lastig. Ook zijn veranderingen bij een grote organisatie vaak lastiger door te voeren dan bij kleinere organisaties.⁶³

3.3 Zorgverzekeraars

Sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 kunnen consumenten kiezen uit verschillende verzekeringspolissen bij verschillende verzekeraars. Deze zorgverzekeraars concurreren met elkaar om de polissen aan te bieden waarin de klant de kwalitatief beste zorg zo veel mogelijk vergoed krijgt. De verzekeraar die dat het beste doet kan zo de meeste verzekeringen afsluiten. Door te onderhandelen met zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, kan een verzekeraar zorgen dat zij de beste en goedkoopste zorg kunnen inkopen en zo dus een voor de klanten aantrekkelijke polis aanbieden. De verzekeraars hebben hierbij wel een acceptatieplicht. Dat betekent dat zij geen klanten mogen weigeren zoals bijvoorbeeld chronisch zieken of ouderen. Toch is het ook voor zorgverzekeraars zeer lastig om kwaliteit te meten. Het is voor hen makkelijker om naar de prijs te kijken.⁶⁴

3.4 Zorgvragers

Met zorg vragers worden patiënten bedoeld. Patiënten worden op hun beurt steeds vaker als klanten opschreven. Dit komt vooral door de invoering van de marktwerking. Doordat van de zorgvrager wordt verwacht dat deze kijkt naar verschillende zorgaanbieders worden zij steeds meer benaderd zoals gebeurd in de meeste andere sectoren waar de markt actief is.⁶⁵

Vanaf de jaren zeventig is er een grote opkomst in patiëntenorganisaties. In de jaren '60 zijn deze ontstaan in de geestelijke gezondheidszorg. Maar vooral in de jaren '80 en '90 zijn er meer patiëntenorganisaties bijgekomen. Dit is vooral te wijten aan het overheidsbeleid. Vanaf deze periode wilde de overheid meet democratisering in de gezondheidszorg. Hiertoe krijgen patiëntenorganisaties subsidies en een belangrijke rol bij het veranderen van de gezondheidszorg. Vaak zijn deze organisaties ontstaan om lotgenoten bij elkaar in contact te

⁶³ Shortell (200) p.207

⁶⁴ Ven, van de (1990) p. 639

⁶⁵ Kraan (2004) p. 5

laten brengen, maar voor een deel komen zij ook voort uit onvrede die patiënten hadden over hoe zij behandeld werden door de professionals in de gezondheidszorg.⁶⁶

Dit heeft er toe geleid dat de positie van de patiënten versterkt is. Hiervoor zijn meerdere wetten ingevoerd. Bijvoorbeeld de wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de kwaliteitswet uit 1996. In de laatste is vastgelegd dat zorgaanbieders over de geleverde zorg moeten overleggen met de verzekeraars en de patiëntenorganisaties.⁶⁷

Met het nieuwe zorgstelsel moeten patiënten voor een zorgverzekeraar kiezen. Voor hen zijn dat lastige keuzes. Daarnaast hebben we het bij de paragraaf kwaliteit het er al over gehad dat patiënten liever niet kiezen. Zij trekken zich weinig aan van wachtlijst informatie, vakbekwaamheid en ranglijsten. Patiënten zijn erg merkentrouw. Als een behandeling bevallen is kiezen zij bij een volgende behandeling vaak voor hetzelfde ziekenhuis. Dit is natuurlijk niet erg bevorderlijk voor de werking van de markt. Als patiënten namelijk toch niet kiezen op prijs of kwaliteit is er voor de zorgaanbieders weinig aanleiding om deze te verbeteren.⁶⁸

Op de volgende pagina is een schematisch overzicht gegeven van de aspecten van de marktwerking in de zorg zoals deze naar voren is gekomen in het theoretisch kader.

Deze aspecten worden verder gebruikt voor het beantwoorden van de empirische deelvragen.

⁶⁶ Trappenburg (2005) p.9

⁶⁷ Trappenburg (2005) p. 15

⁶⁸ Schut (2003) p. 24-25

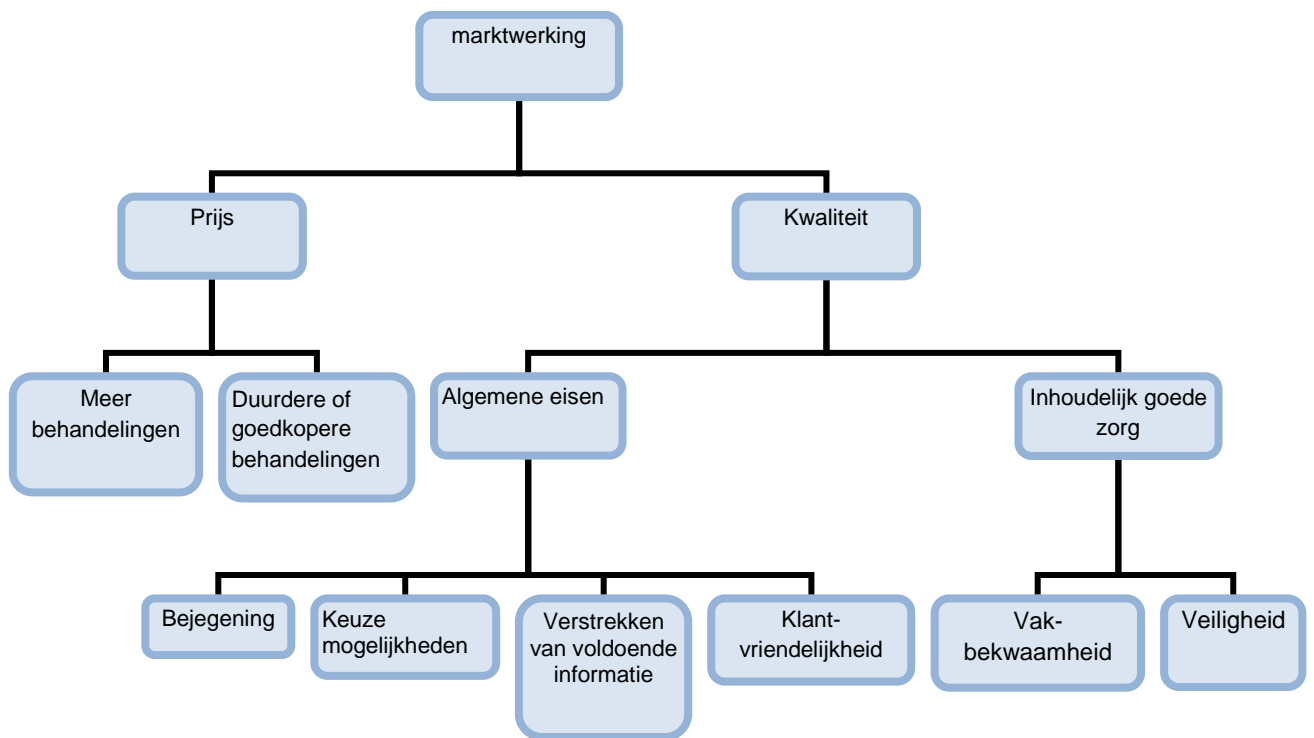


Fig. 5 Schematische weergave marktwerking zorg.

3.5 Verwachtingen

Aan de hand van dit theoretisch kader kunnen een aantal verwachtingen uitgesproken worden.

Wat betreft de prijs:

- De ziekenhuizen proberen meer DBC's te verkopen.
- De ziekenhuizen werken goedkoper.
- De ziekenhuizen werken efficiënter.

Wat betreft de kwaliteit:

- De ziekenhuizen willen meer voldoen aan de algemene kwaliteitseisen
 - Er wordt meer gedaan aan klantvriendelijkheid in de vorm van bejegening, keuzemogelijkheden en informatieverstrekking.
- De inhoudelijke zorg wordt beter.
 - Er wordt meer gedaan aan vakbekwaamheid.
 - Er wordt meer gelet op veiligheid.

En verder:

- Het ZMC reageert meer op de marktwerking dan het AMC
 - Dit valt te verklaren door verschil in financieringstromingen.
 - Dit komt omdat het academisch ziekenhuis een eindstation is voor veel patiënten.
 - De culturen zijn verschillend in beide ziekenhuizen.
- Professionals willen niet hun autonomie kwijtraken door de invoering van de markt.

Empirisch

Deel

4. Methoden en Technieken

In dit hoofdstuk zal uiteengezet worden hoe dit onderzoek uitgevoerd is. Daarbij zullen de verschillende onderzoeksmethoden omschreven worden en waarom hiervoor gekozen is. Ook zal de keuze voor de respondenten verantwoord worden met tot slot de analysemethoden van de verkregen onderzoeksgegevens.

