

Ziekenhuizen staan voor ingrijpende veranderingen. De regering maakt ernst met de herstructurering van de zorg om de stijgende zorguitgaven het hoofd te bieden. Bekende steekwoorden zijn vraagsturing, diagnose behandeling combinaties (DBC's), marktwerking, vrije onderhandelingen met zorgverzekeraars en beëindiging van de contracteerplicht. Voor veel gemeenten zijn dit nog tamelijk nieuwe begrippen. Toch is dit voor hen ook van belang, al was het maar vanwege het feit dat er nog steeds gemeenten zijn die via (gegarandeerde) leningen bij ziekenhuizen betrokken zijn en dus ook financiële risico's lopen. Een overzicht van de nieuwe problematiek.



# Reorganisatie ziekenhu

## Het wel en wee van de markt

**DRS. A.P. RANNER**  
 Directeur van Sovereign  
 bv financial consultancy,  
 Den Haag



# issector erking

**E**ind 2003 heeft de regering nieuwe plannen voor de structuur van de gezondheidszorg gepresenteerd. Het is de bedoeling dat de overheid in de toekomst niet langer bepaalt hoeveel zorg tegen welke prijs wordt aangeboden. Via vrije concurrentie moeten verzekeraars, ziekenhuizen en verpleeginstellingen en niet te vergeten de zorgconsumenten dat zelf gaan uitmaken. Voorts mogen in de toekomst ziekenhuizen en beroepsbeoefenaren in de zorg in bepaalde deelmarkten winst maken. In de plannen zou de overheid alleen nog de kwaliteit van het zorgaanbod en de bereikbaarheid ervan bewaken. Dat gebeurt onder meer door zorgaanbieders zogenoemde toegelaten instelling te laten worden. Aan dergelijke toegelaten instellingen legt de overheid dan voorschriften op.

De minister van VWS wil regels opheffen en prijzen loslaten. Zo is het de bedoeling de contracteerplicht af te schaffen. Per 1 januari 2005 zal die plicht voor ziekenfondsen en de voor zorginstellingen de omgekeerde contracteerplicht voor een bepaald deel van de verrichtingen vervallen. Alleen de topklinische hulp, medisch onderzoek en verblijf in instellingen die via de AWBZ (met name de acute zorgverlening) worden gefinancierd krijgen niet te maken met concurrentie. De desbetreffende wetswijzigingen moeten ook op de genoemde datum van kracht worden.

De minister wil de marktwerking 'op zo kort mogelijke termijn' en stapsgewijs voor zoveel mogelijk deelmarkten toepassen. Als eerste krijgen ziekenhuizen toestemming winst te maken op eenvoudige operaties. Daartoe worden de prijzen van bepaalde ziekenhuisbehandelingen vrijgegeven. De verrichtingen betreffen ruim 10% van het ziekenhuisbudget. Hiervoor vervalt de contracteerplicht. Voor medisch specialisten wordt een landelijk uniform uurtarief vastgesteld. Er komt een verplichte normopslag voor kapitaallasten van 12,5% op de vrij onderhandelde prijs per DBC groep. Min of meer gelijke uitgangsposities met zelfstandige behandelcentra (ZBC's) moeten daarvan het gevolg zijn. Het is de bedoeling de normopslag vanaf 2005 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 desbetreffende behandeling, die zij derhalve echt gaan inkopen. Er moeten prijs-, kwaliteit- en volumeafspraken worden gemaakt voor de planbare zorg. Dit deel betreft met name operaties aan keel- en neusamandelen, spataderen, staar en knieën.

