

De reorganisatie van de ziekenhuissector

Ziekenhuizen staan voor ingrijpende veranderingen. Inmiddels wel bekende steekwoorden zijn vraagsturing, diagnose behandel combinaties (DBC's), marktwerking, vrije onderhandeling met zorgverzekeraars en beëindiging van de contracteerplicht. Onderstaand wordt op de problematiek van de markt ingegaan. Eerst wordt als achtergrondinformatie het overheidsbeleid belicht, vervolgens de te verwachten ontwikkelingen in de markt en tenslotte de mogelijkheden die ziekenhuizen hebben om optimaal op de nieuwe uitdagingen in te spelen.



Overheidsbeleid

Eind 2003 heeft de Nederlandse overheid nieuwe plannen ten aanzien van de structuur van de gezondheidszorg gepresenteerd. Het kabinet wil dat niet langer de overheid bepaalt hoeveel zorg tegen welke prijs wordt aangeboden. Verzekeraars, ziekenhuizen en verpleeginstellingen moeten dat zelf uitgaan maken via vrije concurrentie. Ook mogen ziekenhuizen en beroepsbeoefenaren in de zorg in de toekomst in bepaalde deelmarkten winst maken. Per deelmarkt wil de minister van VWS regels opheffen en prijzen loslaten. Bovendien wordt naar verwachting ook de contracteerplicht afgeschaft. Per 1 juli 2004 zal conform het voorstel van wet herziening overeenkomstenstelsel de contracteerplicht voor ziekenfondsen en de omgekeerde contracteerplicht voor zorginstellingen voor het 10% DBC-segment vervallen. Alleen de top-klinische hulp (academische ziekenhuizen), medisch onderzoek en verblijf in instellingen die via de AWBZ (met name de acute zorgverlening) worden gefinancierd, blijven gevrijwaard van concurrentie.

In de visie van de minister bewaakt de overheid alleen nog de kwaliteit van het zorgaanbod en de bereikbaarheid ervan. Dat doet hij dan ondermeer door zorgaanbieders die op basis van een wetswijziging toegelaten instelling te laten zijn voorschriften op te leggen. Het kabinet streeft ernaar de betrokken wetswijziging van de WTZ per 1 juli 2004 in te voeren. De minister wil marktwerking 'op zo kort mogelijke termijn' voor zoveel mogelijk deelmarkten invoeren. De marktwerking zou vanaf de genoemde datum stapsgewijs zijn intrede moeten doen in de zorg. Dan krijgen ziekenhuizen toestemming winst (maar ook verlies) te maken op eenvoudige operaties. In dat kader worden de prijzen van bepaalde ziekenhuisbehandelingen vrijgegeven. De verrichtingen betreffen ruim 10% van het ziekenhuisbudget. Uitgangspunt is zoveel mogelijk specialismen te laten deelnemen in het segment met vrije prijsvorming en zoveel mogelijk daghandelingen te selecteren. Voor medisch specialisten wordt hier een landelijk uniform uurtarief vastgesteld. Er komt een verplichte normopslag voor kapitaallasten van 12,5% op de vrij onderhandelde prijs per DBC (-groep). Hiermee wordt beoogd min of meer gelijke uitgangspunten met ZBC's te realiseren. Het is de bedoeling dat vanaf 2005 deze opslag geleidelijk te vervangen door marktconforme kapitaallasten, waarover ziekenhuizen zelf met zorgverzekeraars onderhandelen als onderdeel van de vrije DBC-prijs.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen gaan verplicht onderhandelen over de kosten van de betrokken behandeling, die zij dus echt gaan inkopen. Er moeten prijs- en volumeafspraken worden gemaakt voor de planbare zorg zoals operaties aan keel- en neusamandelen, spataderen, staar en knieën. Verder kan het gaan om kraamzorg, zittend ziekenvervoer, de hulpmiddelenbranche en delen van fysiotherapie. Op die hier aan de orde zijnde eenvoudige medische verrichtingen mag dan dus winst worden gemaakt. Voor andere verrichtingen (altijd nog 90% van het ziekenhuisbudget) gaan vaste tarieven gelden op basis van het nieuwe bekostigingssysteem van DBC's. Voor medisch specialisten wordt een uniforme honorariumopslag vastgesteld. Het DBC tarief wordt aangevuld met een component voor gebouw gebonden kapitaallasten. DBC's zijn zowel van toepassing op ziekenhuizen als op ZBC's en privé-klinieken.

