

HOSPITALEN NU EN STRAKS

Ziekenhuiszorg in de kering

Geerd Magiels

Dit is de persoonlijke neerslag van de derde workshop van het Crosstalks project *Equal Access to Health and Medical Care*. **Marc Noppen** (CEO UZ Brussel) schetste de stand van zaken op ziekenhuisgebied in België en Brussel. **Christian Pinnow** (Associate Dierks+Bohle, Attorney Medical law, D) lichtte de Duitse hospitaalhervormingen toe waarna **Anita Charlesworth** (The Health Foundation, UK) een antwoord zocht op de vraag: Does health care competition save lives? Deze workshop vond plaats op 6 juni 2016 in de Agora van VUB Campus UZ Jette, Brussel.

De gezondheidszorg kreunt onder budgettaire druk, niet alleen in België maar in de hele wereld. Ziekenhuizen nemen een grote hap uit dat budget. Van 25,8% in Slovaakse tot meer dan 45% in Griekenland, Denemarken of Zweden. Hoewel de organisatie van de gezondheidszorg in alle landen anders is, blijven de kosten overal stijgen, terwijl de kwaliteit van de geleverde diensten in het gedrang komt en van zeer wisselend niveau blijkt. De roep naar verandering klinkt overal, maar hoe het hospitaal van de toekomst er moet uitzien is minder duidelijk. Berichten van transitiezones in Duitsland, Groot-Brittannië en België.

In Duitsland werd de Ziekenhuishervormingswet of *Krankenhausstrukturgesetz* op 1 januari 2016 van kracht. De bedoeling is om een wettelijk kader te scheppen dat kan aangepast worden aan de demografische en regionale veranderingen in de medisch-technische vooruitgang. Voorop staan de toegankelijkheid van de zorg, kwalitatief hoogstaande behandelingen en controleerbare kwaliteit. De uitgangspunten zijn daarbij dat de federale staat de investeringen in gebouwen en infrastructuur verzorgt terwijl de verplichte of private ziekteverzekeraars de operationele kosten dekken. Die laatste worden gefinancierd op basis van het diagnose-gerelateerde groepensysteem (DRG), een systeem om ziekenhuisproducten te classificeren.

Daarop volgt een systeem met *Mehrerlösausgleich*, *Mindererlösausgleich* of *Mehrleistungsabschlag* waarbij ziekenhuizen specifieke vergoedingen krijgen als ze boven of onder de afgesproken volumes voor een bepaalde dienst uitkomen. Het gaat niet alleen over volumes maar ook over kwaliteit. Wie kwaliteitsvolle zorg levert kan rekenen op bonussen. De regeling hiervan zou in 2018 in werking moeten treden, hoewel nog onduidelijk is hoe deze kwaliteitseisen in realiteit zullen worden vastgelegd of gemeten. De kwaliteit blijft zeker gekoppeld aan kwantiteit, want er wordt van uitgegaan dat er een minimum aantal van bepaalde verrichtingen moeten gebeuren om een zeker kwaliteitsniveau te kunnen halen. Zowel over de regeling van de kwantiteit als de kwaliteit zijn nog veel vraagtekens. Voorlopig blijft het bij erg abstracte en theoretische formuleringen, waarbij het de vraag is of de *Fixkostendegressionsabschlag* kan bijdragen tot betere ziekenhuiszorg. Het gaat hoe dan ook niet om een diepgaande structurele herziening van de bestaande regelgeving. In de marge vallen wel wat ideeën over het opzetten van lokale zorginstellingen voor niet-acute behandelingen, het promoten van structuren voor palliatieve zorg en het vastleggen van het recht van patiënten op een tweede opinie om te vermijden dat die patiënten een behandeling zouden ondergaan omdat die voor het ziekenhuis geld oplevert. Wetende dat de macht van lobby- en andere belangengroepen erg sterk is, wordt van deze plannen niet veel verwacht. Korte termijn denkende politici gaan ook niet meteen veranderingen in gang zetten die misschien pas binnen twintig jaar resultaten zullen opleveren. Tenslotte is het goed om weten, besloot Christian Pinnow, dat 80% van de ziekenhuiskosten naar salarissen gaat en dat er een factor 10 verschil zit tussen de salarissen van de artsen en die van de verpleging.

