

Symposiumverslagen

Marktwerking en concurrentie in de klinisch-chemische laboratoriumdiagnostiek¹

K.M.T. de BRUYN, J. van de VEN, A.K. BOER, M.P. SCHUIJT, P. VERSCHUURE en K.M.K. de VOOCHT

Regeren is vooruitzien, maar het sturen en correct voorspellen van de toekomst is in de praktijk geen sinecure. Toekomstige ontwikkelingen bieden derhalve dankbare thema's voor de symposia die de commissie Klinisch chemici in opleiding (KCio) organiseert voor opleiders en klinisch chemici in opleiding. Recente voorbeelden daarvan zijn 'De Toekomst' en 'Andere Laboratoriumspecialismen' (1). Bij het voorjaarssymposium (gehouden op 25 mei 2005 te Utrecht) stond, in navolging hierop, het actuele onderwerp 'marktwerking' centraal. Tijdens het eerste deel van de middag werd de invloed van marktwerking op de klinische chemie belicht. Vervolgens werd ingegaan op de vraag hoe om te gaan met en in te spelen op die nieuwe ontwikkelingen. Aansluitend vond een interactieve peiling onder de deelnemers plaats hoe zij in hun lab denken om te gaan met marktwerking. Ook dit keer ontstonden er diverse boeiende discussies, wat een plezierige interactie tussen de aanwezigen opleverde. Middels deze getrouwe weergave beoogt de commissie KCio een samenvatting te geven van de gehouden presentaties en gevoerde discussies. Dit symposiumverslag werd aan de sprekers voorgelegd en na verwerking van hun commentaar werd de tekst door hen geaccordeerd. De beschrijving van de interactieve sessie en interpretatie van de resultaten daarvan komt voor rekening van de auteurs.

Marktwerking

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaan gepaard met stijgende kosten. Om het zorgsysteem gezond, betaalbaar en voor iedereen bereikbaar te houden, ziet de overheid zich genoodzaakt activiteiten te ontplooiën waarmee de financiering van de zorg gegarandeerd kan blijven. Uit deze vooruitziende blik is ondermeer het liberale plan voortgekomen om marktwerking actief te introduceren en stimuleren binnen de zorgsector. Wat zullen de gevolgen zijn voor het systeem van deze reeds ingezette koers? Zal deze

inderdaad leiden tot gezonde concurrentie, slimmer werken, bewuste keuzes, verbeterde dienstverlening en kostenbeheersing?

Dat er nagedacht dient te worden over hoe de zorg betaalbaar moet blijven, staat buiten kijf. Per slot van rekening blijft het streven: patiënten steeds beter te genezen tegen een zo laag mogelijke prijs. Maar past 'marktwerking' wel binnen dit streven? Vaak wordt marktwerking immers geassocieerd met dollartekens, ongebreideld winstbejag, commercialisering, wildgroei, kartelvorming en vraag-en-aanbodspelletjes. Met dergelijke negatieve associaties in het achterhoofd, leidt marktwerking onvermijdelijk tot kwaliteitsverlies. Voldoende argumenten om dwars te gaan liggen. Echter, nieuwe ontwikkelingen kunnen ook leiden tot een substantiële verbetering. Voor de commissie KCio was dit de reden om het voorjaarssymposium 2005 te wijden aan de betekenis die marktwerking en concurrentie voor de klinisch-chemische laboratoriumdiagnostiek zou kunnen hebben.

Deel I: Veranderende externe factoren

1. Marktwerking in de zorg (drs. J.P. Heida, CTG/Zorgautoriteit) (in oprichting)

De overgang van aanbod- naar vraaggerichte zorg gaat gepaard met veranderingen bij de overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/consumenten. In het kader van deze veranderingen, is ook de rol van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) gewijzigd. Het College heeft per 1 mei 2004 officieel de rol van Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) op zich genomen. In een overgangperiode wordt CTG/ZAio omgevormd tot Zorgautoriteit. CTG/ZAio zal de Wet tarieven gezondheidszorg blijven uitvoeren. Daarnaast is de belangrijkste nieuwe taak het actief bevorderen van marktwerking in de gezondheidszorg (2). De heer Heida, sectorhoofd bij de directie Marktwerking CTG/Zorgautoriteit i.o., kwam de betekenis en het doel van marktwerking in de gezondheidszorg toelichten.

De kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlands product, nemen nog steeds sterk toe (8% in 1996, 12% in 2002). In 2003 is er in totaal 53 miljard euro uitgegeven aan zorg waarbij ziekenhuizen de grootste kostenpost vormen (24%). Om de kosten te beperken streeft de

Correspondentie: dr. K.M.T. de Bruyn, Alysis Zorggroep locatie Ziekenhuis Rijnstate, Postbus 9555, 6800 TA Arnhem
E-mail: kdebruyn@alysis.nl