Ook de kraamzorg, zittend ziekenvervoer, de hulpmiddelenbranche en delen van fysiotherapie kunnen er onder vallen. Op deze relatief eenvoudige medische verrichtingen mag winst (maar dus ook verlies) worden gemaakt. Voor andere verrichtingen (altijd nog 90% van het

De  
minister  
van VWS  
wil regels  
opheffen  
en prijzen  
loslaten.

ziekenhuisbudget) gaan vaste tarieven gelden op basis van het nieuwe bekostigingssysteem van DBC's. Voor medisch specialisten wordt hier een uniforme honorariumopslag vastgesteld. Het DBC tarief wordt ook hier 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. Ze zijn daarbij 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.

Voorts wordt het, althans in de wetsvoorstellen, mogelijk om ziekenhuizen op te zetten met risicodragend kapitaal, afkomstig van private partijen. Uitkering van eventuele winsten aan aandeelhouders is dan mogelijk.

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

Het voorgaande betekent dat fasegewijs de verschillen tussen de voorwaarden waaronder de zorgaanbieders met elkaar concurreren, verdwijnen. Overigens in een situatie waarin budgetzekerheden van ziekenhuizen veranderen door de invoering van het nieuwe systeem van prestatiebekostiging.

Uitbreiding van de marktwerking gebeurt – aldus de minister van VWS – op basis van een evaluatie van de onderhandelingen in het vrije segment en van nog te ontwikkelen criteria. Daarbij moet de minister wel rekening houden met een nijpend probleem, namelijk de zwakke financiën van de sector. Uit enquêtegegevens van het CTG uit 2002 blijkt de financiële positie van de ziekenhuizen relatief zwak te zijn en bovendien nog te verslechteren. De exploitatieresultaten zijn, zoals onderstaande tabel aangeeft, de laatste jaren gemiddeld minimaal tot negatief, terwijl ook de solvabiliteit mager is. Het aantal ziekenhuizen dat in financiële problemen komt, neemt toe. (Zie tabel.)

Grotere marktwerking in combinatie met

toenemende bedrijfsrisico's vereisen een versterking van de te lage eigen vermogens van de sector. Dit kan uitsluitend plaatsvinden via hogere ziektekostenpremies, maar dat staat op gespannen voet met het bezuinigingsbeleid. Het kabinet zal hogere premies niet aanvaarden. Dit betekent derhalve een forse rem op de veranderingen.

Het tempo waarin de marktwerking wordt doorgevoerd, kan dus meevallen, maar de richting staat vast.

### Wat valt er op langere termijn voor de ziekenhuizen te verwachten?

Ziekenhuizen zijn nu driftig in de weer met het maken van profielen, typeringen en de registratie en declaratie van de DBC's. Deze operatie is in feite één automatiseringsslag, die nu op de exploitatie drukt maar na verloop van tijd tot flinke besparingen kan leiden.

De aanpak van strategische vraagstukken worden nu urgent. De leiding van een ziekenhuis ontkomt er niet aan zich te beraden op het in de toekomst aan te bieden pakket van zorg. Daarvoor is onmisbaar kennis van de bestaande en eventueel toekomstige zorgprofielen, maar ook van de kostprijzen en die van concurrenten. Inzicht in de opbouw en samenstelling van de eigen kosten is vereist. Immers, op grond daarvan moet men in de toekomst onderhandelen met de zorgverzekeraars.

De beperkte vrijgave van de DBC-tarieven geeft de ziekenhuissector nog een tijdelijke bescherming. Die bescherming is noodzakelijk omdat al is gebleken dat verzekeraars met DBC's voor gelijke verrichtingen tarieven overeenkomen die vaak 10 % lager liggen dan de gemiddelde ziekenhuistarieven.

Hiermee houdt het voor de leiding van het ziekenhuis helaas niet op. Een goede kijk op de kostprijzen is nu al wenselijk voor die DBC's waarvoor waarschijnlijk ook vrije prijsconcurrentie gaat gelden. Het is immers niet eenvoudig in een later stadium die becijferingen alsnog te maken. Dan gelden er waarschijnlijk volumeafspraken, waarvan moeilijk kan worden afgeweken.