Aanhangers van het marktmodel beschouwen de gezondheidszorg als een markt van diensten en pleiten voor een vrije markt waarin competitie meer kwaliteit zal opleveren. De vraag van Anita Charlesworth is dan ook pertinent: kan competitie in de gezondheidszorg levens redden? In andere economische sectoren zorgt competitie ervoor dat slecht functionerende bedrijven zich ofwel moeten verbeteren of weggeconcentreerd worden. Concurrentie zou ook innovatie aanmoedigen. Dat

gaat echter alleen op in perfecte markten met een waslijst aan specifieke vereisten (van prijstransparantie voor de consument tot het ontbreken van externaliteiten voor productie en consumptie). Daaraan beantwoordt de gezondheidszorg helemaal niet, net zo min overigens als andere sectoren zoals wetenschappelijk onderzoek, onderwijs of werk.

In de Britse gezondheidszorg is de National Health Service de belangrijkste leverancier. Slechts 10% van de bevolking beschikt over (lees: heeft geld genoeg voor) een privé verzekering. In de NHS speelt van bij het begin de vrije keuze een centrale rol. Dat was voor 2009 echter meer theorie dan realiteit. In de praktijk had de patiënt weinig te kiezen, terwijl er evenmin een helder zicht was op de kostprijs of de kwaliteit. Sinds 2009 kreeg competitie de vrije hand. Iedereen die een *qualified provider* is kan zorg bieden, zodat het veld nu erg divers is, van ngo's en hospitalen die bepaalde zorg aanbieden tot puur commerciële spelers zoals Virgin. In 2012 kwam er een laatste hervorming om concurrentievervalsend gedrag uit te sluiten. De veronderstelling was dat minder competitie tot mindere kwaliteit zou leiden. Niet iedereen is het daarmee eens en dit leidt tot heftige discussies. De (veronderstelde) vrije keuze van de patiënt is in de praktijk niet zo vrij. Niet iedereen weet wat of hoe er kan gekozen worden, of kan het zich (financieel) permitteren. De meeste mensen laten de keuzes over aan hun huisarts, slechts 5% bezoekt de NHS *choice website*. De helft van de patiënten weet niet eens dat ze zelf een hospitaal kunnen kiezen en krijgen die keuzemogelijkheid ook niet aangeboden.

Het openstellen van de markt voor private aanbieders zorgde wel voor verschuivingen. Voorheen bestonden er lange wachtlijsten voor bijvoorbeeld heupprothesen. Daar was dus een gat in de markt voor privé kunstheupplaatsers. Maar de recessie zorgde voor een afname in het aantal privé verzekerden, waardoor de NHS op haar beurt marktaandeel kon terugwinnen.

Er is nog steeds te weinig hard onderzoek naar de effecten van de marktwerking in de gezondheidszorg. Competitie blijkt de kosten of de wachttijden te kunnen doen dalen, maar helaas daalt daarbij ook de kwaliteit. Dat is een knelpunt omdat patiënt, arts of leverancier vaak niet kunnen bepalen wat die kwaliteit precies inhoudt. Als de prijs vast blijft kan er wel competitie ontstaan op vlak van kwaliteit.

De weinige studies die er zijn laten zien dat vrije keuze alleen bij bepaalde ingrepen de kwaliteit verhoogt. Uit die studies blijkt ook dat goede informatie (zoals over kwaliteit) essentieel is maar dikwijls ontbreekt. Ook empirische gegevens over wat werkt en wat niet zijn schaars. Er zijn vraagtekens over welke schaalgrootte van ziekenhuizen voor- of nadelen oplevert, terwijl er voorlopig geen bewijzen zijn dat het samengaan van ziekenhuizen iets oplevert, eerder het tegendeel. De hamvraag die als een zwaard van Damocles boven deze discussie hangt is of dit effectief bijdraagt tot een verdere integratie van de zorg, georganiseerd rond zorgpaden gericht op individuele patiëntennoden. Want dat is wat de WHO onderschrijft als noodzakelijke voorwaarde voor een betere gezondheidszorg.