De instellingen op hun beurt worden verder volledig vrij om hun capaciteit uit te breiden. Zij worden niet langer belemmerd in het nemen van hun investeringsbeslissingen, maar zijn dan ook zelf verantwoordelijk voor de financiering. Zij kunnen bij die beslissingen dus rekening houden met rentabiliteitsoverwegingen. De voorgestelde vrijheid bij bouwbesluiten is nieuw voor

de gezondheidszorg. Nu beslist de overheid na lange procedures of een ziekenhuis nieuwbouw mag plegen of het aantal bedden mag uitbreiden.

Verder wordt het in de wetsvoorstellen van het kabinet mogelijk om van ziekenhuizen op te zetten met risicodragend kapitaal afkomstig van private partijen. Eventuele winsten kunnen dan worden uitgekeerd aan de aandeelhouders. Nu mogen aanbieders die onder de reikwijdte van de WZV vallen (ziekenhuizen en ZBC's) nog niet gericht zijn op het behalen van winst.

De NMA en de Zorgautoriteit moeten in de toekomst gaan waken voor prijsstijgingen, oneerlijke concurrentie en faillissementen.

Het voorgaande maakt duidelijk dat als de plannen van de minister van VWS doorgang vinden de huidige verschillen tussen de voorwaarden waaronder ziekenhuizen en andere zorgaanbieders schoksgewijs worden weggenomen. Er ontstaat aanzienlijk meer vrijheid en een bewust gecreëerd aanbodoverschot.

Wat valt er voor de ziekenhuizen te verwachten?

Ziekenhuizen zijn nu driftig in de weer om te komen tot een definitieve productstructuur en het maken van profielen en typering en tot registratie en declaratie van de DBC's. Allereerst echter moet men zich beraden op het in de toekomst aan te bieden pakket van zorg: doet men de goede dingen en doet men die dingen waarin men goed is? Daarvoor moet er inzicht zijn in het bestaande en eventueel toekomstige zorgprofielen en de kostprijzen ook die van concurrenten. In dat kader moet de eigen kostprijzen worden bepaald. Immers op grond daarvan moet men in de toekomst onderhandelen met de zorgverzekeraars. Nu al moet men dat doen voor alle DBC's die voor waarschijnlijk een vrije prijsconcurrentie zullen gaan kennen. Het zal immers niet eenvoudig zijn in een later stadium die becijferingen alsnog te maken. Dan immers gelden er waarschijnlijk volumeafspraken, waar moeilijk van kan worden afgeweken. De in rekening te brengen tarieven moeten enerzijds scherp zijn maar anderzijds marktconform. Een aanbieder kan zich niet veroorloven zich uit de markt te prijzen. Bij die kostprijsbepaling zal toch ook de nodige aandacht moeten worden besteed aan risico's. Voorop staat dat de kwaliteit van de primaire registraties en het inzicht in profielen en kostprijzen goed moet zijn en een juiste vertaling in de tarieven etc. moeten vinden. Gebreken daarin leiden tot verliezen.

Ook zal er een minimaal vereiste risico-opslag op de kosten moeten worden bepaald. Het gaat daarbij om de kosten verbonden aan interne risico's zoals risico's in de sfeer van de organisatie zoals de kosten en opbrengsten medisch specialisten, de ontwikkeling van overhead, het financiële beheer waarbij met name van kasstromen samenhangend met debiteuren en ook om externe risico's, met name de marktrisico's. Vooral marktrisico's samenhangend met de ontwikkeling van de concurrentie en het hebben van bepaalde specialisaties en zogenaamde unieke selling points, respectievelijk het bij blijven of voorop lopen wat betreft innovaties gaan een belangrijke rol spelen. De financiële risico's (kapitaallasten) zullen als investeringen in nieuwbouw, in standhouding en apparatuur nodig zijn ook mee gaan spelen. Duidelijk is dat het management van een zorginstelling zal moeten gaan denken in markttermen en in termen van rendement en efficiency. Een agressiever en meer commerciële opstelling niet alleen tegenover concurrenten, verzekeraars en toeleveranciers maar vooral ook tegenover patiënten is daarvan waarschijnlijk het gevolg.

