

DE ECONOMISCHE DIMENSIE VAN DE GGZ

Jaap van der Stel
2000

Recente externe ontwikkelingen dwingen de GGZ-organisatie zich voor te bereiden op haar *economische* identiteit. Recente wet- en regelgeving in Nederland en Europa, gevoegd bij binnen enkele jaren te verwachten nieuw beleid over het zorgstelsel (zie ook de recent verschenen nota van de RVZ ter zake) nopen tot nadere strategische (her)oriëntatie.

De liberalisering van de gezondheidszorg zal op termijn niet tegen te houden zijn. Nieuwkomers kunnen straks niet meer gestopt worden als ze voldoen aan wettelijke eisen van kwaliteit. Concurrentie zal niet gefrustreerd mogen worden als die de positie van de klanten versterkt en de doelmatigheid vergroot waardoor de prijzen kunnen dalen.

Het is gewenst dat de economische dimensie - zo deze op bestuursniveau onderschreven wordt - nadrukkelijk ook in het geschreven strategische beleid tot uitdrukking komt en als zodanig ook herkenbaar wordt in de missie. Daar gaan uiteraard discussie met delen en geledingen van de organisatie aan vooraf. Behalve deze abstracte benadering is een *operationalisering* van deze toevoeging gewenst: wat betekent dit voor de allianties die met andere instellingen worden aangegaan, en welke - offensieve - aspiraties over haar marktpositie en groei verbindt de organisatie hieraan?

Ondernemen verlangt informatiseren

Ik stel met nadruk dat - indien de GGZ-instelling ambities heeft om zich als een economische factor op te werpen (zo daar nog een 'keuze' bestaat) die strategische allianties of concurrentie wil of moet aangaan met derde partijen, en die nieuwe markten wil 'veroveren' of oude wil 'afstoten' - zij op de wezenlijke dimensies van haar werk statistische kennis en informatie nodig heeft. Ik denk dan aan de dimensies *tijd, ruimte* (plaatsen), *medewerkers, cliënten, verrichtingen* (diagnose, interventie, resultaat), *geld, organisatie-eenheden* én overige *faciliteiten* die niet tot het primaire proces behoren. Casussen zijn en blijven altijd uniek, maar verzetten zich geenszins, zo is mijn mening, tegen analyse vanuit een algemeen perspectief, - anders gezegd: de uniciteit laat zich goed beschrijven in en in belangrijke mate ook *meten* met behulp van *algemene* termen.

Mijns inziens gaat het profileren van de GGZ-instelling als onderneming dus gelijk op met het op een hoger plan brengen van de informatisering - het ene is een functie van het andere. De economie vraagt om meer stuurkracht, concurrentie, profilering op deelmarkten en verhoging van de doelmatigheid. Daarvoor is veel meer, maar vooral ook veel *doeltreffender* kennis en informatie over de organisatie (structuur, werking e.d.) vereist.

Professionaliteit

Veranderingen in de positie van de zorgsector in de samenleving impliceren een heroriëntatie op het karakter van de *professionaliteit* zoals deze thans in de zorgsector bestaat. Professionaliteit heeft nu nog sterk de geur van het bewaken van autonomie en het profileren van uniciteit. Het werken met richtlijnen en protocollen is daardoor vaak door de direct betrokken zorgverleners voorgesteld als een vorm van *inperking* van professionaliteit. Standaardisatie van behandelvormen (zoals in beginsel bedoeld is met 'GGZ in programma's') is door die houding bemoeilijkt en/of is omgebogen tot een zó abstracte, en daardoor ook betrekkelijk weinigzeggende ordening van activiteitenclusters, dat de angel er uit is getrokken.

De huidige professionaliteit vat ik samen met het credo 'N=1'. Indien we het professionaliteitsbegrip willen handhaven maar ook willen aanpassen aan de 'nieuwe tijden', dan geldt $N = \sum (1 \text{ t.e.m. } x)$. De uniciteit is in de nieuwe professionaliteit niet uitgebannen, maar wordt gezien als een functie van een toevallige samenloop van een veelheid aan *algemene* kenmerken en wetmatigheden.