Wat de worstelingen op beleidsniveau betekenen in het dagelijkse besturen van een ziekenhuis vertelde Marc Noppen. In België word een ziekenhuis betaald voor de diensten die het levert (en niet bijvoorbeeld per patiënt). De gezondheidszorg is dus prestatiegedreven en dat levert een goede dienstverlening op. Geen wachtlijsten, terugbetaling voor iedereen, maar ook veel overtollige capaciteit en hoge kosten. België scoort begrijpelijkerwijs hoog in de lijst van landen die meer dan 10% van hun BNP aan gezondheidszorg spenderen.

De levensverwachting is de afgelopen vijftig jaar indrukwekkende toegenomen en daar heeft de geneeskunde zeker aan bijgedragen. Maar als we daar nog kwaliteitsvolle jaren of maanden aan willen toevoegen wordt dat een moeilijke onderneming tegen oplopende kosten voor marginale verbeteringen. Voor het eerst in decennia stagneren trouwens de uitgaven voor gezondheidszorg in Europa. De rek is uit de budgetten en de vraag wordt onontkoombaar: kiezen we als samenleving voor het verlengen van de levensduur of voor een kwaliteitsvol leven (dat misschien wat korter is)?

Met de toenemende vergrijzing groeit ook het aandeel chronische zieken, die veelal samengaan met comorbiditeiten. Dertig procent van de bedden in een hospitaal zoals het UZ Brussel worden bezet

door mensen die eigenlijk niet in een hospitaal thuishoren. Zeventig procent van die patiënten zijn ouder dan tachtig jaar. Die bedden blijven echter bezet omdat het ziekenhuis betaald wordt voor het volume van de diensten die het levert, niet voor de kwaliteit of het eindresultaat. Kwaliteit wordt daarbij beschouwd als een vorm van procesbewaking, veeleer dan als het leveren van zorg die leidt tot een door de patiënt gewenste resultaat.

Steeds meer groeit het besef dat het nochtans dat is waar de gezondheidszorg, *in casu* de hospitaalzorg, naartoe moet: patiëntgerichte zorg met de meest waardevolle resultaten voor de patiënt tegen een zo laag mogelijke prijs (en bijwerkingen). Zo een systeem is niet langer georganiseerd rond wat dokters doen (met lichaamsonderdelen) maar gericht op wat patiënten als mensen nodig hebben (om zich goed te voelen). Voorlopig kan men in België slechts afgunstig kijken naar de ommekeer waarmee de geïntegreerde zorg in het Karolinska Instituut in Zweden werd ingevoerd en waar de 41 departementen werden afgeschaft en vervangen door *patient care pathways*. Van de hoognodige transitie van *sick care* naar *health care* zijn inmiddels velen wel overtuigd maar de vraag is hoe de essentiële en diepgaande hervormingen kunnen worden waargemaakt.

Dit vraagstuk situeert zich in een zeer complex ecosysteem waarin diverse belangen en businessmodellen interageren, verticaal georganiseerd volgens specialiteiten, extreem gericht op acute zorg terwijl welzijn, preventie en volksgezondheid sterk verwaarloosd worden. Bovendien zijn er grote ongelijkheden binnen en tussen ziekenhuizen en regio's, wat wijst op een sterk door cultuurverschillen bepaalde resultaten. Dat alles verklaart de niet onder controle te brengen kosten en de ongelijke kwaliteitsresultaten, ondanks de toegewijde en onverdroten inzet van vele goed opgeleide en goed bedoelende professionals.

We zullen niet buiten de kaders moeten denken, maar proberen los te komen van de bestaande kaders, werd in de nabespreking opgemerkt. Het gaat om een verschuiving van perspectief. Kunnen die noodzakelijke veranderingen tot stand komen door wat gesleutel aan geldstromen of door technologische innovatie of prijscompetitie? Sprekers en deelnemers deelden in de consensus dat het fundamenteel gaat om cultuur, visie en relaties, gecentraliseerd rond het welbevinden van (nog niet) zieke mensen.