De kwaliteit van de primaire registraties en de kennis van profielen respectievelijk kostprij-

Ontwikkeling financiële positie ziekenhuizen			
	2000	2001	2002
Exploitatieresultaat als % budget	0,4	0,4	-0,1
Eigen vermogen als % aanvaardbare kosten	9,8	9,8	10,1
Aantal instellingen met negatieve exploitatieresultaten (% van totaal)	23	27	29
Aantal instellingen met cumulatief negatief vermogen (% van totaal)	2	4	5
Bron : CTG			

zen moeten goed zijn. De kosten moeten juist worden vertaald in de tarieven en andere voorwaarden. Anders zijn de kansen op tekorten in de exploitatie groot. Maar men mag zich niet uit de markt laten prijzen. Dit houdt in dat bij vrije prijsonderhandelingen de aan de verzekeraars in rekening te brengen tarieven, scherp en marktconform moeten zijn.

Bij de bepaling van de kostprijzen zal het management er niet aan kunnen ontkomen aandacht te schenken aan de verschillende risico's in de bedrijfsvoering. Voor interne risico's, in het financiële beheer en externe risico's, met name de marktrisico's, moet een financiële buffer beschikbaar komen. Dit kan vaak alleen via een risico-opslag op de kosten.

De keuze van verantwoordelijke uitgangstarieven op grond waarvan men met ziektekostenverzekeraars gaat onderhandelen is moeilijk. De hoogte van de risico-opslag is vaak nog onbekend, terwijl ervaringsgegevens nog ontbreken.

Gelukkig worden de tarieven vastgesteld in onderhandelingen met zorginkopende verzekeraars, die zelf ook nog weinig ervaring hebben met het nieuwe inkoopbeleid. Slechts kortzichtige verzekeraars zullen alleen geïnteresseerd zijn in de aangeboden tarieven, levertijden en kwaliteit zonder acht te slaan op de achterliggende kosten. Bovendien zijn veel verzekeraars vooral lokaal actief, waarbij meestal nog geen sprake is van een aanbodoverschot waar naar de minister streeft. Omdat de zorgconsumenten vaak bij een instellingen uit de omgeving geholpen willen worden is er voor verzekeraars het risico dat deze consumenten naar een eventuele andere verzekeraar overstappen. Als te lage vergoedingen worden afgesproken, is de kans op financiële moeilijkheden voor het ziekenhuis groot. Als er geen vervangend aanbod is, is de verzekeraar daar niet mee gebaat.

In de praktijk heeft een ziekenhuis dus voorlopig nog een sterke machtspositie tegenover de verzekeraars. Veel verzekeraars blijken dan ook momenteel uit te zijn op geleidelijke productieverhogingen al of niet in combinatie met afspraken inzake het voorkomen van wachtlijsten.

In de toekomst zal de onderhandelingspositie met verzekeraars wel risicovoller worden. Er kunnen diverse nog onbekende zorgaanbieders ontstaan, bestaande concurrenten kunnen zich via specialisatie of reorganisaties en fusies betere aanbiedingen doen etc.

De ziekenhuisbestuurders zullen goed moeten inspelen op de verlangens van de verzekeraars. Een ziekenhuis is vaak in hoge mate afhankelijk van een paar verzekeraars. Als de omgekeerde contracteerplicht vervalt en bovendien het aanbod van bepaalde zorgverrichtingen toeneemt, gaan verzekeraars eerder nieuwe contracten afsluiten met instellingen van hun voorkeur. Dat is mogelijk omdat verzekeraars inmiddels beschikken over benchmarkbestanden met de marktprijzen van de ziekenhuizen en ZBC's. Die bestanden zullen zij willen benutten.