Het bepalen van verantwoorde uitgangstarieven op grond waarvan men gaat onderhandelen met ziektekostenverzekeraars is moeilijk. Hoe groot de risico-opslag voor onvoorziene risico's zal moeten zijn is vaak nog onbekend. Ervaringsgegevens ontbreken immers nog. Dan nog, de tarieven en dergelijke worden vastgesteld in de onderhandelingen met zorginkopende verzekeraars, die zelf ook nog weinig ervaring hebben met de nieuwe kostprijsbepaling, maar al wel meer commercieel zijn ingesteld. Deze zullen niet te veel willen betalen, maar ook niet te weinig. Bij het laatste is de weldenkende verzekeraar immers ook niet gebaat: op een wat langere termijn kan een faillissement noodzakelijk aanbod doen wegvallen. Slechts kortzichtige verzekeraars zullen alleen geïnteresseerd zijn in de aangeboden tarieven, levertijden en kwaliteit zonder acht te slaan op de achterliggende kosten. De onderhandelingspositie met verzekeraars is overigens voor de zorgaanbieder ook anderszins risicovol: er kunnen diverse nog onbekende zorgaanbieders opstaan, bestaande concurrenten kunnen zich via specialisatie of reorganisaties en fusies betere aanbiedingen doen etc. Nieuw zal ook zijn dat verzekeraars zullen gaan letten op de financiële positie van het betrokken ziekenhuis. Immers in de komende periode neemt het risicoprofiel van ziekenhuizen verder toe. Overigens zullen ook banken hogere eisen stellen wat betreft de financiële positie en beschikbare zekerheden.

Ziekenhuizen zullen goed moeten spelen op de verlangens van de ziektekostenverzekeraars. Nu

de omgekeerde contracteerplicht en daarmee de gedwongen winkelnering komt te vervallen gaan ziektekostenverzekeraars nieuwe contracten afsluiten met voorkeurziekenhuizen. Die verzekeraars worden in toenemende mate regisseur bij het zorgproces en gaan risico's lopen. Deze liggen zowel bij de zorgaanbieders als de zorgconsumenten. De risico's bij de zorgaanbieders betreffen kwaliteit (met name de prijs/kwaliteitsverhouding), omvang en snelheid van de geleverde prestaties maar ook zoals aangegeven zaken als de financiële soliditeit van de zorgaanbieder. De risico's zal men zoveel mogelijk willen beheersen. Dit betekent voor hen enerzijds het vooral contractueel vastleggen van de door ziekenhuizen en andere zorgaanbieders te leveren zorg en anderzijds door zorgconsumenten (premiebetalers/patiënten) te beïnvloeden via de premiering en andere polisvoorwaarden en via de zorgbemiddeling.

De verzekeraars hebben inmiddels wel het voordeel dat zij over benchmarkbestanden beschikken met de marktprijzen van de ziekenhuizen en ook van DBC's. De onderhandelingspositie van veel ziekenhuizen met die verzekeraars is dus minder rooskleurig. Te verwachten valt verder dat verzekeraars de specifieke expertises van de ziekenhuizen, de capaciteit en kwaliteitssystemen zullen gaan beoordelen. Een hoofdzaak is dat men doorgaans lagere prijzen dan voorheen zal willen afspreken. Dat kan immers weer leiden tot lagere prijzen voor verzekerden (lagere premies dan wel relatief gunstige aanvullende verzekeringen en of het overnemen van het eigen risico). Dat de DBC-tarieven medio 2004 voor slechts 10% van het gemiddelde ziekenhuisbudget worden vrijgegeven, waarbij de overige 90% vooralsnog vaste tarieven kent geeft de ziekenhuissector nog een tijdelijke bescherming. Die bescherming is nodig waar inmiddels is gebleken dat verzekeraars met DBC's voor gelijke verrichtingen tarieven overeenkomen die vaak 10 % lager liggen dan de gemiddelde ziekenhuistarieven.