¹Verslag van het symposium georganiseerd door de Commissie Klinisch Chemici in opleiding en gehouden op 25 mei 2005 in het Beatrixgebouw te Utrecht

minister naar efficiëntieverbetering. Centraal staat daarbij dat aanbieders, via de tarief- of budgetstructuur, individueel worden geprikkeld op basis van hun relatieve efficiëntie ten opzichte van andere aanbieders. De sleutel tot verbetering ligt daarbij in het meer prestatiegericht maken van de bekostiging, bijvoorbeeld door maatstafconcurrentie. Maatstafconcurrentie is het streven dat als de ene partij bepaalde zorg goedkoop kan leveren, de andere partij dat dan ook zou moeten kunnen. Op dit moment is er volgens Heida sprake van een goede uitgangspositie voor efficiëntieverbetering. De plannen van het kabinet om concurrentie binnen de zorg te stimuleren en, volgens Heida, ook te stimuleren, zijn uitgespreid over de periode 2005 tot 2012. Vanaf 2005 moet er sprake zijn van een volledige DBC-financiering. Eveneens dient 8,5% van de zorg bekostigd te worden door marktwerking (1 miljard euro). Om dit mogelijk te maken wordt de verzekeraar als ambtgenoot gezien, is de Zorgverzekeringswet in gebruik genomen, evenals de Wet marktordening gezondheidszorg. Vanaf 2007-2008 dient ook het overige deel van de zorg bekostigd te worden d.m.v. DBC-verrekening (11 miljard euro) en hierbij zal maatstafconcurrentie een belangrijke rol zal gaan spelen. Vanaf 2010 zullen bouwbepalingen opgeheven worden en vanaf 2012 zal winststreven binnen de zorg geïntroduceerd worden. De marktwerking zal in Nederland volgens Heida tot een groot aantal onderhandelingen leiden: onderhandelingen tussen ziekenhuizen onderling, tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, tussen zorgverzekeraars en tussen zorgverzekeraars en de verzekerden. Men hoopt te komen tot een nieuwe situatie waarbij geen sprake is van verdeling van budget, maar van concurrentie om budget. Sturing op input moet plaats maken voor sturing op output en kwaliteit moet gemeten en gepubliceerd worden. In plaats van zorginstellingen hoopt men te gaan spreken van zorgondernemers die winstgericht zijn en moeten waken voor faillissement of overname.

Heida geeft aan dat het zeer belangrijk is om transparantie te verkrijgen in de geleverde kwaliteit, om te voorkomen dat de prijscomponent te zwaar weegt. Volgens hem zijn onderhandelingen op prijzen, maar ook keuzes door verzekerden en patiënten niet mogelijk zonder kwaliteitsinformatie. Dit is ook de reden waarom prestatie-indicatoren worden ontwikkeld op DBC-niveau, er eisen gesteld zullen gaan worden aan partijen over de geleverde informatie (dient begrijpelijk, vergelijkbaar en publiek toegankelijk te zijn), en waarom er aansluiting wordt gezocht bij bestaande initiatieven (IGZ, CVZ, CTZ, NPCF, Consumentenbond, etc). Het CTG/ZAio vormt het sluitstuk en heeft de bevoegdheid om kwaliteitsinformatie op te vragen en te publiceren.

Op de vraag wanneer bij fusies van bijvoorbeeld laboratoria gesproken wordt van een efficiëntieslag en wanneer van valse concurrentie, antwoordt Heida dat de betreffende efficiëntieslag doorberekend dient te worden aan de patiënt. Is dit niet het geval dan is er sprake van oneigenlijke concurrentie. Bij de aanwezigen bestaat enige zorg met betrekking tot het waarborgen van 'minder interessante zorg'. Volgens Heida

heeft de zorgverzekeraar hierin een rol, door te zorgen voor een goede vergoeding. Op de vraag of er voldoende mensen worden opgeleid om concurrentie mogelijk te maken, antwoordt Heida dat het CTG-ZAio hierin geen taak heeft en zich dus niet zal bezig houden met opleidingsplaatsen. Vanuit de zaal komt de opmerking dat een patiënt die ziek is gewoon beter wil worden en geen zin heeft om te 'shoppen' om zo de beste verzekering binnen te slepen. Heida geeft aan dat het A-segment van de budgettering dit probleem opvangt. Dit deel wordt door de overheid gereguleerd en is er voor patiënten die te ziek zijn om te 'shoppen'. De verzekeraars hebben alleen de regie over het B-segment van de budgettering.

2. Gereguleerde marktwerking in de zorg; verzekeraarsperspectief en positie van de laboratoria (dr. A. Geertsma, Menzis)

Een van de stappen op weg naar een vraaggerichter systeem betreft de invoering van een nieuwe financieringssysteem. Een deel van de medische verichtingen, inclusief bijbehorende laboratoriumdiagnostiek, is vervat tot zorgpakketten, de zogenaamde diagnose-behandelcombinaties (DBC's). De bedoeling is dat verzekeringsmaatschappijen gaan onderhandelen en contracten sluiten met aanbieders van zorg over deze DBC's. Consequentie daarvan is dat de verzekeringsmaatschappij een dergelijk pakket van de ene zorgaanbieder kan vergelijken met dat van de andere. Niet alleen op inhoud, maar ook op prijs en zelfs kwaliteit. Mogelijk dat de aanbieders zich daardoor genoodzaakt zien intern goed af te stemmen hoe dit pakket het best opgesteld zou kunnen worden om aantrekkelijk te kunnen zijn. Ze zouden zich wellicht kunnen onderscheiden in patiëntvriendelijkheid, intensiteit van de behandeling, service, kwaliteit of kosten. Is het denkbaar dat de verzekeringsmaatschappij daarbij eisen gaat stellen aan de kwaliteit van de laboratoriumbepalingen binnen de DBC bij het maken van deze contracten? Of zouden laboratoriumuitslagen als prestatie-indicatoren gebruikt kunnen gaan worden? In hoeverre is de verzekeraar daarbij gevoelig voor diverse inspanningen van het laboratorium op het gebied van dienstverlening? Wie betaalt, bepaalt. In hoeverre verandert de invloed van de verzekeraar in het nieuwe stelsel? Waar liggen kansen en bedreigingen voor het laboratorium? De heer Geertsma, contractmanager 2^e lijn en projectleider diagnose-behandelcombinaties bij zorgverzekeraar Menzis, was uitgenodigd om op deze vragen in te gaan.