De onderhandelingspositie van veel ziekenhuizen met verzekeraars is in de toekomst dus minder rooskleurig. Die verzekeraars worden dan in toenemende mate regisseur bij het zorgproces en gaan risico's lopen. Deze risico's liggen voor hen zowel bij de ziekenhuizen als de premiebetalende zorgconsumenten. De risico's betreffen de prijs/kwaliteitsverhouding, omvang en snelheid van de geleverde prestaties maar ook de financiële soliditeit van ziekenhuizen. Immers, in de komende jaren zal het risicoprofiel van veel ziekenhuizen verslechteren. Dat laatste heeft ook andere nadelen: de banken zullen hogere eisen stellen aangaande de financiële positie en beschikbare zekerheden.

De verzekeraars zullen ook hun risico's willen beheersen. Zij zullen de door zorgaanbieders te leveren zorg meer en detail contractueel willen vastleggen. Daarnaast zullen zij de premiebetalers/patiënten aan zich willen binden via de premiëring, gunstiger polisvoorwaarden en zorgbemiddeling.

Het is te verwachten dat verzekeraars de specifieke expertises van de ziekenhuizen, de capaciteit en kwaliteitssystemen zullen gaan beoordelen. Belangrijk is het streven naar lagere prijzen. 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) maar vooral ook tot een verbetering van de eigen exploitatieresultaten. Die waren de laatste jaren ook nogal mager.

Voor de besturen van ziekenhuizen is dit nog niet alles. Behalve met verzekeraars en banken, moet men meer rekening houden met de concurrentie. Een scherpere concurrentie komt mogelijk in hoog tempo en wel uit allerlei hoeken:

- Ziekenhuizen uit de naaste omgeving, gespecialiseerde ziekenhuizen en klinieken met nevenvestigingen in de omgeving.
- ZBC's ofwel de non-profit privé-klinieken;<sup>1</sup> 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 IT ondernemingen hebben al aangekondigd kleine ziekenhuizen over te willen nemen. Zelfs is men bereid nog zonder winsttoogmerk zorginstellingen over te nemen in afwachting van de verdere introductie van het winststreven in de zorgsector.<sup>2</sup>
- Kleinere niet winst gerichte privé-klinieken<sup>3</sup> en particuliere winstgerichte privé-klinieken.<sup>4</sup>
- Buitenlandse zorgaanbieders die (waarschijnlijk vanaf 2006) hun actieradius naar Nederlandse vestigingen uitbreiden.

Veel van deze concurrenten kunnen sneller inspelen op de concrete behoeften. Zij zijn kleinschalig, gespecialiseerd en ook aan minder regels gebonden dan de ziekenhuizen. Zo kennen ZBC's en andere privé-klinieken een tarifiering

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen gaan verplicht onderhandelen over de kosten van desbetreffende behandeling, die zij derhalve echt gaan inkopen.

De voorgestelde vrijheid bij bouwbesluiten is nieuw voor de gezondheidszorg.

volgens verrichtingen. Zij zijn in tegenstelling tot ziekenhuizen niet gebonden aan een budgetstelsel. ZBC's en privé-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 compartimentzorg aanbieden, mogen kostentarieven in rekening brengen. De specialisten in kleinere privé-klinieken mogen honorariumtarieven berekenen.

Verzekeraars – en niet te vergeten de medisch specialisten waaraan schaarste bestaat – zullen hun sterkere marktpositie willen uitspelen. Verzekeraars zullen op termijn strakke afspraken willen maken met zorgaanbieders. De vergoedingen komen dan mogelijk onder sterke druk omdat zorgaanbieders tegen elkaar worden uitgespeeld. De ziekenhuizen die bij patiënten minder populair zijn, zullen door verzekeraars na enige tijd worden afgerekend, omdat het volume aan zorg afneemt. De exploitatie wordt dan moeilijker.

Een aantal bestaande ziekenhuizen ziet dan ook hun omgeving op allerlei fronten drastisch veranderen. Een reputatie van kwaliteit en potentiële concurrentievoordelen ten opzichte van ZBC'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.