4.1 Methoden

Deelvragen één en twee luiden:

- Op welke manier hebben de verschillende aspecten van de marktwerking invloed op het AMC/ZMC?

De methode die gebruikt kan worden om deze deelvragen te beantwoorden is die van het kwalitatieve onderzoek. Dit wordt gedaan met behulp van interviews. Het doel is om door middel van interviews de benodigde informatie te verkrijgen van de respondent. Voor dit onderzoek is het namelijk de bedoeling dat de medewerkers hun visie geven op hoe het ziekenhuis waar zij werken reageert op de marktwerking in de zorg. Dit omdat de medewerkers voor een groot gedeelte zelf bepalen hoe dit gebeurt. Daarvoor is gekozen omdat er dan dieper op de stof ingegaan kan worden dan bij enquêtes.⁶⁹

Daarnaast zal er een documentanalyse gehouden worden. Deze documenten bestaan uit klanttevredenheidsonderzoeken, beleids- en visiedocumenten en activiteitsplannen. Deze documenten vertellen de visie en het beleid van het bestuur. Daarnaast kunnen klanttevredenheidsonderzoeken laten zien hoe het ziekenhuis het op dit moment doet op het gebied van de algemene eisen met betrekking tot de zorg.

Tevens staan er in verschillende tijdschriften en visiedocumenten hoe het ziekenhuis het beleid met betrekking tot de marktwerking invult. Dus naast de visie van de medewerkers op de werkvloer kan zo ook naar het beleid en de mening van de raad van bestuur worden gekeken. Op die manier wordt er een zo volledig mogelijk beeld gegeven van hoe de ziekenhuizen reageren op de marktwerking in de zorg binnen de mogelijkheden van dit bachelor onderzoek.

⁶⁹ Maso en Smaling (1998) p. 7-11

De laatste twee deelvragen:

- Wat zijn de verschillen in hoe de marktwerking doorwerkt in het AMC en het ZMC?
- Hoe zijn deze verschillen te verklaren?

Deze zullen beantwoord worden door de eerste twee deelvragen met elkaar te vergelijken. Door ze naast elkaar te leggen worden de verschillen tussen beide ziekenhuizen duidelijk en inzichtelijk.

4.2 Techniek

De techniek die bij de interviews gebruikt zal worden zijn die van semi-gestructureerde interviews. Zo wordt er voldoende ruimte opgehouden voor de respondent om zijn of haar verhaal te doen, maar wordt er wel in de richting van deelvragen gewerkt.⁷⁰ Dit zal worden gedaan door middel van interviewtopics. Deze topics zullen naar voren komen bij de operationalisatie en zijn voortgekomen uit het theoretisch kader.

Wel is het noodzakelijk alert te blijven bij het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek. Doordat de onderzoeker de respondenten selecteert, vragen stelt en de antwoorden interpreteert kan dit effect hebben op de validiteit.

Door het selecteren van respondenten wordt er al richting gegeven aan het onderzoek. Noodzaak is hierbij om voldoende respondenten te verkrijgen en deze 'zonder aanzien des persoon' te selecteren. Bij dit onderzoek zijn de respondenten door de contactpersonen bij de organisaties geselecteerd. Dit kan tot gevolg hebben gehad dat de opdrachtgever respondenten selecteerde die voor de contactpersoon wenselijke antwoorden zou geven. In dit onderzoek is hier rekening mee gehouden. Daarom zijn de respondenten anoniem gehouden zodat zij zo vrij mogelijk konden antwoorden. Daarnaast zijn er meerdere respondenten per organisatie en per functie geïnterviewd, zodat de verkregen informatie niet slechts op de bewering van één functie of één persoon berust. Ook kan een onderzoeker het interview sturen door de vragen die er gesteld worden. In dit onderzoek komen de vragen voor uit de operationalisatie, die vervolgens weer is voortgekomen zijn uit de literatuur.

De uitkomst van de interviews zal uiteindelijk op papier moeten komen te staan. Hiermee kan een onderzoeker ook de resultaten beïnvloeden door bepaalde informatie wel of niet uit te werken. In dit onderzoek zijn van de interviews letterlijke transcripties gemaakt. Met uitzondering van erg haperende zinnen. Hierdoor zijn de resultaten zo min mogelijk beïnvloed. Door deze maatregelen wordt de validiteit zo min mogelijk aangetast.

⁷⁰ Maso en Smaling (1998) p. 50

4.3 Analyse

De transcripties van de interviews zijn met behulp van het softwareprogramma MAXQDA geordend. Dit betekent dat de interviews gestructureerd zijn opgesplitst per respondent en per topic. Hierdoor is inzichtelijk geworden hoe vaak, wat voor respondent van welke organisatie iets over een bepaald topic zegt. Op deze wijze is er zo onafhankelijk mogelijk gekeken in hoeverre een uitspraak ook echt betrekking heeft op de organisatie.

4.4 Respondenten- en organisatieselectie

In de probleemstelling kwam naar voren dat dit onderzoek zich wil richten op de verschillen tussen academische en algemene ziekenhuizen en hun reactie op de marktwerking.

Daarvoor zijn ziekenhuizen geselecteerd die representatief geacht worden voor hun soort. Deze ziekenhuizen, het Academisch Medisch Centrum en het Zwaans Medisch Centrum zijn daarom het onderwerp geworden van dit onderzoek. Er is gebruik gemaakt van deze ziekenhuizen in de eerste plaats omdat zij het academisch en het algemene ziekenhuis goed vertegenwoordigen, maar ook omdat deze organisaties praktisch meewerkten en goed toegankelijk waren. Daarnaast heeft het onderzoek bij beide ziekenhuizen plaatsgevonden op de afdeling chirurgie. Dit verhoogd de validiteit omdat er nu geen verschil is tussen de afdelingen en geen invloed op het resultaat. Dit had wel zo kunnen zijn als er verschillende afdelingen gebruikt zouden zijn.

Als respondenten zullen zowel bij het AMC als bij het ZMC acht medewerkers van de afdeling chirurgie geïnterviewd worden.

Hierbij zijn twee respondenten per beroepsgroep geïnterviewd. Het gaat hierbij om verpleegkundigen, afdelingsmanagers, chirurgen en beleidsmedewerkers.

Voor deze respondenten is gekozen omdat zij allemaal in een verschillende laag van de organisatie werkzaam zijn. Verpleegkundigen werken direct en het meeste met de patiënten en zijn daardoor voor de patiënt het gezicht van het ziekenhuis. Dit geldt voor een groot gedeelte ook voor de chirurgen. Hun beroepsgroep wordt echter professioneler gezien en vaak hebben zij ook zeggenschap over het beleid van het ziekenhuis.

Afdelingsmanagers managen de mensen op de werkvloer. Hierdoor zijn zij de mensen bij uitstek die het beleid van de organisatie naar de werkvloer moeten vertalen. Voor dit onderzoek is dit relevant omdat zij de brug zijn tussen beleid en uitvoering.

Tot slot worden er beleidsmakers geïnterviewd. Zij zitten logischerwijs dicht tegen het ontstaan van het beleid aan en weten vaak ook waar deze vandaan komt. Hierdoor wordt er meer inzicht in het beleid verkregen.

Dit zijn in totaal zestien respondenten. Zij hebben allemaal een code gekregen zodat zij anoniem maar toch herkenbaar te analyseren zijn. In figuur 6 is dit duidelijk weergegeven.

De keuze voor deze respondenten heeft natuurlijk zijn invloed op het onderzoeksresultaat. Omdat het nu slechts gaat om een kleine groep medewerkers kan dit een vertekend beeld geven. Toch heeft dit een zekere zeggingskracht omdat de medewerkers wel zien wat er gebeurd in de organisatie en daardoor belangrijke informatie hebben die betrekking hebben op de hoofdvraag.

Academisch Medisch Centrum		Zaans Medisch Centrum	
Afdelingsmanager	R1	Afdelingsmanager	R9
Afdelingsmanager	R2	Afdelingsmanager	R10
Verpleegkundige	R3	Verpleegkundige	R11
Verpleegkundige	R4	Verpleegkundige	R12
Chirurg	R5	Chirurg	R13
Chirurg	R6	Chirurg	R14
Beleidsmaker	R7	Beleidsmaker	R15
Beleidsmaker	R8	Beleidsmaker	R16

Afb. 6 Schema respondenten.