Volgens Geertsma zijn er twee belangrijke aanleidingen voor de introductie van marktwerking in de zorg. Enerzijds is er de noodzaak om kostenstijging in de zorg te beheersen (doelmatigheid) en anderzijds de vraag naar inzicht in kwaliteit en kosten van zorgaanbieders en zorgverzekeraars (transparantie). De concurrentie tussen zorgverzekeraars, en indirect tussen zorgaanbieders, wordt versterkt door de introductie van de basisverzekering. Vanaf 1 januari 2006 is er één verzekering ter vervanging van de huidige particuliere en ziekenfondsverzekeringen. Het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier is verdwenen

en het vergoedingspakket lijkt sterk op het huidige ziekenfondspakket. Verzekeraars hebben een acceptatieplicht (uitsluiten van verzekeringsnemers is niet toegestaan) en iedere Nederlander moet zich verplicht verzekeren (verzekeringplicht). Ondanks dat er sprake is van één basisverzekering, is er toch variatie en dus concurrentie tussen verzekeraars mogelijk. Variaties in premiehoogte, keuzes als het gaat om eigen risico, en keuze tussen zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder of alleen een kostenvergoeding en zorgbemiddeling, maken dat polissen van elkaar kunnen verschillen. Verder mag een verzekeraar, naast de verplichte landelijke polis, ook per provincie een polis aanbieden (provinciepolis). Zorgverzekeraars mogen zelf bepalen door wie de zorg geleverd wordt en ze mogen verschillende aanvullende pakketten aanbieden (waarvoor geen acceptatieplicht geldt). Geertsma stelt dat voor concurrentie tussen verzekeraars contracteervrijheid noodzakelijk is. Van belang hierbij is zowel de vrijheid om al dan niet een contract aan te gaan met een zorgaanbieder, als ook de mogelijkheid om te onderhandelen over de inhoud van een contract. DBC's worden door de zorgverzekeraars gebruikt om afspraken te kunnen maken over prijs en kwaliteit van verrichtingen.

De concurrentie tussen zorgaanbieders, en indirect tussen zorgverzekeraars, wordt versterkt door de invoering van DBC's. Het budget van een ziekenhuis is opgebouwd uit een vast/semi-vast deel (capaciteit, beschikbaarheid en locatiegebonden kosten) en een variabel deel (productie). In 2004 vonden declaraties plaats op basis van vaste tarieven voor verrichtingen en verpleegdagen (is sluittarief). Echter, bij deze vorm van budgettering ontbreekt de relatie tussen kosten en opbrengsten en bovendien is deze sterk afhankelijk van landelijke parameters en collectieve budgetgaranties. Volgens Geertsma heeft de invoering van de DBC's in 2005 geleid tot een betere relatie tussen kosten en opbrengsten. Deze introductie vindt geleidelijk plaats. In 2005 is de bekostiging voor 91% collectief gefinancierd door DBC's (zogenaamde 'A-segment'). Het 'B-segment' bestaat uit de overige 9% van het gemiddelde budget van een ziekenhuis. In dit segment bestaat contracteervrijheid tussen zorgverzekeraars en het ziekenhuis, waardoor het mogelijk is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit, volume en prijzen van de geleverde zorg. Indien er geen sprake is van een contract is er een (beperkte) restitutie van kosten aan de verzekerde mogelijk. Zorgverzekeraars zullen niet met elke zorgaanbieder afzonderlijk onderhandelen. Geertsma geeft aan dat er doorgaans bilateraal onderhandeld zal worden met ziekenhuizen waar de zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft. De onderhandelingen met de overige ziekenhuizen zullen plaatsvinden in samenwerking met andere zorgverzekeraars. De inkoop zal gericht zijn op prijs, volume en kwaliteit. Belangrijk daarbij zijn de aangeboden zorgprofielen (beschrijving van de geleverde zorg), de richtlijnen van de beroepsgroep, maar ook prestatie-indicatoren en service-elementen. Geertsma geeft aan dat het wenselijk is dat een zorgverzekeraar zich bemoeit met de inhoud van een DBC, maar dat de beroeps-

groep bepaalt welk zorgprofiel het beste is. Indien er een contract wordt afgesloten met een zorgaanbieder, zal deze ook verplicht zijn om aan te tonen dat er voldaan wordt aan de vooraf opgestelde criteria. Prestatie-indicatoren worden gebruikt om na te gaan of de zorgaanbieder de afgesproken zorg op het afgesproken moment levert. Een voorbeeld van een prestatie-indicator voor de DBC 'diabetes' is dat het HbA1c van 80% van alle diabetespatiënten kleiner zal moeten zijn dan 8%. Een beter zorgprofiel geeft meer contracten en dit leidt tot stimulatie van innovatie en ontwikkeling. Specialisten in een maatschap, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vormen de contractpartijen bij de DBC-inkoop. Er zal nooit direct onderhandeld worden met een laboratorium. Wanneer een laboratorium echter hoge kwaliteit levert tegen een gunstige prijs, zal de DBC gunstiger zijn ten opzichte van de DBC van een andere zorgaanbieder.