Voor het management van de ziekenhuizen is dit nog niet alles. Behalve met verzekeraars en banken moet men in toenemende mate ook rekening houden met de concurrentie. De concurrentie wordt scherper. Die concurrentie komt mogelijk in hoog tempo en wel uit allerlei hoeken:

- Ziekenhuizen uit de naaste omgeving;
- Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) ofwel de non-profit privé-klinieken (1) ; Deze kunnen zelfstandig zijn maar ook eigendom van andere ziekenhuizen en zelfs van verzekeraars waarmee men zorgcontracten heeft afgesproken. Nieuwe private (markt)partijen: consortia van bouwondernemingen en ITC ondernemingen hebben al aangekondigd grote aantallen kleine ziekenhuizen die te klein zijn om zelfstandig voort te bestaan over te nemen. Zelfs is men bereid in afwachting van de te verwachten verdere introductie van het winststreven in de zorgsector zorginstellingen over te nemen zonder winst oogmerk (2).
- Kleinere niet winst gerichte privé-klinieken (3) en particuliere winstgerichte prive-klinieken (4);
- Buitenlandse zorgaanbieders die hun actieradius naar Nederlandse vestigingen uitbreiden.

Veel van deze concurrenten kunnen sneller inspelen op de concrete behoeften niet alleen omdat zij kleinschalig zijn en gespecialiseerd maar ook omdat zij minder aan regels onderworpen zijn dan de ziekenhuizen. Zo kennen ZBC's en andere privé-klinieken een tarifiering volgens verrichtingen. Zij zijn in tegenstelling tot ziekenhuizen niet gebonden aan een budgetstelsel. ZBC's en prive-klinieken kunnen tot een maximum tarieven in rekening brengen. ZBC's kunnen ook gebruik maken van bekostiging via DBC's. Zij hebben daarnaast contracteervrijheid. Privé-klinieken die uitsluitend derde compartimentszorg aanbieden mogen kostentarieven in rekening brengen. De specialisten in kleinere privé-klinieken mogen honorariumtarieven berekenen. Hebben ZBC's nog enige hinder van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, dat geldt niet voor privé-klinieken. Zij kunnen vrij bouwen.

Verzekeraars en specialisten zullen hun sterkere marktpositie willen uitspelen. Verzekeraars zullen strakke afspraken willen maken met zorgaanbieders. De vergoedingen komen onder sterke druk omdat zorgaanbieders tegen elkaar zullen worden uitgespeeld. Voor patiënten minder populaire ziekenhuizen zullen door verzekeraars na enige tijd worden afgerekend, omdat het volume aan zorg afneemt. De exploitatie komt dan onder sterke druk te staan. Medisch specialisten aan wie minder goede faciliteiten ter beschikking worden gesteld zullen eventueel vertrekken, hetgeen de exploitatieresultaten ook onder druk zal zetten. Nogal wat bestaande ziekenhuizen zien dan ook hun omgeving op allerlei fronten drastisch veranderen. Een reputatie van kwaliteit en potentiële concurrentievoordelen ten opzichte van DBC's en privé-klinieken van faciliteiten zoals het aanbieden van klinische zorg en de spoedeisende eerste hulp zijn naar verwachting in de nieuwe marktgerichte omgeving niet langer voldoende.

- 1.) ZBC's voorzien voornamelijk in de behandeling van wachtlijstverrichtingen zoals cataract-, knie-, en heupoperaties en daarnaast ook verrichtingen uit het derde compartiment. De concurrentie van ZBC's en andere privé-klinieken wordt op grond van de WZV nog beperkt omdat zij geen patiënten mogen behandelen die langer dan 24 uur moeten worden opgenomen. Ziekenhuizen kunnen substitueren tussen poliklinische en dagbehandeling en klinische opname.
- 2.) Winsten kunnen uiteraard worden geboekt op aan het ziekenhuis geleverde diensten.
- 3.) Deze bieden vaak algemene, niet te complexe electieve medisch specialistische zorg aan, die poliklinisch of in dagbehandeling kunnen worden verricht.
- 4.) Deze richten zich op zorg behorend tot het derde compartiment. Te denken valt aan cosmetische operaties en refractie. Het kan hier ook gaan om solistisch werkende specialisten.