4.5 Operationalisatie

Voor empirisch onderzoek is operationalisatie noodzakelijk. Hierbij worden de empirische begrippen onderzoekbaar gemaakt door middel van onderzoeksvragen. Dit zijn direct de interviewtopics met de antwoordcategorieën.

De verschillende aspecten van de marktwerking zijn de prijs en de kwaliteit. Deze komen voort uit het theoretisch kader.

Prijs

- Men is meer of minder behandelingen gaan uitvoeren
- De behandelingen zijn duurder of goedkoper geworden
- Er wordt meer of minder efficiënt gewerkt.

Kwaliteit

- Er wordt meer of minder gelet op de algemene eisen
 - Er wordt meer of minder aan klantvriendelijkheid gedaan in de vorm van bejegening, keuzemogelijkheden en informatievoorziening.
- Er wordt meer of minder gelet op de inhoudelijke zorg
 - Er wordt meer of minder gedaan aan vakbekwaamheid
 - Er wordt meer of minder gelet op veiligheid

En verder

- Het ZMC reageert meer of minder op de marktwerking dan het AMC
 - Dit valt wel of niet te verklaren door verschil in financieringstromingen.
 - Dit komt wel of niet omdat het academisch ziekenhuis een eindstation is voor veel patiënten.
 - De culturen zijn wel of niet verschillend in beide ziekenhuizen.
- Professionals willen wel of niet hun autonomie kwijtraken door de invoering van de markt.

Tot slot

- Er is geen verschil in de doorwerking van de marktwerking
- Er is wel een verschil in de doorwerking van de marktwerking
 - Het ZMC doet meer aan marktwerking in de zorg.
 - Het AMC doet meer aan marktwerking in de zorg.

5. Marktwerking bij het Academisch Medisch Centrum

“Nee sorry, ik heb eigenlijk helemaal niks met die marktwerking”⁷¹

Bij het AMC zijn acht personen geïnterviewd uit verschillende lagen van de organisatie. Aan de hand hiervan en met behulp van relevante documenten kan de eerste deelvraag beantwoord worden. Hiermee wordt de eerste deelvraag beantwoord.

Op welke manier hebben de verschillende aspecten van de marktwerking invloed op het AMC?

Dit zal gebeuren aan de hand van de verschillende topics zoals deze naar voren zijn gekomen in het theoretisch kader.

5.1 Prijs

De opvatting of de prijs van behandelingen veranderd is of zal gaan veranderen door de invoering van de marktwerking liggen erg uiteen per functie. Voor de meeste respondenten was het lastig om iets over de prijs van de behandelingen te zeggen. Vaak hebben zij hier geen invloed op.⁷² Vooral verpleegkundigen en chirurgen doen gewoon hun werk zonder zich bewust te zijn van de kosten. Zij willen absoluut niet dat de prijs de behandeling zou beïnvloeden en zullen zich daardoor ook nooit laten leiden.

“Ik vind het echt een hele slechte zaak als geld straks belangrijker wordt dan de patiënten. Ik ben opgeleid om de beste zorg te leveren. Niet om op de centen te letten.”⁷³

Ook wordt het door hen als een last ervaren om de DBC's in te vullen. Het wordt vaak gezien als een 'papieren tijger'⁷⁴ waarin erg veel verantwoord moet worden wat er precies gedaan is. Vooral de artsen ondervinden het als verplichte hinder.⁷⁵

Toch heerst er wel het gevoel onder sommige van de werknemers op de werkvloer dat er nu wel efficiënter gewerkt wordt en dat dit ook nodig was. Niet als gevolg van de marktwerking, maar om patiënten beter te kunnen behandelen.⁷⁶

Op de vraag of er ook meer behandelingen uitgevoerd worden omdat er zo meer inkomsten gegenereerd kunnen worden antwoordden alle respondenten op de werkvloer sterk

⁷¹ R5

⁷² R1, R3, R4, R5, R6, R8

⁷³ R6

⁷⁴ R6

⁷⁵ R5, R6

⁷⁶ R3, R5

ontkennend.⁷⁷ Er wordt geen behandeling gedaan als deze niet strikt noodzakelijk is. Wel wordt er verwacht dat er vaker patiënten doorverwezen zullen worden naar het AMC, hierdoor zouden er wel meer behandelingen gedaan worden, maar deze vallen dan niet binnen het B segment.⁷⁸

“Die ziekenhuizen willen straks die lastige patiënten niet meer, want die kosten te veel. Ik zie het zo gebeuren dat ze die allemaal naar ons doorsturen”⁷⁹

Ook wordt er veel gedacht dat bij algemene ziekenhuizen men zich meer inzet om meer inkomsten te krijgen en minder kosten te maken.⁸⁰ Vooral de artsen merkten dat tijdens hun co-schappen in algemene ziekenhuizen.⁸¹

Volgens beleidsmakers is de prijs wel belangrijk geworden bij het leveren van zorg. Men is de kostprijzen van behandelingen aan het berekenen en de onderhandelingen over de prijs van behandelingen met de zorgverzekeraars, zijn begonnen. De uitkomst hiervan is nog niet bekend maar er wordt verwacht dat de prijs hierdoor omlaag zal gaan.⁸² Er is berekend dat de academische ziekenhuizen er samen 500 miljoen op achteruit gaan als alles via de DBC's bekostigd zou worden.⁸³

Managers merken ook dat de budgetten steeds krappere worden. Het wordt steeds lastiger om rond te komen van het budget dat per jaar toegekend wordt. Een extra moeilijkheid hierbij is het personeelstekort. Bij weinig personeel moet de afdeling soms een bed sluiten, hierdoor worden er inkomsten misgelopen. Een uitzendkracht inhuren is weer te duur. Dit zijn lastige afwegingen die gemaakt moeten worden en waar managers zich vroeger niet mee bezig hielden.⁸⁴

Daarnaast moeten de managers in de toekomst gaan nadenken of alle behandelingen wel rendabel of relevant zijn. Sommige behandelingen zijn niet rendabel, maar wel relevant. Bijvoorbeeld omdat het AMC zich hier mee wil profileren, het noodzakelijk is voor de opleiding of voor een onderzoek. Is een behandeling niet meer kostendekkend en niet relevant, dan zal het AMC stoppen met het aanbieden van deze behandeling.⁸⁵ De zorg in het AMC is altijd duurder dan in een algemeen ziekenhuis doordat er gecompliceerdere zorg bij

⁷⁷ R3,R4,R5,R6

⁷⁸ R2, R3,R5,R6,R8

⁷⁹ R2

⁸⁰ R1,R3,R5,R6,R7

⁸¹ R5,R6

⁸² R7,R8

⁸³ R7

⁸⁴ R1,R2

⁸⁵ R7

betrokken is en er meer artsen per patiënt zijn. Daarom is het maar de vraag of het AMC met de prijzen wel kan concurreren met algemene ziekenhuizen. Maar hier is nog niet met zekerheid iets over te zeggen omdat nog niet alle DBC's al een goede kostprijs hebben gekregen.⁸⁶

5.2 Kwaliteit

Het meest opvallende wat medewerkers zeggen over de kwaliteit van zorg is dat er veel aan wordt gedaan om deze te verbeteren, maar dat dit niet is om de concurrentiepositie te verbeteren.⁸⁷

Zo is de klanttevredenheid onderzocht door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Hieruit is gebleken dat het AMC ten opzichte van andere medische centra erg laag scoort.⁸⁸ Hierna zijn meerdere verbetertrajecten ingevoerd om meer tevreden patiënten te krijgen. Maar de medewerkers willen de kwaliteit verbeteren omdat zij niet graag de slechtste zijn en niet omdat zij bang zijn om patiënten te verliezen.

“Nee ik wil niet zozeer verbeteren om patiënten te behouden, ik kan er gewoon niet tegen dat wij zo laag staan op die lijst. Je wilt toch altijd de beste zijn en niet de slechtste.”⁸⁹

Het is dus vooral een intrinsieke drang om de kwaliteit te verbeteren en niet zo zeer gestuurd door invloed van de markt. Hoewel juist door de komst van de marktwerking de prestatieelijken ontwikkeld zijn. Als je het zo bekijkt heeft de marktwerking wel invloed op de kwaliteit van zorg.