Vanaf 2006 zullen DBC's ook in categorale ziekenhuizen en revalidatie-instellingen worden ingevoerd en vindt de introductie plaats van keten-DBC's (1^e/2^e/3^e lijn, bijv. diabetes). Vanaf 2007/2008 vindt er uitbreiding plaats van het B-segment tot 40-60% van de ziekenhuiszorg. Vanaf dat moment zal ook de acute zorg collectief worden bekostigd en worden er waarschijnlijk meer keten-DBC's in gebruik genomen. Voor dit laatste ziet Geertsma een rol voor de zorgverzekeraar, die als hoofdaannemer bepaalt waar de zorg voor de keten-DBC wordt uitbesteed (huisartsenlaboratorium, ziekenhuis, huisarts, thuiszorg, etc.). Het gevaar hiervan voor laboratoria is dat concurrentie tussen laboratoria leidt tot de neiging om bulkproductie uit te voeren ten koste van laagvolumeonderzoek. Volgens Geertsma is de taak van de zorgverzekeraars dan ook om 'totaalpakketten' te contracteren en kostendekkende tarieven te voeren voor kostbaar laagvolumeonderzoek. De indruk dat zorgverzekeraars veel macht gaan krijgen bij het bepalen van de zorg voor de individuele patiënt wordt door Geertsma ontkracht. Kwaliteit en accreditering van zorgaanbieders zullen een belangrijke rol gaan spelen binnen de contractonderhandelingen.

3. Laboratorium: melkkoe of kostenpost? (Drs. P. van der Meer, Medisch Centrum Haaglanden)

Bij het nadenken over marktwerking in de zorg komt al snel een belangrijke vraag om de hoek: wat wil de klant eigenlijk? Het ligt voor de hand dat de patiënt primair wil genezen van de aandoening. Maar een goede verpleging, adequate informatievoorziening, goede begeleiding, 'one-stop shopping', korte wachttijden en niet te vergeten de maaltijden zullen voor velen het toch al beladen ziekenhuisbezoek of -verblijf kunnen veraangemen. In hoeverre biedt introductie van marktwerking een uitdagende prikkel en mogelijkheden om de interne bedrijfsvoering beter af te stemmen op de veranderende wensen en behoeften van de patiënt? Stimuleert het tot nadenken over marktsegmentering, portfolio en positionering, waardoor dienstverlening gericht zou kunnen worden? Het klinisch-chemisch laboratorium heeft te maken met een diversiteit aan klantgroepen, met elk hun

eigen wensen. Daarbij valt, naast de patiënten, te denken aan de verschillende klinische en poliklinische afdelingen, eerstelijnsgezondheidsinstellingen en derden. Vanuit de concurrentiegedachte zou inspelen op nieuwe wensen en ontwikkelingen diverse mogelijkheden scheppen voor het verbeteren van de dienstverlening, efficiënter werken en verstrengeling met de klant. Want als het de klant niet bevalt, dan gaat die op zoek naar een ander. Is het voorstelbaar dat specialisten binnen een ziekenhuis hun monsters niet meer naar het eigen klinisch-chemisch laboratorium laten gaan, maar elders onderbrengen waar de omstandigheden (snelheid/kosten) gunstiger zijn? Of zou een uitstekende dienstverlening op het gebied van de laboratoriumdiagnostiek juist kunnen bijdragen aan het versterken van de concurrentiepositie op de markt? Het Diagnostisch Centrum Haaglanden (DCH) is sinds februari 2005 geopend te Den Haag en profileert zich als volgt (3). Bij DCH kunnen patiënten altijd binnen 24 uur terecht voor een onderzoek. Door een kleinschalig karakter kan DCH een betere en snellere service aan huisarts en patiënt verlenen op de volgende gebieden: röntgenfoto's, echografie, mammografie, dexametrie, e.c.g., longfunctieonderzoek en laboratoriumbepalingen. DCH is een ZBC (zelfstandig behandelcentrum), en werkt nauw samen met Medisch Centrum Haaglanden. DCH richt zicht op de huisartsen in Den Haag en omstreken. Al sinds 1995 is een dergelijk centrum succesvol actief in Amsterdam (Diagnostisch Centrum Amsterdam/DCA); meer dan 400 huisartsen in de Amsterdamse regio maken gebruik van de diensten van DCA. De heer van der Meer, econoom en lid van de Raad van Bestuur van het Medisch Centrum Haaglanden-West-einde, was betrokken bij de oprichting van het DCH. Hij was bereid gevonden in te gaan op de ontwikkelingen voor de laboratoriumdiagnostiek in een wereld van veranderende klantwensen en marktwerking.