Welke instellingen krijgen het moeilijk?

In algemene zin zal het gaan om:

- Instellingen met hoge overheadkosten respectievelijk beperkte eigen vermogens als buffer om financiële risico's op te vangen;
- Ziekenhuizen met weinig middelen voor opleidingen, high tech, high care en acute zorg;
- Relatief kleine ziekenhuizen;
- Ziekenhuizen met een weinig flexibele organisatie;
- Ziekenhuizen met een tekort aan specialisten;
- Ziekenhuizen die dicht bij elkaar staan;
- Ziekenhuizen met in de directe nabijheid relatief veel ZBC's en private klinieken, waarbij de ziekenhuizen zelf geen directe financiële betrokkenheid hebben.

Alleen de problematiek van de kleinere ziekenhuizen is onderkend door de minister van VWS. Deze instellingen krijgen vanaf 2004 een beschikbaarheidstoelage zodat zij de spoedeisende hulp afdeling open kunnen houden. Bovendien krijgen zij voor investeringen een zelfde bedrag per erkend bed als een gemiddeld ziekenhuis. Instellingen uit de overige categorieën kunnen in grote problemen komen en ten onder gaan.

Het antwoord van ziekenhuizen op de nieuwe ontwikkelingen is grotere efficiency.

De hiervoor geschetste ontwikkelingen maken dat ziekenhuisinstellingen onder druk komen staan druk goede zorg aan te bieden tegen scherpe prijzen. Een moderne en zakelijke bedrijfsvoering zal zoals hiervoor al is aangeduid nodig zijn. Die bedrijfsvoering moet uitmonden in meer rendement, ofwel de realisatie van kostenverlagende en opbrengstverhogende maatregelen:

- Men zal allereerst de strategische focus voor de toekomst moeten bepalen. Men moet datgene doen waar men goed in is of met zeer weinig kosten en moeite goed in kan worden. Dit moet blijken uit een goed ondernemingsplan.
- Met name de focus op de kernactiviteiten kan de efficiëntie sterk vergroten: bepaalde indirecte processen die niet tot de kernfuncties van een ziekenhuis behoren kunnen worden uitbesteed. Dit kan ver gaan. Behalve aan de keukenfunctie, beveiliging en schoonmaak komt in aanmerking de uitbesteding van het beheer van vastgoed en technische installaties (via bijvoorbeeld sale lease back constructies) respectievelijk eenvoudig te automatiseren financiële administratieve handelingen. De winst bij dit soort maatregelen zit doorgaans in een forse besparing op personeelskosten (minder en ook goedkoper personeel) en soms in geringere kwaliteit van dienstverlening. Een stap verder is uitbesteding of het overlaten aan ZBC's van weinig renderende behandelingen. Drastischer maatregelen zijn opheffen van buitenklinieken en het uitkleden van de 24-uursziekenhuiszorg.
- Efficiencywinst is ook mogelijk via specialisatie. Een voorbeeld daarvan is de herverkaveling van een ziekenhuis in een aantal focussed factory-eenheden naast de basisfaciliteit, de algemene en meer gecompliceerde verrichtingen. In het eerste geval gaat het om de levering van een bepaald type zorg (eenduidig met weinig kans op complicaties) voor een homogene groep categorie patiënten. De chirurgische ingrepen zijn dan soortgelijk. Verder kunnen medisch specialisten zich concentreren op diagnostiek en behandeling. Dit brengt met zich herschikking van taken van medisch specialisten en ander medisch personeel en ook de uitbesteding van taken aan andere partijen. Een ander voorbeeld is dat op een dag slechts een type operaties worden uitgevoerd. In dit soort gevallen zijn aanzienlijke economies of scale mogelijk, terwijl meer aandacht kan worden besteed aan kwaliteitsaspecten. In de basisfaciliteit kan de voor- en nazorg, voorzover nodig, plaatsvinden.
- Kostenbesparingen kunnen ook komen uit langere bedrijfstijden, ploegendiensten, het werken met vaste teams voor een specifieke ingreep, vergroting van het aantal dagbehandelingen in plaats van klinische opnamen, te zijner tijd betaling van de specialist per verrichting, beloning naar prestatie enzovoorts. In de financieringssfeer is gelet op het in de ogen van geldgevers