De verbeterprojecten die zijn ingevoerd na prestatieonderzoeken hebben betrekking op zowel de inhoudelijke zorg als de bejegening. Om de inhoudelijke zorg te verbeteren wordt er meer aandacht gegeven aan *evidence based medicine*. Het management zegt hier zeker op aan te sturen en de verpleegkundigen hebben hier dan ook van gehoord.⁹⁰ In het verpleegkundig activiteitenplan 2008-2011 staat hierover het volgende:

⁸⁶ R7

⁸⁷ R1, R3, R4, R5, R6, R,7

⁸⁸ NFU, Tevredenheid gepeild (2005)

⁸⁹ R 3

⁹⁰ R1, R2, R3, R4

“ Evidence based medicine stelt verpleegkundigen in staat om kritische en relevante vragen te stellen, zowel in de directe als de indirecte patiëntenzorg. (...) Er is een noodzaak om het zittende personeel hierin te scholen”⁹¹

Daarnaast wordt er veel aan de verbetering van de bejegening gedaan. Het project ‘Het Zal Je Moeder Maar Wezen’ dat ontwikkeld is na de uitkomst van het patiënttevredenheid onderzoek, is hier op gericht:

“Door de verkorte ligduur van patiënten schieten artsen en verpleegkundigen nogal eens tekort in de ogenschijnlijk eenvoudige maar toch zo belangrijke taak om persoonlijke aandacht te geven. Om die reden stellen wij voor om elke patiënt per dag gerichte aandacht te geven in een kort persoonlijk gesprek.”⁹²

Daarnaast wordt er meer gedaan aan informatie voorziening. Na opname wordt elke patiënt gebeld met drie vragen: Hoe gaat het met u? Kan ik nog iets voor u betekenen? Heeft u nog vragen? Deze vragen worden gesteld omdat patiënten de informatie die verstrekt wordt op de dag van ontslag vaak wordt vergeten.⁹³

Ook het patiëntmanifest moet de patiënt beter informeren. Dit manifest wordt aan iedere patiënt overhandigd zodat deze weet wat hij of zij kan verwachten. Hierin staat onder andere de maximale wachttijd voor spoedeisende hulp, spreekuren of poliklinieken, maar ook hoe een behandeling ongeveer verloopt.

Er wordt de patiënten echter niet meer keuzemogelijkheden geboden.

Tot slot vinden alle respondenten de kwaliteit van de zorg zeer belangrijk. Zij geven alle aan nooit te zullen inleveren op kwaliteit ten behoeve van de concurrentiepositie of de prijs.

“Een contante factor is de ambitie van verpleegkundigen en artsen om goede en veilige zorg te bieden aan hun patiënten en daarmee bij te dragen aan de eerste kerntaak van het AMC: het realiseren van de best mogelijke patiëntenzorg”⁹⁴

⁹¹ AMC, Zorgzaam en zorgvuldig, verpleegkundig activiteitenplan 2008-2011 p. 11

⁹² AMC, Zorgzaam en zorgvuldig, verpleegkundig activiteitenplan 2008-2011 p. 6-7

⁹³ AMC, Zorgzaam en zorgvuldig, verpleegkundig activiteitenplan 2008-2011 p. 6

⁹⁴ AMC, Zorgzaam en zorgvuldig, verpleegkundig activiteitenplan 2008-2011 p. 3

5.3 En verder...

Ondanks dat er gewerkt wordt aan de kwaliteit en men zich er redelijk van bewust is dat er iets aan de prijs gaat veranderen leeft marktwerking niet echt bij het AMC.

Voorals de artsen en de verpleegkundigen weten er niets tot vrijwel niets vanaf. Men heeft er vaak vaag over gehoord, maar echt bekend is men er niet mee.⁹⁵ Opvallend is wel dat ze er toch negatief tegenover staan.⁹⁶

“Volgens mij doen wij niet aan marktwerking, ik heb er in ieder geval nog nooit over gehoord. (...) Segment B? Nee zegt me niks, welke behandelingen vallen daar dan onder?(...)Ik zie daar niks in, ik ben als arts opgeleid en niet om me druk te maken over budgetten”⁹⁷

Het management is beter op de hoogte van de marktwerking in de ziekenhuiszorg. Dit komt vooral omdat zij zich hier meer mee bezig houden vanuit persoonlijke interesse. Informatie over de marktwerking in de ziekenhuiszorg en de concurrentiepositie is niet vanuit het AMC zelf gecommuniceerd.⁹⁸

Daarnaast zien alle respondenten patiënten expliciet als patiënten.⁹⁹ Dit is ook de boodschap van de raad van bestuur:

“De tijdgeest dwingt ons de patiënt steeds meer te zien als klant. (...)Wij kiezen echter bewust voor het begrip patiënt en daarbij een passende arts-patiëntrelatie”¹⁰⁰

Dit heeft ook te maken met het feit dat patiënten van het AMC vaak niet kunnen kiezen voor een ander ziekenhuis. Vaak is het AMC een eindstation voor een patiënt die nergens anders geholpen kan worden. In het jaarschrift 2007 voor patiënten zegt een arts het volgende:

“(...) patiënten kun je moeilijk gelijkstellen aan klanten die op hun gemak kiezen wat ze het meest bevalt. We hebben te maken met mensen die onvrijwillig ziek zijn en hulp nodig hebben.(...) Daar komt bij dat veel patiënten naar het AMC komen voor een behandeling die alleen bij ons mogelijk is. Weinig keus dus.”¹⁰¹

⁹⁵ R3,R4,R5,R6,R7,R8

⁹⁶ R1,R3,R4,R5,R6,R8

⁹⁷ R5

⁹⁸ R1, R2

⁹⁹ R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8

¹⁰⁰ AMC, Strategische doelstellingen 2008, p. 9

¹⁰¹ AMC, Jaarschrift 2007 voor patiënten p. 3

De artsen vinden dat de patiënt ook over andere zaken niet altijd kan kiezen. Zij weten het beste wat een patiënt nodig heeft en niet de patiënt zelf. Artsen willen bovenal gewoon hun werk kunnen doen zonder daarbij gehinderd te worden.¹⁰²

“Medische behandelingen zijn geen aardappels of mp3-spelers. De valkuil is dat een arts patiënten keuzes gaat voorleggen die ze niet kunnen maken. Wilt u geopereerd worden of zullen we u bestralen? Ja kom op zeg!”¹⁰³

Tot slot bepaald de cultuur ook voor een zekere mate hoe het AMC reageert op het nieuwe zorgstelsel.

“Ze zijn hier wel een beetje elitair (...) ze zijn professoren en hoogleren en ze voelen zich toch iets meer dan in een gewoon ziekenhuis”¹⁰⁴

Hierdoor zouden zij zich minder gedwongen voelen om mee te gaan in de markt. Daarnaast is er een strikte hiërarchie waarbij de specialisten het voor het zeggen hebben.¹⁰⁵

¹⁰² R5,R6

¹⁰³ Arts in jaarafschrift AMC 2007

¹⁰⁴ R7

¹⁰⁵ R1,R3,R4,R5,R6,R7

6. Marktwerking bij het Zaans Medisch Centrum

“Het Zaans medisch Centrum wordt meer een onderneming”¹⁰⁶

Ook in het Zaans Medisch Centrum zijn er interviews gehouden met managers, verpleegkundigen, chirurgen en beleidsmakers. Hierdoor kan wederom de tweede deelvraag beantwoord worden.

Op welke manier hebben de verschillende aspecten van de marktwerking invloed op het ZMC?

Ook hierbij is relevante documentatie gebruikt.

6.1 Prijs

Bij het ZMC is vooral het management erg bezig met de budgettering van de afdeling. Zij ervaren grote druk om de afdeling winstgevend te laten draaien. Dit is echter lastig omdat de prijs van een DBC lastig te berekenen is.¹⁰⁷

“Ik moet opeens overal prijskaartjes op gaan plakken terwijl ik soms geen idee heb hoeveel tijd en geld een behandeling kost.”¹⁰⁸

Daarbij gaan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars erg moeizaam. De verzekeraar heeft laten weten dat de heupoperaties te duur zijn in het ZMC ten opzichte van een ander concurrerend ziekenhuis in de regio. Het management staat hierdoor met de rug tegen de muur. Geen heupoperaties meer uitvoeren is niet wenselijk. Gevolg is dat het management zich toch gedwongen voelt om de heupoperaties goedkoper te maken, wat ten koste gaat van de kwaliteit.¹⁰⁹

“In plaats van een ‘Mercedes heup’ moeten we er dan toch iets goedkopers inzetten. Natuurlijk zijn die heupen ook goedgekeurd door de inspectie, maar het is dan wel maar een ‘Peugeotje’.”¹¹⁰

Dit kan tot problemen leiden bij de chirurgen en verpleegkundigen. Zij willen onder geen beding inleveren op de kwaliteit van de zorg om zo de prijs laag te houden.