Na een korte introductie over zijn werkplek, presenteert Van der Meer een aantal prikkelende en mogelijk negatieve gevolgen van marktwerking binnen de zorg. Zo kunnen ziekenhuizen failliet gaan, kan er sprake zijn van jarenlange negatieve publiciteit over de zorg, kan een klant kiezen tussen zorg en een mobiele telefoon en kunnen er grote nieuwe buitenlandse zorgaanbieders toetreden tot de Nederlandse zorgmarkt. Zelf is Van der Meer echter van mening dat marktwerking onvermijdelijk is en dat DBC's een uitstekend middel zijn om dat te bereiken. Volgens hem moet Nederland af van een monospecialistische benadering en zullen zorgorganisaties veel doelmatiger moeten gaan werken. De bemoeienis van de overheid zal daarbij, ondanks de marktwerking, de komende 5 jaar toenemen. De prikkelende stelling 'Laboratorium: melkkoe of kostenpost' licht Van der Meer toe met behulp van de 'Boston Consulting Group matrix' (BCG-matrix), waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen het relatieve marktaandeel en het groeipotentieel van een bepaald product (figuur 1). Zo heeft een 'melkkoe' een laag groeipotentieel en een hoog relatief marktaandeel. Een succesvol product heeft een hoog groeipotentieel en een hoog relatief marktaandeel. Het is van belang om na te gaan in

welk segment van de BCG-matrix je het laboratorium wilt plaatsen. Zo zou je ervoor kunnen kiezen om alleen bulk te verwerken ('melkkoe'), en meer specialistische bepalingen over te laten aan een ander.



Volgens Van der Meer moeten klinisch-chemische laboratoria ervoor zorgen dat ze mee kunnen komen op de veranderende markt van POCT en thuis testen. De marketing van het klinisch-chemisch laboratorium zal verbeterd moeten worden, evenals de positie van de klinisch chemicus. Van der Meer ziet daarbij overeenkomsten met de apothekers in de jaren '90, die eveneens de marketing alsook het beeld van de beroepsgroep moesten aanpakken. Klinisch chemici moeten daarbij de regie in handen houden, om te voorkomen dat ziekenhuizen en artsen naar de concurrent stappen. Naar zijn mening blijft de klinisch chemicus degene die bepaalt welke bepalingen er uitgevoerd worden.

Deel II: Hoe in te spelen op veranderende externe omstandigheden?

4. Dynamische strategievorming: Inspelen op veranderende externe factoren (dr. C.J.A. Doelman, Medisch Spectrum Twente)

In het tweede deel van het symposium werd ingegaan op de vraag hoe een klinisch-chemisch laboratorium om zou kunnen gaan met, en in kan spelen op, veranderende externe omstandigheden in een omgeving met marktwerking. De heer Doelman, hoofd van het laboratorium Medisch Spectrum Twente, ging in op dynamische strategievorming wanneer aanpassing aan veranderingen in de omgeving vereist zijn.

"De (zorg)markt is geen echte markt", stelt Doelman. Dit komt omdat de patiënt maximale zorg wil, geen afweging maakt tussen de kosten en het product, maar wel het maximale uit zijn verzekering wil halen.

BCG-Matrix		relatief marktaandeel	
		hoog	laag
groeipotentieel	hoog	★ star	? question mark
	laag	 cash cow	 dog

Figuur 1. Productportfoliomatrix van de Boston Consulting Group. De BCG-matrix is een veelgebruikt model voor strategische planning. De sleutelementen vormen de twee dimensies van de matrix. 'Marktgroei' (verticale as) is het percentage waarmee de markt waarop het product wordt verkocht, jaarlijks groeit (gecorrigeerd voor inflatie). 'Relatief marktaandeel' (horizontale as) drukt het eigen marktaandeel uit ten opzichte van dat van de grootste concurrent. Producten, diensten of bedrijfseenheden worden afhankelijk van hun plaats in de matrix getypeerd als 'cash-cow', 'star', 'question mark' of 'dog'. Bij elke typering past een bepaalde strategie ten aanzien van bedrijfsactiviteiten.

Aan de andere kant onstaat er steeds meer concurrentie tussen aanbieders van laboratoriumdiagnostiek. Voordat men de concurrentie aangaat, zal men zich eerst moeten beraden op zijn positie, vervolgens keuzes maken en uiteindelijk overgaan tot actie. De positie van de klinische chemie hangt onder andere af van politieke (marktwerking gewenst), economische (kosten gezondheidszorg), socio-culturele externe factoren (hogere eisen consument), etc.

Voor keuzes die gemaakt moeten worden, is het goed om te leren van onze oosterburen. Terwijl in Nederland de kosten van de medische zorg alleen maar toenemen, is dit in Duitsland veel minder het geval. Een groot verschil met Nederland is dat in Duitsland de diagnostiek gecentraliseerd is in enkele grote 'Laborgemeinschafts', zonder schotten tussen de verschillende labspecialisten. In Nederland zijn er daarentegen vele kleinere laboratoria met ieder zijn specialisme. De grote 'Laborgemeinschafts' worden niet door klinisch chemici, maar direct door artsen aangestuurd, die zorgen voor het materiaal, de diagnostiek in eigen beheer uitvoeren en deze zelf declareren. Door deze opzet wordt er veel (preventief) laboratoriumonderzoek verricht, terwijl de kosten laag zijn door sterke concurrentie. Is dit ook mogelijk in Nederland? Volgens Doelman is het al realiteit. De private 'Laborgemeinschaft' van dr. Stein in Mönchengladbach (4), waar 300.000 testen per dag gedaan worden door 330 medewerkers, verricht momenteel al 100% van de klinische chemie voor Nederlandse bedrijfsgeneeskundigen, 90% voor de verzekeringsgeneeskundigen en 90% voor de nationale sportbonden met UCI-licentie. Hoe kan de klinische chemie in Nederland zich voorbereiden om het voortbestaan te garanderen? Door niet vast te houden aan de oude cultuur, waarbij er weinig neiging tot samenwerking is en iedereen zijn eigen speeltje wil, en er weinig geld aan investeringen besteed wordt, maar juist door te gaan samenwerken, door kennis te delen en schaalvergroting toe te passen. Met alleen routinebepalingen komen we er niet, die kunnen elders goedkoper verricht worden. De kracht ligt in de ondersteuning van nieuwe bepalingen. De kritische succesfactoren voor de toekomst van de klinische chemie zijn: betrouwbaarheid, snelheid van rapportage, kennis van nieuwe ontwikkelingen en klinische consultatie, aldus Doelman.

