

Is bigger better?



Prof. Dr. Marc
NOPPEN

Gedelegeerd
Bestuurder
UZ Brussel

marcnoppen@
uzbrussel.be

Organisatie en financiering van de gezondheidszorg in het algemeen, en van ziekenhuizen in het bijzonder, is een permanente budgettaire uitdaging voor de overheid. Enerzijds moet er een kwalitatief en verantwoord zorgaanbod zijn, anderzijds moet deze zorg ook toegankelijk en betaalbaar blijven. Schaalvergrotingen, bijvoorbeeld door fusies, allianties of overnames, zijn een beproefd 'economisch' antwoord via mechanismen van kostenspreiding, marktaandeel, concurrentiepositie etc. Maar biedt dit antwoord ook mogelijkheden voor de ziekenhuissector?

Meer dan twintig jaar geleden begon een eerste, door de overheid opgelegde golf van schaalvergroting. Van de 483 ziekenhuizen in België in 1980 blijven er vandaag nog 141 over. Ondanks een gelijktijdige reductie in beddenaantal steeg het aantal bedden per ziekenhuis tussen 1980 en 2000 van 156 tot 345.

Eind jaren negentig begon een tweede golf van schaalvergroting, vooral door fusies en andere vormen van horizontale integratie, die zich tot vandaag voortzet. Denk in dat verband maar aan Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA) en de fusies in Kortrijk en Hasselt. De achterliggende idee is telkens dat schaalvergroting leidt tot een betere aanwending van middelen en tot optimalisering van de zorgkwaliteit. Maar is dat wel zo?

MEERWAARDE WEINIG SPECTACULAIR

De belangrijkste drijfveer voor schaalvergroting is ongetwijfeld economisch: kostenreductie. Deze wordt beoogd door een rationalisatie van het medisch aanbod, maar vooral door schaaleardeffecten op de investeringen en op de niet-medische, ondersteunende werking en diensten. Onderzoek toont echter aan dat dit fenomeen zich in de specifieke ziekenhuissector niet automatisch voordoet: "If economics of scale exist in the hospital industry, they are not very strong"¹.

De economische, maar dus weinig spectaculaire meerwaarde van schaalvergroting kan daarom relatief gemakkelijk teniet worden gedaan door het optreden van negatieve effecten van fusies. De toegenomen bureaucratie, communicatiemoeilijkheden, cultuur-

verschillen en de negatieve perceptie van sanering en rationalisatie verklaren allicht waarom een significant aantal fusies mislukken.

Of de tweede drijfveer, namelijk de zorgkwaliteit, merkkelijk verbetert door schaalvergroting, is evenmin ondubbelzinnig aangetoond. Wel zorgt schaalvergroting voor een verbreding van het zorgaanbod, een uitbouw van het medisch personeel – met voordelen van subspecialisatie, complementariteit, en permanentie –, jobrotatie en voor een verbetering van de 'kwali-

teitsmethodiek'. Enkele meetbare kwaliteitsparameters kunnen hierdoor aantoonbaar verbeteren, bijvoorbeeld

de prevalentie van ziekenhuisinfecties. Toch is de impact op de globale kwaliteit van het 'zorgproduct' en vooral op de patiëntentevredenheid, zeker niet automatisch aanwezig.

BETER EEN PARTICIPATIEMODEL

Gezien deze risico's mag een schaalvergroting dus geen finaliteit op zich zijn. In deze complexe en cultuurgevoelige omgeving, waarin het eindproduct – de zorg – eerder een proces dan een echt product is, is een paradigmatische omwenteling van 'zuiver groei-model' naar 'inhoudelijk participatiemodel' een logisch antwoord. Dat laatste model bestaat ten eerste uit een rationele medische samenwerking gebaseerd op complementariteit, taakverdeling en non-competitiviteit wat betreft het zorgaanbod, dat grotendeels onafhankelijk is van de schaalgrootte.

Tweede stap is de combinatie van de medische samenwerking met de economische voordelen van schaalvergroting op vlak van investeringen en geselecteerde ondersteunende diensten. Die twee aspecten samen lijken me vandaag het beste antwoord op de groeiende budgettaire druk in onze sector.

Als arts valt het me nu op dat het woord 'patiënt' in deze tekst maar één keer gevallen is. Tijd om daar even over na te denken.

¹ Lave, J.R. and Lave, L.B., Hospital cost functions. *The American Economic Review*, 1970. 60: 379-395.