¹⁰⁶ ZMC Beleidsvisie2008-2011 p. 9

¹⁰⁷ R9,R15,R16

¹⁰⁸ R16

¹⁰⁹ R15,R16

¹¹⁰ R15

“Ik zou er nooit een goedkopere heup inzetten omdat de verzekeraar dat graag wil. Ik ben opgeleid om de beste zorg te leveren en dat zal ik ook altijd doen.”¹¹¹

Ook ontkennen de chirurgen sterk dat er meer behandelingen gedaan zouden worden. Hoewel zij zich kunnen voorstellen dat dit wel gebeurt bij andere ziekenhuizen.¹¹²

De verpleegkundigen denken echter wel dat dit het geval zou kunnen zijn, maar durven het niet met zekerheid te zeggen.¹¹³

“Ik weet wel dat er laatst een meisje van 17 een maagbandoperatie heeft ondergaan, daar kan je dan je vraagtekens bij zetten of zij niet beter naar een diëtiste kan gaan. Maar ja, we verdienen er natuurlijk ook mee...Ach, ik weet eigenlijk niet hoe dat gaat.”¹¹⁴

Wel wordt er volgens alle respondenten efficiënter gewerkt door de invoering van de marktwerking.¹¹⁵ Patiënten liggen veel korter op de afdeling, wat een behandeling goedkoper maakt. Voor de invoering van de marktwerking was dit een stuk langer. Wel is de vraag hierbij of de patiënt dit wel wil. Goede informatievoorziening is hier belangrijk zodat de patiënt weet waarom de opname zo kort duurt. Daarnaast zijn de wachtlijsten door de efficiency een stuk korter geworden. Zo hoeft efficiency niet ten koste te gaan van de kwaliteit.¹¹⁶

“Op opname duur wordt heel erg gelet dat die zo kort mogelijk is. Met daarbij de kanttekening dat dit niet altijd is wat de klant wenst. Die denkt dan dat hij snel weer ruimte moet maken voor de volgende.(...)Daar moet je dus goed over communiceren, want uiteindelijk is het voor een klant ook fijner om thuis te zijn. Daar is trouwens ook de kans op infecties kleiner”¹¹⁷

Ondanks dat een korte opname nog korter is en goed uitwerkt voor de patiënt, vinden de verpleegkundigen het wel vervelend dat zij de patiënten maar zo kort zien en moeilijk een relatie met ze op kunnen bouwen.¹¹⁸

¹¹¹ R14

¹¹² R13,R14

¹¹³ R11,R12

¹¹⁴ R11

¹¹⁵ R9,R10,R11,R12,R13,R14,R15,R16

¹¹⁶ R9,R10,R11,R12,R13

¹¹⁷ R9

¹¹⁸ R11,R12

6.2 Kwaliteit

Er wordt hard gewerkt aan de kwaliteit van de zorg in het Zaans Medisch Centrum. Er zijn meerdere brochures uitgegeven om zowel de klanten als de medewerkers te informeren over wat er allemaal gedaan wordt om de kwaliteit te verbeteren.

*“ Het concrete doel is dat het Zaans Medisch Centrum in de toekomst op het gebied van klanttevredenheid en klantgerichtheid bovengemiddeld hoog scoort. Het ziekenhuis wil het ziekenhuis worden waar patiënten en bezoekers een excellente behandeling en bejegening kunnen verwachten.”*¹¹⁹

Er wordt vooral erg veel gedaan aan de verbetering van de klantvriendelijkheid.

Bejegening staat hoog in het vaandel bij het ZMC. Continue worden verpleegkundigen hierop aangesproken. Zij krijgen hier ook een aantal lesdagen per jaar voor en er zijn acteurs ingehuurd die tijdens de lunchpauzes casussen spelen. Daarnaast is het altijd een vast onderdeel bij de jaarlijkse functioneringsgesprekken. De verpleegkundigen zijn zich er van bewust dat de concurrentie met andere ziekenhuizen hier een rol in speelt, dit wordt hen dan ook letterlijk verteld.¹²⁰

Opvallend is wel dat dit niet voor de chirurgen geldt. Zij vinden bejegening wel belangrijk maar ook dat dit vooral uit henzelf moet komen.¹²¹ Toch wordt ook hier er langzaam aan gewerkt, bijvoorbeeld door 360 graden beoordelingen van artsen, door onder meer artsen en managers. Overigens werden deze 360 graden gesprekken in de interviews alleen door de managers genoemd.¹²²

Ook worden de klanten meer keuzemogelijkheden geboden sinds de invoering van de marktwerking, hetzij beperkt. Zo kunnen patiënten wel bij de brood-buffetwagen kiezen wat ze willen eten en hoeft dat niet meer een dag van te voren opgegeven te worden, maar er zijn grenzen.

*“Ik denk dat we met de marktwerking moeten opletten dat de klant niet leidend gaat worden in wat kan met de zorg. Je moet de deskundigheid en de professionaliteit combineren met de wensen van de klant.”*¹²³

¹¹⁹ ZMC, Bouwen aan kwaliteit, 2007

¹²⁰ R9,R10,R11.R12

¹²¹ R13,R14

¹²² R9,R10

¹²³ R10

Zoals in de vorige paragraaf is besproken is goede informatievoorziening erg belangrijk voor de patiënt. Patiënten krijgen op de poli te horen dat ze geopereerd worden. De operatie is dan vaak pas na een lange tijd. In die tijd krijgt de patiënt veelal steeds meer vragen. Hiervoor zijn informatieavonden ingesteld. Daardoor is de patiënt beter voorgelicht en gaat rustiger de operatie in. Ook werkt dit efficiënter omdat de patiënt zo sneller naar huis kan, wat zelfs de kwaliteit van zorg doet toenemen door een afname van infectiegevaar.¹²⁴

Aan de kwaliteit van de inhoudelijke zorg is minder veranderd na de invoering van de marktwerking. Wel wordt er voor gezorgd dat er altijd voldaan wordt aan de eisen van de inspectie van de gezondheidszorg. Men gaat er vanuit dat de vakbekwaamheid in orde is.

Aan de veiligheid wordt harder gewerkt sinds de marktwerking. Meerdere verbeterprojecten zijn in 2006 van start gegaan die zich richten op de gebieden patiëntveiligheid, veiligheid voor medewerkers, informatieveiligheid en veiligheid van de apparatuur.¹²⁵

Voor de patiëntveiligheid heeft dit tot een afname van doorligplekken en infecties geleid. Daarnaast is het project Veilig Incidenten Melden (VIM) van start gegaan. Dit is een laagdrempelig meldingssysteem. Dit systeem heeft als doel lering te trekken uit meldingen van ongewenste gebeurtenissen.

“Zo moeten we bijvoorbeeld patiënten altijd medicijnen geven voor een operatie, maar dat mogen wij natuurlijk niet zomaar, daar moet de chirurg een medicatiebon voor geven. Dat werd nog wel eens vergeten bleek uit de VIM meldingen. Nu is daar een protocol voor gemaakt dat de anesthesist hier ook op let.”¹²⁶

¹²⁴ R9,R10,R11,R12

¹²⁵ ZMC, Jaardocument 2006 p. 47

¹²⁶ R11

6.3 En verder...

Het Zaans Medisch Centrum is zich erg bewust van zijn concurrentiepositie. Het ziekenhuis ‘ademt’ als het ware marktwerking. Dit komt vooral naar voren in de verschillende beleidstukken. Zoals de beleidsvisie 2008-2011:

“Alle wensen en verwachtingen van het Zaans medisch Centrum komen samen in een duidelijke marketingopgave: klanten en andere strategische doelgroepen ervan overtuigen dat onze visie op de klant en vooral de kwaliteit van ons werk dit ziekenhuis de moeite waard maken”¹²⁷

Daarnaast is er de dreiging van andere ziekenhuizen die vergelijkbare zorg leveren op slechts een half uurtje rijden van Zaandam.

“Als ik het hier niet voor een bepaalde prijs kan aanbieden, dan rijden ze gewoon een half uurtje verder.”¹²⁸

Ook het bestuur communiceert duidelijk naar de medewerkers toe dat er iets veranderd is. Dit wordt gedaan door middel van brochures en onderwijsdagen. Maar ook komen bestuursleden naar de afdelingen om te vertellen wat er veranderd is en vooral ook waarom dat zo is.