5. Private laboratoriumdiagnostiek: geen bedreiging maar een kans! (Dr. J.L.P. van Duijnhoven, Elkerliek ziekenhuis)

Hoe ziet een laboratorium aangepast op een omgeving met marktwerking eruit? In Helmond is recent een publiekslaboratorium gestart, waarover op het NVKC-voorjaarscongres 2005 tijdens een workshop uitvoerig werd gediscussieerd en nagedacht (5). Van Duijnhoven, één van de direct betrokken klinisch chemici en hoofd van het klinisch-chemisch laboratorium van het Elkerliek ziekenhuis, was uitgenodigd om over zijn motieven en ervaringen te vertellen.

Ook Van Duijnhoven, voorzitter van Stichting ServiceLabs (6), begint zijn presentatie met de opmerking dat de gedachte bestaat dat markt en zorg onverenigbaar zijn, maar stelt dat in zijn ogen marktprikkels juist er-

voor kunnen zorgen dat zorgverleners meer open staan voor de wensen van patiënten. Juist in een tijd dat de patiënt o.a. door kennisvergarig via internet mondiger wordt en de overheid terugtreedt. Samen met zijn collega Schoenmakers heeft Van Duijnhoven ongeveer 1 jaar geleden stichting ServiceLabs opgericht, een zelfstandige onderneming die diagnostiek verzorgt voor particulieren en bedrijven (levensverzekeringen, sportkeuringen etc.). De bloedafname, pre-analyse en diagnostiek worden vervolgens uitbesteed aan het laboratorium van het Elkerliek ziekenhuis. Ook de rapportage en commentariëring gebeuren vanuit dat laboratorium, alleen de facturering gaat via ServiceLabs (en is uitbesteed aan het Elkerliek ziekenhuis). De Raad van Bestuur van het Elkerliek ziekenhuis werkt hier volledig aan mee, omdat het een (mogelijke) derde geldstroom voor het ziekenhuis is en het bijdraagt aan positieve beeldvorming van het ziekenhuis. Uiteraard zijn wel randvoorwaarden geformuleerd. De organisatorische activiteiten van ServiceLabs gebeuren in apart gedefinieerde eigen tijd. Het mag niet ten koste gaan van de reguliere zorg en de prioritering mag niet afhangen van de betaling. Verder gelden uiteraard dezelfde professionele normen en standaarden als bij diagnostiek voor patiënten. In Nederland zijn nog geen andere direct op de particulier gerichte labs, maar in de VS is 'direct access testing' (DAT) redelijk ingeburgerd. Met name de goed opgeleide middelbare Amerikaan maakt hier gebruik van. Niet omdat deze ziek is, maar juist omdat deze zijn eigen gezondheid gemakkelijk wil controleren, zonder dat een verzekeraar de gegevens op kan vragen. In Nederland is er eveneens een markt voor DAT, wat wel blijkt uit de zelftesten op zwangerschap, cholesterol en HIV die al in de schappen van de drogist liggen of per internet te bestellen zijn. Aandachtspunten voor DAT zijn er natuurlijk ook, aldus Van Duijnhoven. Artsen verliezen het overzicht, de interpretatie is niet altijd eenvoudig en misbruik door charlatans ligt op de loer. Met name bij huisartsen is er oppositie, aangezien hun relatie met de patiënt verandert en dit onzekerheid over de toekomst van de huisarts teweegbrengt. Echter, laboratoriumdiagnostiek aangevraagd zonder directe tussenkomst van een huisarts kan juist de betrokkenheid van een cliënt/patiënt vergroten. Juist bij preventie is bekend dat er snel gebrek aan belangstelling en discipline ontstaat. Onder andere de Hartstichting springt hierop in met bijvoorbeeld een Nationale Cholesteroltest onder 100.000 mensen in 2004. Door de eerstefasediagnostiek dicht bij de mensen te brengen, wordt juist de motivatie verhoogd en indien een afwijking gevonden wordt heeft de cliënt, die dan patiënt is geworden, recht op zorg. Ook de zorgverzekeraars zijn al druk bezig om huisartsachtige producten neer te zetten: van 'e-health' tot eigen gezondheidscentra. Verder worden vaccinaties, cosmetische chirurgie, etc. al vergoed, dus waarom in de toekomst geen vergoeding voor private laboratoriumdiagnostiek? Van Duijnhoven besluit zijn presentatie met de oproep om de bedreiging om te zetten in een kans. Laat zien dat de klinisch chemicus verstand heeft van diagnostiek, van aanvraag, analyse én interpretatie.

Deel III: Interactieve sessie

Hoe speelt de klinisch chemicus in op marktwerking?