De verzameling unieke casussen verzet zich - volgens de traditionele manier van professioneel denken - sterk tegen een kwantitatieve benadering. Algemeen is daarin slechts een zeer abstracte visie op de wijze waarop een behandeling kan verlopen en op wat de algemene ingrediënten daarvan zijn. Behalve héél veel 'uniek' materiaal over N=1 zelf, valt er dan over N=1 niet te zeggen. In de meest extreme vorm komen we dan uit bij de psychoanalyse die bij mijn weten voor het empirische en statistische onderzoek dan ook van weinig waarde is gebleken.

In de - door mij voorgestane - nieuwe wijze van professionaliseren is er in toenemende mate plaats voor op wetenschappelijk onderzoek (en - maar dat is toch ook weer bedenkelijker - op consensus) gebaseerde *voorgescreven* richtlijnen en protocollen en andere vormen van standaardisatie. Dit sluit de uniciteit van de casus geenszins uit, doch schept wel uitdrukkelijk ruimte voor de benadering van de casus als element van de verzameling van vergelijkbare casussen. Bij voorkeur vloeit algemene kennis *in* de casus en - wat nu minder vanzelfsprekend is - vloeit er ook weer kennis uit *voort* die bijdraagt aan de vergroting van het algemene inzicht.

Indien N=1 heeft de informatieverzameling en -voorziening uiteraard een heel andere functie dan indien uitdrukkelijk de verzameling, de clustervorming én de analyse van een groot aantal gevallen centraal staan, omdat de organisatie meent daaraan een strategisch belang te moeten toekennen. Indien de traditionele professionaliteit als 'gegeven' wordt aanvaard en bovendien effectief tegen verandering bestand blijkt te zijn, heeft een 'strategisch' beleid dat daar tegen in gaat uiteraard weinig zin. Het kost slechts heel veel energie en het rendement is nihil. Dit impliceert dat de haalbaarheid van mijn visie op een nieuwe professionaliteit veronderstelt dat de voordelen daarvan helder voor het voetlicht moeten worden gebracht en dat de gewenste situatie bewust geconstrueerd dient te worden als een *vooruitgang* in plaats van als een verliessituatie.

De GGZ-instelling als onderneming

Een instelling in de gezondheidszorg is voor de wet een economische entiteit en dient daarom ook als zodanig behandeld te worden, dat wil zeggen: het economisch beleid en de voor ondernemingen geldige wetten zijn ook van toepassing op gezondheidszorginstellingen, ongeacht het bijzondere karakter van de activiteiten. Dat houdt dus in dat algemene uitspraken over concurrentie, kartelvorming en ongewenste concentraties van economische macht ook voor deze sector gelden. In het bijzonder betekent dit ook dat de *klant* door het economisch handelen niet benadeeld mag worden, uit de transactie *voordeel* moet kunnen halen, en dat *concurrentie* niet buitengesloten mag worden. Dat er actueel van concurrentie in de gezondheidszorg nog weinig sprake is, en dat de klant tot nu toe zich gesteld ziet tegenover bijna monopolistische aanbieders, doet aan de voorafgaande uitspraken niets af, - wel is het goed mogelijk dat deze situatie de overheid ertoe noopt via kunstmatige ingrepen concurrentie te bevorderen en/of de klant een sterkere onderhandelingspositie te geven.

De missie van instellingen in de gezondheidszorg doet over de economische aspecten van de werkzaamheden over het algemeen het zwijgen toe, of het wordt heel verhullend uitgedrukt. Dit is op termijn niet vol te houden: raden van bestuur / managers raken steeds meer bewust van het ondernemingsfacet van hun instelling en handelen daarnaar; een missie moet echter voor *alle* medewerkers in begrijpelijke taal uitdrukken waar het om gaat, en in dit geval betekent dit dat ook het concurrentieaspect en de cliënt als marktpartij - dus als 'klant' -, duidelijker voor het voetlicht moet worden gebracht.