Hierbij wordt ook duidelijk gemaakt dat het Zaans Medisch Centrum het heeft over zowel patiënten als klanten:

“Heeft het Zaans Medische Centrum nu patiënten of klanten? De klanten die ons ziekenhuis bezoeken voor onderzoek en behandeling zijn patiënten. Maar we treden ze tegemoet als klanten. (...) Dat past ook bij het ondernemersschap dat het Zaans Medisch Centrum de komende jaren meer en meer zal tonen”¹²⁹

Voor de term ‘klant’ is expliciet gekozen. Maar de invoering van de marktwerking heeft meer woorden geïntroduceerd bij het ZMC. Zowel in documenten als door de medewerkers worden woorden gebruik als marketingopgave, netwerkstrategie, klantgerichtheid en hotelmatige gastvrijheid .

Dat het Zaans Medisch Centrum erg open staat voor de marktwerking heeft misschien ook hier te maken met de organisatiecultuur. Het is een kleine organisatie waarbij veel

¹²⁷ Beleidsvisie 2008-2011, ZMC

¹²⁸ R15

¹²⁹ Beleidsvisie 2008-2011, ZMC p. 13

medewerkers elkaar kennen, en de communicatie lijnen kort zijn. Daarnaast geven meerdere respondenten aan dat men open staat voor veranderingen.¹³⁰

“Ik had het er net nog met een andere manager over, die komt van een ander ziekenhuis en die zegt ook dat het hier een enthousiaste groep is. Geen woorden maar daden”¹³¹

Maar niet alles is marktwerking wat de klok slaat, ook niet bij het ZMC. Zo geven de chirurgen aan dat ze niet ‘zonder slag of stoot’ een goedkopere behandeling zullen uitvoeren als het management dat vraagt.¹³² Zij weten weinig van de marktwerking en zijn niet op de hoogte van de DBC’s in het B segment. Toch zijn zij erg negatief over marktwerking in de zorg.

“...maar als arts wordt je daar wel een beetje geïrriteerd van, als shoppers langskomen die overal eerst een licht op gaan steken en dan pas een keuze maken.”¹³³

¹³⁰ R9,R10,R11,R15,R16

¹³¹ R9

¹³² R13,R14

¹³³ R13

7. Het AMC en het ZMC; De verschillen

Uit de vorige hoofdstukken is naar voren gekomen hoe het Academisch Medisch Centrum en het Zaans Medisch Centrum op de marktwerking reageren. Hier zitten een aantal verschillen in, maar er zijn toch ook overeenkomsten.

7.1 Wat is het verschil?

Het Zaans medisch Centrum is een stuk verder met het invoeren van de DBC systematiek. De onderhandelingen met de zorgverzekeraars zijn al vergevorderd. Dit heeft ook tot gevolg dat de kostprijzen van de DBC's al berekend zijn voor de meeste behandelingen en dat deze wellicht aangepast moeten worden om tegemoet te komen aan de zorgverzekeraars. Het management en de beleidsmakers zijn hier op dit moment druk mee bezig.

Het AMC is echter nog niet zo ver. De kostprijzen van de DBC zijn nog niet allemaal in kaart gebracht en de onderhandelingen over een beperkt aantal behandelingen zijn pas net begonnen. Toch voelt het management wel dat de budgetten steeds knapper worden.

Ook zijn beide ziekenhuizen steeds efficiënter gaan werken. Het verschil is echter dat men bij het ZMC dit als een gevolg van de marktwerking beschouwd terwijl het bij het AMC meer gezien wordt als noodzakelijk.

Dat gaat voor veel aspecten zo op. Ook bij de kwaliteitsverbeteringen. Bij het ZMC wordt er op gehamerd door zowel het bestuur als het management dat de kwaliteit omhoog moet omdat men anders klanten kwijt raakt aan andere ziekenhuizen. Hier zijn ook de verpleegkundigen zich bewust van.

Bij het AMC echter vindt men kwaliteitsverbeteringen ook erg belangrijk maar blijft men zonder uitzondering als argument aandragen dat het AMC gewoon het beste ziekenhuis wil zijn. Andere motieven worden niet gegeven.

Andere motieven worden dan ook niet door de raad van bestuur gegeven. In documenten vanuit de organisatie wordt slechts gecommuniceerd dat er veranderingen op komst zijn maar dat het AMC een "heldere eigen koers voor ogen heeft" waarbij de invloed van de DBC's op de patiëntenzorg beperkt zal blijven¹³⁴

Daarnaast ligt bij het ZMC de nadruk op het verbeteren van de patiënttevredenheid, terwijl het AMC hard werkt aan het verbeteren van de inhoudelijke zorg.

Ook de keuze voor het gebruik van de term patiënt dan wel klant is verschillend. Waar het AMC expliciet voor de term patiënt kiest heeft het ZMC het over de klant.

¹³⁴ AMC, Strategische doelstellingen 2006-2011 p. 3-4

Maar ook de culturen zijn erg verschillend. Bij het ZMC is er minder hiërarchie, artsen worden net zoals de andere medewerkers beoordeeld in evaluatiegesprekken. Men staat meer open voor veranderingen.

Het AMC is juist erg hiërarchisch. Daarnaast is de organisatie een stuk groter en lastig te veranderen. Een chirurg uit het ZMC die in beide ziekenhuizen heeft gewerkt beaamt dat:

“Ik heb ook in het AMC gewerkt en als je dat vergelijkt met dit, denk ik dat het hier een behoorlijk stuk efficiënter en sneller gaat.”¹³⁵

Over het algemeen reageert het AMC minder op de marktwerking dan het ZMC. Toch zijn er ook overkomsten.

In beide ziekenhuizen verzetten de artsen zich tegen de marktwerking. Zij willen slechts hun patiënten behandelen zonder zich hierbij te hoeven verantwoorden. Daarbij geven de chirurgen aan dat zij zich niet zullen laten leiden door de budgetten van het ziekenhuis. Ook ziet deze beroepsgroep de patiënt als een patiënt en niet als een klant.

7.2 Hoe valt dit verschil te verklaren?

Bij het AMC beslaan de DBC's in het B segment slechts 1% van de totale bedrijfsopbrengst.¹³⁶ Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de marktwerking hier minder doorwerkt dan bij het ZMC waar deze DBC's wel 7% van de totaalopbrengst beslaan.¹³⁷ Hierdoor staat er bij het ZMC financieel veel meer op het spel.

Uit de resultaten blijkt dat bij het AMC de markt inderdaad minder zijn toetrede heeft gedaan dan bij het ZMC. Respondenten van het AMC geven dan ook als verklaring dat op de afdeling chirurgie er weinig DBC's in het B segment vallen.

Een andere verklaring is dat voor veel patiënten het AMC een eindstation is. Als patiënten niet kunnen kiezen voor een ander ziekenhuis omdat het AMC als enige een bepaalde behandeling aanbiedt dan is er van concurrentie weinig sprake. De meeste patiënten van de afdeling chirurgie bestaan uit deze topreferente zorg. De weinige concurrentie die er zou kunnen zijn met het VU academisch ziekenhuis dat ook specialistische zorg aanbiedt wordt ondervangen doordat er afspraken zijn gemaakt in welke behandelingen men zich zal specialiseren.

¹³⁵ R14

¹³⁶ AMC, jaarverslag 2006

¹³⁷ ZMC, jaardocument 2006

Dit in tegenstelling tot het ZMC waar men de concurrentie een stuk meer voelt. Daar zijn er meerdere vergelijkbare ziekenhuizen in de buurt die dezelfde zorg leveren. Zij moeten dus wel degelijk hun prijs en kwaliteit hoog houden om zo klanten aan te trekken. Dat deze zorgen gegrond zijn is al gebleken uit het feit dat zorgverzekeraars al hebben aangegeven dat bij het ZMC de heupoperaties te duur zijn in vergelijking tot het Waterland ziekenhuis dat in dezelfde regio ligt.

Tot slot is de cultuur in beide ziekenhuizen erg verschillend. Het Zaans Medisch Centrum is een kleinere organisatie wat de communicatie simpeler maakt. Daarnaast staat de organisatie open voor veranderingen. Dit in contrast met het 'logge' AMC waar veranderingen veel lastiger door te voeren zijn.

Concluderend Deel

8. Conclusie

Door de literatuur was er al veel kennis verkregen over de marktwerking in de ziekenhuiszorg. Nu ook de deelvragen opgelost zijn met behulp van de resultaten uit het empirisch onderzoek kan ook de hoofdvraag beantwoord worden. Deze was:

Wat zijn de verschillen in hoe de marktwerking doorwerkt bij het AMC en bij het ZMC op de afdeling chirurgie en hoe zijn deze te verklaren?