Als afsluitend onderdeel van het symposium werd een interactieve enquête georganiseerd, om te achterhalen hoe de klinisch chemicus (i.o.) marktwerking binnen de klinische chemie denkt te gaan vormgeven. Deze enquête was zo ontworpen dat de resultaten binnen 5 minuten geanalyseerd en gepresenteerd konden worden. De aanwezigen werden in zes discussiegroepen ingedeeld, die elk werden verondersteld een laboratorium van een denkbeeldig groot perifeer ziekenhuis te leiden. Het ziekenhuis heeft binnen een straal van 30 kilometer nog twee andere aanbieders van laboratoriumdiagnostiek. De raad van bestuur van dit ziekenhuis propageert derhalve 'een ondernemende bedrijfscultuur' en geeft het laboratorium één miljoen euro extra (naast het gebruikelijke budget) om deze doelstelling te realiseren. Dit geld kan aan een aantal vooraf gedefinieerde kostenposten worden uitgegeven (tabel 1). Om zowel kwalitatieve als kwantitatieve uitspraken te kunnen doen over het belang van deze kostenposten, is ervoor gekozen het geld te verdelen in coupures variërend van 10.000 tot 250.000.

Zoals te zien is in tabel 1, ziet een klinisch chemicus vooral heil in samenwerking, internet/ICT en serviceverbetering, terwijl papieren naslagwerken (zoals referentiewaardenboekje en functieproevenboekje), helemaal uit lijken te zijn. Ook centrale belangenbehartiging door NVKC/VAL, laagfrequente analyses en open dagen/excursies kunnen op weinig extra geld

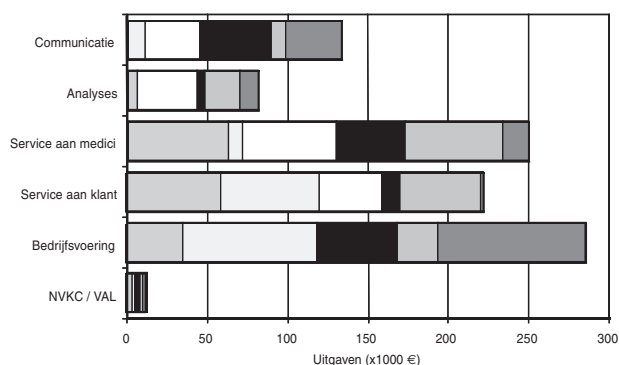
Tabel 1. Overzicht van kostenposten gerangschikt naar prioriteit. De bedragen zijn gemiddelden van zes groepen die elk een extra budget van €1.000.000 uit te geven hadden.

Kostenpost	Gemiddelde uitgave
1 Samenwerking met andere disciplines	€ 125.000
2 Internet/ ICT	€ 116.667
3 Serviceverbetering aan medicus (bijv. kortere 'turn-around-time')	€ 105.000
4 Samenwerking met andere klinisch-chemische laboratoria	€ 101.667
5 Extramurale afnameposten	€ 93.333
6 Consultfunctie naar medicus	€ 83.333
7 Decentraal testen	€ 45.000
8 Begeleiden zelftesten door patiënt	€ 45.000
9 Publiekslab/ periodieke gezondheidschecks	€ 45.000
10 Verzelfstandigen laboratorium	€ 41.667
11 Informatievoorziening aan patiënt	€ 38.333
12 Uitbreiden cito-analyses	€ 35.000
13 Uitbreiden hoogfrequente analyses	€ 21.667
14 Uitbreiden 'state-of-the-art'-analyses	€ 20.000
15 Kwaliteit van analyse (o.a. betrouwbaarheid uitslagen)	€ 16.667
16 Concurrentie met andere laboratoria aangaan	€ 16.667
17 Reclame / advertenties	€ 15.000
18 Centrale belangenbehartiging	€ 11.667
19 Uitbreiden laagfrequente analyses	€ 5.000
20 Open dagen / excursies	€ 1.667
21 Papieren naslagwerken	€ 0

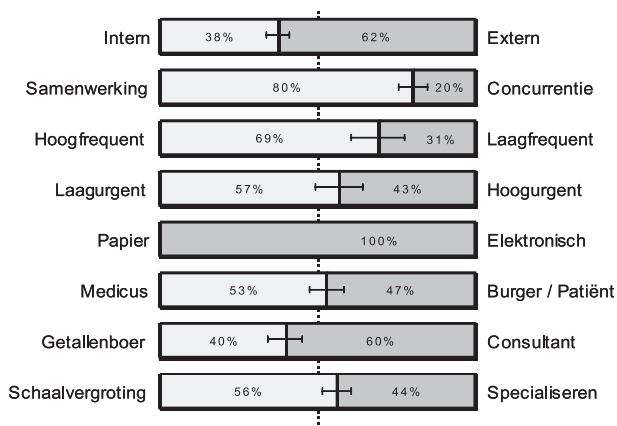
rekenen. Opvallend is dat een publiekslab niet gezien wordt als een middel om bij te dragen aan een meer ondernemende bedrijfscultuur. Weliswaar had één groep € 200.000 uitgegeven aan het publiekslab, maar de overige vijf groepen besteedden gemiddeld slechts € 14.000 uit aan deze kostenpost.

Binnen de kostenposten kan een zestal thema's worden onderscheiden, te weten: algemene communicatie, analyses, service aan medici, service aan patiënten/klanten, bedrijfsvoering en centrale belangenbehartiging. Zoals in figuur 2 valt te zien, wordt het meeste geld uitgegeven aan bedrijfsvoering. Op de tweede en derde plaats staan service aan de medicus en service aan de patiënt/klant. Algemene communicatie eindigt louter in de middenmoot dankzij de forse uitgaven aan de kostenpost internet/ICT. Het specialiseren of uitbreiden van specifieke analyses wordt niet gezien als een mogelijkheid om je te profileren ten opzichte van concurrerende laboratoria. Centrale belangenbehartiging door NVKC/VAL krijgt geld van vijf van de zes groepen, maar is met gemiddeld € 11.666 duidelijk de sluitpost van de begroting.