Concurrentie

De concurrentie in de gezondheidszorg - afgezien van die in de verzekeringssector - is vooralsnog vooral fictief of kunstmatig van karakter. Door de stringente wet- en regelgeving van de overheid is echte concurrentie vooralsnog heel moeilijk tot stand te brengen, afgezien van enkele niches in de markt, zoals bijvoorbeeld bedrijfsgerichte hulpverlening. Maar daarin zal beslist verandering komen.

Ik verwacht de komende jaren de volgende concurrentie:

- a. concurrentie om arbeidskrachten,
- b. concurrentie om budgetten,
- c. concurrentie om marktaandeel als gevolg van een grotere keuzemogelijkheid van de klanten én van hun toenemende oriëntatie op prijs/kwaliteits-verhoudingen,
- d. concurrentie om positieve imago's.

De concurrentie om (schaarse) arbeidskrachten is evident, zeker de komende 15 jaar: de beroepsbevolking vergrijsst, de aanwas van nieuwe beroepskrachten stagneert, en hierbij komt dat de gezondheidszorg als toekomstig werkveld aan aantrekkingskracht inboet.

De instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg hebben intrasectoraal een strijd te voeren om de verdeling van budgetten, maar belangrijker is nog de intersectorale strijd met de algemene gezondheidszorgvoorzieningen. De groei van het budget voor geestelijke gezondheidszorg houdt niet over.

Het is bekend dat het imago van de GGZ-instellingen bedroevend is. Dat mag samenhangen met de bijzondere aard van het werk en de respectievelijke doelgroepen, - feit is dat als 'de markt' zou mogen stemmen tussen de huidige GGZ en een gefantaseerd beter alternatief, de keuze eenduidig ten gunste van het laatste uitvalt. Er zijn dikke knipselmappen aan te leggen waaruit de negatieve publiciteit over de GGZ (voorheen vooral toegespitst op de RIAGG's) blijkt, en inmiddels is het aantal negatief gekleurde internet-pagina's een veelvoud van de positief gestemde of neutrale informatie over de GGZ. De meeste instellingen doen zelfs nog niet eens moeite om op dat medium hun imago bij te stellen; en naar de pers toe wordt vaak bij affaires een afwerende houding ('geen commentaar') aangenomen - zo bleek laatst weer tijdens een tv-uitzending over 'het RIAGG'.

We moeten verder niet onderschatten welk concurrentiepotentieel onder de oppervlakte sluimert. Enkele gedachten hierover:

- nieuwkomers, zoals het conglomeraat van Kees Hoogduin, zijn in staat gebleken door een effectieve netwerkvorming en de toepassing van evidence based behandeltechnieken een niet onaanzienlijk aandeel in de GGZ-markt (in ruime zin) in de wacht te slepen;
- te verwachten is dat organisaties van (schaarse) werknemers zich als zelfstandige marktpartijen zullen aanbieden en zonodig zelf zorgaanbieder worden - buiten het verband van een traditionele instelling om;
- de in 1998 van kracht geworden Mededingingswet is voorzien van een krachtige toezichthouder - de NMa (Nederlandse Mededingingsautoriteit) - die er strikt op toeziet dat concurrentie niet wordt tegengehouden c.q. dat nieuwkomers niet worden uitgesloten als zij voorzien zijn van de vereiste kwalificatie, - gildevorming (beroepsverenigingen of organisaties van zorgaanbieders), met het oog op het tegenhouden van een dergelijke marktpenetratie, kan door een beroep te doen op de NMa met succes geneutraliseerd worden;
- concurrentie vanuit het buitenland is op het terrein van de GGZ vanwege de taalbarrière niet direct te verwachten (met uitzondering van de streek langs de Vlaamse grens, waar dit fenomeen nu al duidelijk speelt), maar het kapitaal waarmee alternatieve zorgaanbieders gefinancierd kunnen worden heeft straks (Euroland) van

zulke grenzen geen last meer, en ook het management zal steeds meer een Europese/internationale oriëntatie hebben.