verslechterde risicoprofiel noodzakelijk met borging van het Waarborgfonds Zorg te werken. Weliswaar betekent dit extra toezicht maar tegelijkertijd aanzienlijke rentevoordelen. Via leasing van medische apparatuur kunnen investeringen in de tijd worden gespreid.

- Ook is aan de orde een interne organisatorische heroriëntatie: veeleer werken via gedecentraliseerde eenheden en een matrixstructuur. Dit betekent een vermindering van het aantal bestuurlijke lagen. Wel moeten taken en verantwoordelijkheden goed worden bepaald. Zogenoemd integraal management met resultaatverantwoordelijke eenheden of afdelingen kan resultaatgerichte financiële sturing mogelijk maken en daarmee kostenbeheersing.
- Specialisten van collega-instellingen kunnen parttime of eventueel zelfs op ad hoc basis worden ingehuurd. Daarmee kunnen accentverschuivingen tussen aanwezige specialismen worden gerealiseerd met comparatieve kostenvoordelen als gevolg.
- De te verwachten voortgaande behoefte aan bedden betekent ook het onder ogen zien van de mogelijkheid gebouwen en of grond af te stoten en de vrij vallende middelen in te zetten voor (vernieuwing van) de kern zorgprocessen. Daarbij zal het vooral kunnen gaan om toepassing van ITC en modernere inrichtingen.
- Voor de hand ligt een vermindering van de gratis zorgverlening bij onvoldoende of niet verzekerden of behandelen in aparte goedkopere ruimten en daarbij wel om minimale vergoedingen te verlangen. Uit rendementsoverwegingen is ook aantrekkelijk samenwerking met andere zorgaanbieders bijvoorbeeld via een gezamenlijke aanpak op het gebied van inkoop van voorraden en de apparatuur, gezamenlijke inhuur van tijdelijk personeel, pooling van ondersteunend personeel, gezamenlijke benutting van laboratoriumfaciliteiten en dergelijke.

Veel van de eerder aangegeven opties vergen een zekere schaal. Vandaar de belangstelling voor fusie en intensieve samenwerking tussen ziekenhuizen. Fusies kunnen nodig zijn om goed te kunnen inspelen op de grote veranderingen die de zorgsector te wachten staan. Verpleegtehuizen, verzorgingstehuizen, thuiszorg en ziekenhuiszorg en eventueel ook kinderopvang zullen dan steeds meer onder een dak kunnen worden gebracht om schaalvoordelen (zoals minder overhead) te realiseren maar ook onnodige concurrentie te voorkomen. Hiermee is een vermindering mogelijk van de overhead en vergroting van de bestuurlijke slagkracht. Deze voordelen zijn bij de andere opties overigens ook vaak aan de orde.

Hiervoor ging het voornamelijk om de kosten. De opbrengstenkant moet echter niet worden verwaarloosd: een goede marketingstrategie kan betekenen dat er een schaalvergroting van gespecialiseerde diensten mogelijk wordt en dat de marktpositie op bepaalde terreinen wordt verstevigd. Denkbaar is in dit kader het opzetten van servicepunten of zorgboulevards in het ziekenhuis inclusief plastische chirurgie en privé-klinieken.

Prioriteit moet hoe dan ook worden gegeven aan goed (zakelijk) onderhandelen met de verzekeraars op basis van de best mogelijke financiële informatie en uitgaande van een helder inzicht in de doelstellingen (eigen maar ook die van de tegenpartij) en strategieën. Daar staat of valt het uiteindelijke succes van het ziekenhuis mee.