Het meest schrijnende is misschien wel dat dit allemaal niet nieuw is. Arts en historica Victoria Sweet beschreef in 2012 in *God's Hotel. A Doctor, a Hospital and a Pilgrimage to the Heart of Medicine* het leven in Laguna Honda, het laatste armenhuis van San Francisco, wellicht ook het laatste van de Verenigde Staten. Laguna Honda is een verre nazaat van wat Europeanen kennen als een hôtel-Dieu of godshuis, een hospitaal voor de armen gerund door religieuzen. Laguna Honda herbergt meer dan duizend patiënten en vangt zieken op die in nood verkeren. Ze komen vanop straat, vanonder bruggen, uit vuile appartementen of kamertjes waar ze het slachtoffer waren van verwaarlozing en misbruik, ondermijnd door drugs en alcohol.

Er zijn niet veel middelen om hen te helpen. Er is wel een r ntgenmachine, de basale bloedtests en er is vooral tijd. Tijd om te luisteren en te zoeken naar de klinische aanwijzingen die in de richting van een remedie zouden kunnen voeren. Zo zoeken en vinden zorgverstrekkers meer inzicht in hoe de conditie van een patiënt verweven zit met zijn of haar omgeving en levensverhaal.

In Laguna Honda waren twintig jaar geleden 38 zalen met telkens dertig bedden. Bij elk bed een tafeltje en een stoel en aan het einde een balkon met zon en schaduw en zicht op de baai. Het hospitaal had een serre en een moestuin, een vogelhuis en een neerhof. De patiënten waren altijd ernstig en al lang chronisch ziek. Omdat ze te veel kosten, werden ze vanuit andere ziekenhuizen doorverwezen.

Sweet leerde samen met haar collega's observeren en luisteren los van de meegeleverde diagnose. In de groep met dementen nam ze de diagnose Alzheimer niet klakkeloos aan en ontdekte abnormale schildklierfunctie, B12-deficiëntie en vooral ook de bijwerkingen van antipsychotica en tranquillizers onder de uitdrukingsloze gezichten, de vervormde spraak en de delieren. Zo wist ze problemen te ontdekken die toch behandelbaar waren. Mensen die elders waren opgegeven kwamen weer tot leven, dankzij geduld en aandacht, gezond verstand en eenvoudige ingrepen.

Misschien beschreef Sweet de toekomst van de geneeskunde. Een geneeskunde die gebaseerd is op inzicht, wetenschappelijke kennis en de modernste technologieën, maar ook op empathie, wijsheid en menselijkheid. In Laguna Honda bestond geen druk om tot een snelle diagnose te komen, er was geen systeem dat technische middelen en interventies stimuleert, er waren geen administratoren die de verblijfsduur turven, er waren geen managers die benchmarks afmeten. Het was een plek voor *slow medicine*, van rust en kalmte, goede voeding, diepe slaap, lucht en zonlicht. En zoveel tijd als de patiënt nodig heeft. En niet iedereen wordt beter, maar wie sterft, gaat vredig en waardig.

De laatste twintig jaar wordt ook Laguna Honda belaagd door administratie en politiek. Wetten en budgetten, managers en experts bedreigen de cultuur van bedachtzame zorgzaamheid. De ziekenzuster die voor elke patiënt op haar zaal een beddensprei haakt en ondertussen elke patiënt individueel kent, wordt weggesaneerd. In tijden van 'efficiënte gezondheidszorg' houdt Sweet de zorgsector een spiegel voor. De geneeskunde is meer dan budgetbewust of *evidence based* behandelen. Het is ook een roeping, een passie gebaseerd op gastvrijheid (van het Latijnse *hospes*, gast, wetende dat iedereen vroeg of laat die gast zal zijn). De relatie tussen zieke en verzorger is er een van bekommernis en respect. Een zieke is een mens, niet een lichaam met een ziekte. De arts (physician) is diegene die de *physis* bestudeert, de individuele natuur van elke persoon. Hopelijk is er een toekomst voor de geneeskunde waarin naast scanners en monoclonale antilichamen ook plaats is voor aandacht en geduld. Op weg naar ziekenhuizen die opnieuw *gasthuizen* worden?