Als laatste dia van de interactieve enquête werd figuur 3 getoond. Op grond van de resultaten, namelijk een aantal vragen stellen. 1) Wanneer je een lab meer ondernemend wilt profileren, moet je je geld dan vooral binnen of buiten je laboratorium spenderen? 2) Moet je juist gaan samenwerken of juist gaan concurreren? 3) Moet je je richten op de hoogfrequente of laagfrequente analyses? 4) Zijn de citobepalingen belangrijker dan de routinebepalingen? 5) Moet je je geld uitgeven aan papieren naslagwerken of juist aan elektronische vormen van communicatie? 6) Zie je de



Figuur 2. Overzicht van uitgaven per thema. De kostenposten kunnen worden gesorteerd op de thema's: 1) communicatie (internet/ ICT, papieren naslagwerken, reclame/advertenties en opendagen/ excursies), 2) uitbreiding analyses (hoogfrequent, laagfrequent, 'state-of-the-art' en cito), 3) service aan de medicus (decentraal testen, serviceverbetering, consultfunctie en kwaliteit), 4) service aan de patiënt/klant (begeleiden zelftesten, publiekslab, informatievoorziening, extramurale afnameposten), 5) bedrijfsvoering (samenwerking met andere laboratoria, samenwerking met andere disciplines, verzelfstandigen van laboratorium, concurrentie), en 6) centrale belangenbehartiging (NVKC/VAL). Elke grijstint in de horizontale balken representeert één van de zes deelnemende groepen (wit is de derde en zwart de vierde groep). Het ontbreken van een grijstint in de balk geeft aan dat de corresponderende groep voor het betreffende thema geen geld reserveerde. Per grijstint worden daarmee voor elke groep de uitgaven binnen ieder thema weergegeven.



Figuur 3. Overzicht van trends. In bovenstaande figuur staan een achttal schuifbalken met aan weerszijden zo mogelijk complementaire begrippen. Wanneer de schuifbalk naar rechts verschuift, betekent dit dat aan het linker begrip meer wordt uitgegeven dan aan het rechter begrip. De foutenbalken geven de geschatte fout weer.

medicus of de patiënt/burger als belangrijkste klant? 7) Willen we de klinisch chemicus profileren als getallenboer of juist als consultant? 8) Moet je streven naar schaalvergroting, of is specialiseren juist een goede optie? Figuur 3 beantwoordt deze vragen en laat zien dat er een vijftal significante trends zijn te bespeuren. De opvallendste is natuurlijk dat internet/ICT de toekomst heeft en dat papieren naslagwerken volledig zijn achterhaald. Een andere zeer duidelijke trend is dat samenwerking veel belangrijker wordt gevonden dan concurrentie. Voor de rest valt op dat een groot perifeer ziekenhuis zich op de hoogfrequente analyses moet richten, maar ook externe kostenposten niet over het hoofd moet zien. Tot slot zien wij onszelf voor 60% als consultant en voor 40% als 'getallenboer'.

Beschouwing

Het mag duidelijk zijn dat het ons als organisators van het symposium niet te doen was een vooropgezette mening uit te werken. Het was louter nieuwsgierigheid die de drijfveer vormde om deze actuele ontwikkelingen middels het symposium eens onder de loep te nemen. In elk geval leidde het diverse malen tot boeiende discussies en leerzame interacties tussen opleiders en assistenten. Daarnaast hebben de sprekers op voortreffelijke wijze bijgedragen aan het concreet nadenken over klinische chemie in de gezondheidszorg met marktwerking en concurrentie. Niet onbelangrijk is te vermelden dat zij juist geselecteerd waren op hun affiniteit met dit onderwerp. Desondanks, of misschien juist daardoor, bleef er ruime gelegenheid voor kritische vragen en overwegingen. Of marktwerking in de zorg uiteindelijk zal resulteren in de beoogde effecten, zal ongetwijfeld afhangen hoe mensen hier met elkaar gestalte aan geven. Zolang we 'marktwerking' zien als kans en niet als bedreiging, zal de laboratoriumdiagnostiek in het algemeen verbeteren. Wat op zich al voldoende reden is om niet stil te zitten. Ook al zal een volgend kabinet de gezondheidszorg mogelijk op een weer andere wijze proberen te reguleren.

Literatuur

1. Vermeer HJ, Verheijen FM, Hingh YCM de. Beschouwingen. Klinische chemie en haar toekomst: ontwikkelingen en de relatie tot aanpalende laboratoriumspecialismen. *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk* 2005; 30: 113-120.
2. Visiedocument ziekenhuiscare, te vinden op <http://www.ctg-zaio.nl/index.php>
3. Zie voor verdere informatie: <http://www.diagnostischcentrum.com>
4. Zie voor verdere informatie: <http://www.labor-stein.de>
5. Presentatie en verslag vrijdagmiddagsessie NVKC voorjaars-symposium 2005. Zie op www.nvkc.nl/leden, onder verenigingszaken.
6. Zie voor verdere informatie: <http://www.servicelabs.nl>