Verder zijn er een groot aantal noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarden:

- De ontwikkeling van de kasstromen, inclusief de facturering en ontwikkeling van de financiële soliditeit moet prioriteit krijgen bij het managementbeleid.
- Er moet een managementinformatiesysteem beschikbaar zijn dat actuele gegevens oplevert en dat de relevante kritische performance-indicatoren kent. De financiële rapportages op kasbasis moeten wekelijks beschikbaar komen. Prioriteit moet met name worden gegeven aan de ontwikkeling van de feitelijke kostprijzen in relatie tot de in rekening gebrachte DBC-tarieven. Afwijkingen moeten leiden tot beleidsbijstellingen. Immers het gevaar is reëel dat DBC's vergoedingen niet toereikend zijn waardoor verliezen op gaan treden. In dat kader is het ook nuttig de ontwikkeling ten opzichte van benchmarks te volgen van diverse kostensoorten.
- De AO/IC moet op orde zijn of worden gebracht.
- Het spreekt bijna vanzelf dat er een specifiek geautomatiseerd klinisch informatiesysteem moet zijn dat gericht is op agendering, monitoren behandelingen, testen opdragen en uitwisseling elektronische informatie tussen de faciliteiten.
- Er moeten adequate systemen van risicobeheersing zijn ter voorkoming van problemen en calamiteiten.

Conclusies

In het voorgaande is aangegeven hoe de omgeving van een ziekenhuis ingrijpend kan veranderen en welke instrumenten er beschikbaar zijn om daar eventueel een adequaat antwoord op te kunnen geven. Duidelijk is dat alle aanbieders van ziekenhuiszorg in belangrijke mate vrij

worden in het bepalen van de hoeveelheid, de samenstelling, de vorm en kwaliteit van door hen aangeboden zorg. Patiënten en zorgverzekeraars worden echter ook vrijer in keuze van ziekenhuis of andere aanbieder van ziekenhuiszorg. Gelet ook op de schaarste aan medisch specialisten komt een ziekenhuis in een moeilijker positie. De risico's nemen sterk toe. Instrumenten om als onderneming goed te kunnen slagen zullen verantwoord moeten worden ingezet. Twee waarschuwingen zijn hier op hun plaats.

De eerste is dat de momenteel plaatsvindende schaalvergroting op zichzelf geen wondermiddel is. De concurrentiepositie verbetert weliswaar terwijl ook economies of scale mogelijk zijn. Maar het kan ook kostbare nadelen hebben: een toenemende behoefte aan coördinatie en toezicht (dus gevaar voor bureaucratie), de neiging op verschillende terreinen nieuwe deskundigheden (met name op financieel economisch en juridisch gebied) binnen te halen en de vertaling van meer prestige en macht in hogere salarissen van de hogere bestuurslagen. Ook kan de afnemende persoonlijke contacten en de verzakelijking van de verhoudingen tot minder grote inzet van het personeel leiden. Grondige analyses zijn dus nodig bij eventuele fusies dan wel en intensieve samenwerking tussen zorginstellingen.

Een tweede waarschuwing is dat al de genoemde maatregelen alleen effect kunnen sorteren als er een daadwerkelijke cultuuromslag naar marktgericht en bedrijfseconomisch denken plaatsvindt. Is dat niet het geval dan zullen de maatregelen alleen leiden tot grote verliezen, vanwege allerlei soorten fricties die er zullen gaan optreden.

In het voorgaande zijn vooral op instellingsniveau naar de gevolgen van het nieuwe beleid van de minister van VWS geanalyseerd. Meer in het algemeen geldt dat kapitaalvernietiging, vermindering van de omvang van het verplegend personeel en verslechtering van hun arbeidsvoorwaarden, het wegvallen van voorzieningen en een verschillende behandeling van patiënten de prijs kunnen zijn van een ongecontroleerde doorvoering van grotere marktwerking. Die grotere marktwerking is het oogmerk om goed in te kunnen spelen op de toenemende zorgvraag met daarbij een beheersing van de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg.

www.thesovereign.nl