De bedoeling van de voorafgaande beschouwing is dat ter versterking van de concurrentiepositie van de GGZ-instelling informatisering een overlevingsvoorwaarde is of kan worden indien het ertoe bijdraagt dat het management effectievere besluiten kan nemen, de interne en externe processen beter kan overzien, klantgericht kan opereren en in staat gesteld wordt een goed personeelsbeleid c.q. financieel beleid te voeren. Uiteraard gelden vergelijkbare argumenten voor het belang van de versterking van de informatisering in de primaire uitvoeringspraktijk: hier gaat het er eveneens om dat de beschikbare middelen (hoogwaardige kennis, vaardigheid en capaciteit) zo effectief mogelijk worden ingezet om zo gunstig mogelijke resultaten te behalen bij de klanten (effect van behandeling / tevredenheid van klant) en verwijzers.

Mededingingswet

Ik ga nog wat nader in op de mededingingswet en de NMa. De Mededingingswet verbiedt kartels, het misbruik van economische machtspositie en concentratie zonder voorafgaande melding. Afspraken tussen economische entiteiten mogen alleen worden gemaakt zolang ze de concurrentie niet beperken. Het gaat om - zowel horizontale als verticale - afspraken over het vaststellen van prijzen, het verdelen van markten of voorzieningsbronnen, leveringscondities en de beperking van de productie of de afzet. Ook instellingen in de gezondheidszorg - onverlet hun stichtingsvorm - worden door de NMa gezien als economische entiteiten: ze verrichten economische activiteiten en zijn bijgevolg gekarakteriseerd als onderneming in de zin van de Mededingingswet. Het verrichten van diensten tegen vergoeding wordt als een ondernemingsactiviteit gekwalificeerd en medische activiteiten voldoen aan die voorwaarde. Dus het gaat er niet zozeer om of de activiteiten verricht worden met winstoogmerk; Dit heeft er vooralsnog niet toe geleid dat fusies in de gezondheidszorg worden tegengehouden met als bezwaar dat de regionale machtspositie wordt versterkt: de wet- en regelgeving van de overheid schrijft een dominante c.q. monopolistische positie in de regio's min of meer voor, - fusies leiden er volgens de NMa niet toe dat die economische machtspositie wordt versterkt. Maar wat niet is kan komen.

Een denkbaar scenario in de gezondheidszorgmarkt is dat de fusiegolf zich doorzet en dat de druk bij instellingen, om ook in 'andere' regio's dan waar men traditioneel actief was producten aan te bieden, zal toenemen. Deze *ondernemende* instellingen zullen merken dat elders voor hen de economische ruimte minimaal is (bijvoorbeeld door het bestaan van dichtgetimmerde overeenkomsten tussen zorgaanbieders en verzekeraars). Op grond van de Mededingingswet kunnen ze - met succes - deze 'kartels' aanvechten en in het verlengde daarvan zal de overheid genoodzaakt zijn een minder dirigistisch, meer op liberalisering gericht beleid te voeren. De gezondheidszorg wordt zo steeds meer een markt waarop - (inter)nationaal - verschillende grote spelers van de partij zijn die op voet van concurrentie dingen om de gunst van de klant. Parallel aan dit scenario zullen nieuwe organisaties van vrijgevestigden proberen op de regionale en later op de nationale markt monopolistische tendensen aan te vechten.

Een en ander houdt in dat instellingen genoodzaakt zijn hun bedrijf te versterken, wat voor de GGZ in het bijzonder ook inhoudt een voor klanten herkenbaar en aantrekkelijk product aan te bieden. Nogmaals: de informatisering dient hiertoe dienstbaar te zijn.