Aan de hand van het theoretisch kader zijn als antwoord op deze vraag een aantal verwachtingen geformuleerd in de categorieën prijs, kwaliteit en verder. Deze verwachtingen zijn bij de resultaten vaak uitgekomen.

8.1 Prijs

Volgens de literatuur is het door de marktwerking zowel mogelijk dat de prijs van de zorg omhoog als omlaag gaat. Dit omdat door de concurrentie ziekenhuizen zo goedkoop mogelijk zouden gaan werken of juist zo veel mogelijk willen verdienen.

Zowel bij het AMC als bij het ZMC zal de prijs echter waarschijnlijk omlaag gaan doordat zorgverzekeraars dit van de ziekenhuizen eisen. Het ZMC is hier al verder in gevorderd dan het AMC. Dit heeft vooral te maken met de onderhandelingen die bij het ZMC ver gevorderd zijn, terwijl deze bij het AMC pas net van start zijn gegaan. Dit kan het gevolg zijn van de in mindere mate aanwezige betrokkenheid van academische ziekenhuizen bij de invoering van de DBC systematiek dan bij algemene ziekenhuizen.

Of er meer behandelingen worden uitgevoerd is niet zeker. De ziekenhuizen ontkennen dat zij dit zullen doen om meer omzet te behalen hoewel de verpleegkundigen van het ZMC dit soms wel lijken te merken. Wel verwacht het AMC dat algemene ziekenhuizen sneller de moeilijke en dure patiënten naar hen door zal verwijzen. Dat zou betekenen dat doordat andere ziekenhuizen aan 'creaming' doen, het aantal behandelingen bij het AMC stijgt.

Ook zeggen beide ziekenhuizen de afgelopen jaren steeds efficiënter te zijn gaan werken. Met het verschil dat men bij het AMC efficiënter wordt gewerkt omdat dit gewoon nodig gevonden wordt en bij het ZMC om zo de behandeling goedkoper te maken.

8.2 Kwaliteit

Ook kwam in het theoretisch kader naar voren dat de kwaliteit van de zorg door de marktwerking zowel kan verbeteren dan wel verslechteren. Verbeteren omdat ziekenhuizen klanten kunnen aantrekken door een betere kwaliteit aan te bieden dan de concurrent. Verslechteren omdat kwaliteit moeilijk te meten, maar wel duurder is.

In ieder geval wordt in beide ziekenhuizen hard aan de kwaliteit van de zorg gewerkt. Hierbij doet het ZMC wel meer aan de patiënttevredenheid dan aan de kwaliteit van de behandelingen zelf. Dit kan te maken hebben met het feit dat het goedkoper is om klantvriendelijker te zijn dan de zorg zelf te verbeteren. Een duurdere heup kost meer dan een vriendelijk woord. Dit komt ook in de literatuur naar voren. Het AMC doet echter meer aan het verbeteren van de inhoudelijke zorg, door de verpleegkundigen te wijzen op *evidence based medicine*. Dit zou verklaard kunnen worden omdat er meer budget is voor specialistische zorg en opleidingen.

Ook hier geldt evenwel dat de medewerkers van het AMC de kwaliteit willen verbeteren vanuit intrinsieke motieven, terwijl men zich bij het ZMC meer bewust is dat tevreden klanten vaak terug komen. Daarnaast geeft het ZMC zijn klanten meer keuzemogelijkheden in de vorm van maaltijden terwijl dit bij het AMC niet het geval is.

8.3 En verder...

Het ZMC is zich meer bewust van de marktwerking dan het AMC. Waar het AMC aangeeft zich niet aan te passen ten behoeve van de markt, is het ZMC hier wel mee bezig. Zij voelen erg de druk om klanten en verzekeraars aan zich te binden. Dit kan door meerdere redenen verklaard worden.

Doordat bij het AMC weinig behandelingen in het B segment vallen en er veel budget binnenkomt voor topreferente zorg, opleidingen en onderzoek is de nood om tegemoet te komen aan de markt minder groot. Het ZMC is echter veel meer afhankelijk van de omzet die verkregen wordt uit de behandelingen van het B segment. Dit omdat deze een groter deel uitmaken van de inkomsten en er geen groot budget is voor specialistische zorg, opleidingen en onderzoek.

Daarnaast heeft het AMC veel patiënten waarvoor zij een eindstation zijn. Doordat deze patiënten niet bij een ander ziekenhuis terecht kunnen voelen zij hier geen concurrentie. Bij het ZMC daarentegen zijn er meerdere ziekenhuizen in de regio die dezelfde behandelingen aanbieden. Het ziekenhuis moet er daarom meer aan doen om patiënten aan te trekken en te behouden.

Ook is de organisatiecultuur in beide ziekenhuizen erg anders. Zoals in de literatuur naar voren kwam is het bij grote organisaties met formele structuren lastiger om veranderingen door te voeren. Dit is bij het AMC ook het geval. Bij het ZMC echter worden er sneller teams opgezet, tevens is de organisatie een stuk kleiner. Dit maakt dat wijzigingen makkelijker te implementeren zijn.

Toch zijn de ziekenhuizen op één aspect gelijk. In beide organisatie verzetten de artsen zich tegen de veranderingen die de marktwerking veroorzaken. Zij willen zich niet aanpassen ten behoeve van de markt, maar zelf bepalen hoe de behandelingen uitgevoerd worden.

Het is opmerkelijk dat juist de medewerkers die zo belangrijk zijn voor de patiënten niet veranderen en vast blijven houden aan hun professionele autonomie.

8.4 Tot slot

Aanleiding voor dit onderzoek was de nota “Publieke functies van de UMC’s in een marktomgeving”. Hierin laat het ministerie van VWS weten dat academische ziekenhuizen net als algemene ziekenhuizen aan de marktwerking kunnen participeren.

Dit onderzoek zet hier vraagtekens bij. Zolang academische ziekenhuizen met de specialistische zorg niet concurreren, het B segment slechts een zeer klein gedeelte van het budget uitmaakt en er veel geld binnenkomt voor onderwijs, innovatie en onderzoek wat algemene ziekenhuizen niet krijgen zullen zij zich niet genoodzaakt voelen om met de markt mee te doen.

Hier zit dus een kink in de kabel tussen het beleid en de praktijk waar nog geen oplossing voor is gevonden.

9. Reflectie

Als laatste zal er worden terugkeken worden op hoe het onderzoek tot stand is gekomen.

In de eerste plaats heb ik erg veel geluk gehad dat het onderzoek bij zowel het AMC als het ZMC plaats kon vinden. Doordat beide organisaties mee wilden werken aan dit onderzoek is het mogelijk geweest om hen naast elkaar te leggen. Zodoende is er meer inzicht verkregen in hoe verschillend algemene en academische ziekenhuizen op de marktwerking reageren.

Dit heeft tot boeiende resultaten geleid. Een aantal bevindingen had ik wel verwacht. Zo is het geen verrassing dat het AMC minder aan marktwerking doet als er geen motieven zijn om dat wel te doen. Wat mij echter wel verraste is dat de chirurgen zo ontzettend weinig over de marktwerking wisten, maar hier wel een (negatieve) mening over hadden. Daarnaast is het ergens wel logisch dat het ZMC voor een goedkopere heup kiest als de zorgverzekeraar eist dat de prijs van de behandeling omlaag gaat. Toch schrok ik hier wel van, ondanks dat ik door het lezen van de literatuur dit had kunnen verwachten. Wat sterk is aan dit onderzoek is dat het in beide ziekenhuizen op de afdeling chirurgie heeft plaatsgevonden. Als dit twee verschillende afdelingen waren geweest had dit de resultaten kunnen beïnvloeden omdat verschillende afdelingen ook verschillende DBC's hebben. Zo merkt de afdeling verloskunde bijvoorbeeld veel meer van de marktwerking omdat hier meer DBC's in het B segment vallen. Nu is dat verschil weggenomen.

Ik sluit echter niet uit dat als het onderzoek bijvoorbeeld op de afdeling verloskunde had plaatsgevonden dit tot andere resultaten had geleid. Toch denk ik dat dit niet zo heel veel verschil heeft uitgemaakt aangezien het AMC op welke afdeling dan ook altijd veel specialistische zorg heeft, met een groot budget voor opleidingen en onderzoek. Daarnaast blijft de organisatiecultuur hetzelfde.

Ik denk dat dit onderzoek zeker waarde heeft voor zowel de overheid als de zorgsector. Het nieuwe zorgstelsel is nog erg jong en er moet nog veel bijgeschaafd aan worden, onderzoeken als deze kunnen daaraan bijdragen. Daarnaast hebben zowel het AMC als het ZMC na het lezen van de voorlopige resultaten al aangegeven dat zij deze zeker interessant vinden.

Ook is dit onderzoek erg actueel. Tijdens de uitvoering hiervan was het aantal relevante krantenartikelen dat gepubliceerd werd bijna niet bij te benen. Ook kwam het boek van Frank Asselman slechts één week voor de eerste deadline uit. Hierdoor is besloten om het onderzoek later in te leveren. Ik ben blij dat ik dit besluit heb genomen, het onderzoek is er zeker beter op geworden.

Literatuurlijst

- Arah, O. (2005) *Performance reexamined. Concepts, content and practice of measuring health system performance*. Thesis, Universiteit van Amsterdam
- Bernard, E. *Why single payer is still our best bet*. Social Policy, (1994) Vol. 24 pag. 8-31
- Boer, E.J. (1993) *Het academisch ziekenhuis : eindpunt van verwijzing, ijkpunt voor de Nederlandse gezondheidszorg*, Uitgever VAZ, Utrecht
- Cairney, P. *NPM and the Thatcher healthcare legacy*. *British Journal of Politics and International Relations*, vol. 4 (2002) pag. 375–398
- Centraal Plan Bureau (2003) *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, Den Haag
- Clark J.M. *Toward a concept of workable competition*, *American Economic review*. 30 (1940) pag. 241-256
- Crom, B. (2005) *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen*, Labyrint Publication, Ridderkerk
- Crommentuyn, R. *De muis gaat brullen*, *Medisch Contact* Nr. 14 - 6 april (2007) 606-608
- Deursen, J. (2005) *De nieuwe zorgwet* in: *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr. 12
- Enthoven, F. (1988) *Managed Competition of Alternative Delivery Systems*. *Journal of Health Politics, Politics and Law*. Volume 13, nr. 2
- Freidson E. (1994) *professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Cambridge Polity Press
- Gastelaars, M. (2000) *'Human Service' in veelvoud*, een typologie van dienstverlenende organisaties, Uitgeverij SWP, Amsterdam
- Harrison, S. (1994) *Controlling health professionals*, Buckingham: Open University Press.

- Hoogland, J. *Professional autonomy and the normative structure of medical practice*. Theoretical medicine 21: 457-475 (2000)
- Hood, C. *A public management for all seasons?* Public Administration (1991) Vol. 69 3-19
- Kesteloot, K. (2003) *Health care market reforms & academic hospitals in international perspective*, Raad voor de volksgezondheid, Zoetermeer
- Kraan, W. (2004) *Tot de klant gericht*, Raad voor de volksgezondheid, Zoetermeer
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy, dilemmas of the individual in public services*. Russel Sage Founadation, New York
- Mamuth, H.A. (1991) *Markteconomie: analyse en evaluatie*. Utrecht
- Maso, I., en Samling, A. (1998), *Kwalitatief Onderzoek*, Meppel: Koninklijke Boom uitgevers.
- Meijer, A. (2004) *Vreemde ogen dwingen: de betekenis van internet voor maatschappelijke controle in de publieke sector*, Boom juridische uitgevers: Den Haag
- Nederlandse Zorgautoriteit (2007) *Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands*
- Putters, K. (2003) *Anticiperen op marktwerking*, Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer
- Quaethoven, R. *Kwaliteit en beheer : instrumenten voor de manager in de zorg* Acta hospitalia; vol. 39 (1999), afl. 2, pag. 83-85 (3) / 1999
- Raad voor de Volksgezondheid (1998) *Verzekeraars op de zorgmarkt*, Zoetermeer
- Raad voor de Volksgezondheid (2000) *Professionals in de gezondheidszorg*, Zoetermeer
- Raad voor de Volksgezondheid (2002) *Winst en gezondheidszorg*, Zoetermeer
- Raad voor de Volksgezondheid (2003) *Van patiënt tot klant*, Zoetermeer
- Raad voor de Volksgezondheid (2004) *De invloed van de consument op het gebruik van zorg*, Zoetermeer

- Rosenberg. E. (1 maart 2008) *Stijgende kosten zorg na invoering marktwerking* in: NRC Handelsblad
- Sackett D.L. *Evidence based medicine: what is it and what isn't*. BMJ (1996) 312:71
- Schnabel, P. *Het bewaken van de kwaliteit in de gezondheidszorg in relatie tot kosteneffectiviteitsonderzoek*, Nederlands tijdschrift geneeskunde (1998) 142; 1512-1516
- Schut, E. (2003) *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Oratie
- Schut, F. *Workable competition in health care: prospects for the Dutch design*. Soc. Sci. Med. Vol. 35, no. 12. 1445-1455 (1992)
- Shortell, S. *Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients*. Med Care (2000) 38: 207-217
- Smith, P. (2002) *Measuring Up: Improving Health System performance in OECD Countries*. Parijs
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1998) *Tussen bed en budget*, Sociale en Culturele Studies – 26, Den Haag
- Stiglitz, J.E. (1994) *Whither Socialism?* MIT press, Cambridge
- Stone, D. (2002) *Policy paradox*, The art of political decision making. W.W. Norton & Company, New York
- Thomassen. J.P.R., (2003) *Klanttevredenheid, de zin en onzin*. Kluwer
- Trappenburg, M. (2005) *Gezondheidszorg en democratie*, Erasmus MC
- Vahl, A.C. *Het Unitmodel in het Onze Lieve vrouw gasthuis*, Nederlands tijdschrift voor heelkunde (2008) Vol. 17
- Ven, van de W.P.M.M. *From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system*. European Economic review Vol. 34 (1990) 632-645

- Visser, M.R.M., *motiverende en demotiverende aspecten van het beroep van medisch specialist: een landelijk onderzoek*. (1999) Academisch medisch centrum, Amsterdam
- Waard, D. (2002) *Maatschappelijk ondernemen in de zorgsector: een onderzoek naar Nederlandse ziekenhuizen*. Ernst&Young: Groningen
- Wagner C. et al. (1997) *Kwaliteitsbewakende en –bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. De Tijdstroom, Utrecht
- Westert, G.P, (2006) *variatie in prestatie, de kwaliteit van gezondheidszorg aan bod*, Rede
- Woolhandler, S. *Competition in a publicly funded healthcare system*. BMJ (2007) Vol. 335 pag. 1126-1129
- www.minvws.nl

Documenten

- Academisch Medisch Centrum, *Zorgzaam en zorgvuldig II*, Verpleegkundig activiteitenplan 2008-2011 (2008)
- Academisch Medisch Centrum, *Verpleegkundig activiteitenplan 04-08*
- Academisch Medisch Centrum, *Strategische Doelstellingen 2006-2010*
- Academisch Medisch Centrum, *Jaarschrift 2007 voor patiënten*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving*. 2007
- Prismant, *Tevredenheid gepeild 2005*
- Zaans Medisch Centrum, *Langs duidelijke lijnen*, 2006
- Zaans Medisch Centrum, *Jaardocument 2006*
- Zaans Medisch Centrum, *Bouwen aan kwaliteit*, 2007
- Zaans Medisch Centrum, *Beleidsvisie 2008-2011*

Bijlage: Interviewvragen

Algemeen

- Wat is uw functie?
- Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden
- Wat weet u van de marktwerking in de ziekenhuis zorg?
- Ziet u de patiënt als patiënt of als klant?
- Ben u zich er bewust van dat het AMC/ZMC moet concurreren met andere ziekenhuizen?
- Zo ja of nee, waarom wel/niet

Prijs

- Denkt u dat de marktwerking de prijs van de zorg hebben beïnvloed?
- Waarom wel/niet
- Op welke manier is de prijs beïnvloed
- Wordt er efficiënter gewerkt?
- Worden er meer behandelingen uitgevoerd?
- Waarom wel of niet?

Kwaliteit

- Denkt u dat de invoering van de marktwerking de kwaliteit van de zorg heeft beïnvloed bij het AMC?
- Wordt er klantvriendelijker gewerkt?
- Wordt er meer aan de bejegening gedaan?
- Worden er meer keuzemogelijkheden aangeboden?
- Wordt er meer aan informatie voorziening gedaan?
- Wordt er meer nadruk gelegd op vakbekwaamheid?
- Wordt er veiliger gewerkt?

Verder

- Denkt u dat er in een algemeen streekziekenhuis meer wordt gedaan aan de concurrentie tussen ziekenhuizen?
- Kan dit te maken hebben met de cultuur?
- Kan dit te maken hebben met het budget?
- Wilt u zelf nog iets kwijt?
- Heeft u nog vragen?