Welke instellingen krijgen het moeilijk? Grofweg zal het gaan om:

- Instellingen met hoge overheadkosten, respectievelijk beperkte eigen vermogens als buffer om financiële risico's op te vangen. Instellingen met relatief hoge kapitaallasten als gevolg van recente investeringen. Instellingen die werken met DBC-tarieven, die lager zijn dan de werkelijke kosten.
- Kleine ziekenhuizen.
- Instellingen met een matige flexibele organisatie.
- Instellingen met een tekort aan medisch specialisten.
- Instellingen die dicht bij elkaar staan.
- Instellingen met in de directe nabijheid relatief veel ZBC's en private klinieken, waarbij de ziekenhuizen zelf geen directe financiële betrokkenheid hebben.

Uitsluitend voor de problematiek van de kleinere ziekenhuizen heeft de minister van VWS extra geld uit getrokken. Instellingen uit de overige categorieën kunnen in grote problemen komen. Deze ziekenhuizen met een te zwakke financiële positie zullen doorgaans te weinig middelen kunnen inzetten voor opleidingen, investeringen in apparatuur en IT en acute zorg. Op langere termijn zullen zij zich zonder beleidsaanpassingen niet staande kunnen houden in de markt.

Het antwoord van ziekenhuizen op de nieu-

we ontwikkelingen is grotere doelmatigheid.

De hiervoor geschetste ontwikkelingen leiden er toe dat ziekenhuisinstellingen gedwongen worden goede zorg aan te bieden tegen scherpe prijzen. Kaasschaafmethodes als lagere verwarming, (hogere) parkeergelden, uitstel van investeringen, goedkoper inkopen van geneesmiddelen en terugdringing van ziekteverzuim zijn waarschijnlijk niet meer toereikend. Een ingrijpende modernere en zakelijke bedrijfsvoering is nodig. Die bedrijfsvoering moet uitmonden in hoger rendement. Dat kan alleen via allerlei kostenverlagende en opbrengstverhogende maatregelen:

- Men zal zoals aangegeven, allereerst de strategische visie voor de toekomst moeten bepalen. De fictie van het bieden van integrale zorg staat daarbij ter discussie. Specialisatie verdient de voorkeur. Men moet datgene doen waar men goed in is dan wel waar men met zeer weinig kosten en moeite goed in kan worden. De nieuwe doelstellingen en de instrumenten om dat te realiseren binnen de verschillende randvoorwaarden, moeten blijken uit een veel marktgerichter ziekenhuisbeleidsplan.

- Met name de focus op de kernactiviteiten kan de efficiëntie sterk vergroten: indirecte processen die niet tot de kernfuncties behoren, kunnen worden uitbesteed. Dit kan ver gaan. Bekend zijn inmiddels het aan anderen overlaten van de keukenfunctie, beveiliging en de schoonmaak en de concentratie van de hotelfunctie in een zorghotel. Mogelijk is ook het uitbesteden van het beheer van vastgoed en technische installaties, van de energiehuishouding en eenvoudig te automatiseren financieel administratieve handelingen. Zelfs laboratoriumfuncties kunnen worden uitbesteed. Een stap verder is de uitbesteding of het aan ZBC's overlaten van weinig renderende behandelingen.

Via leasing van medische apparatuur kunnen investeringen in de tijd worden gespreid, waardoor de budgettaire belasting ten tijde van de aanschaf relatief geringer is. Drastischere maatregelen zijn het opheffen van buitenklinieken en het uitkleden van de 24-uurs ziekenhuiszorg. De winst komt bij dit soort maatregelen doorgaans vooral door forse besparingen op personeelskosten en soms door een geringere kwaliteit van dienstverlening.

- Efficiencywinst is ook mogelijk via interne specialisatie. Logistiek en programmering van specialistische ingrepen kunnen vaak aanzienlijk worden verbeterd. De eenvoudigste maatregel is het beter onderling afstemmen van vakanties van het medisch personeel. Daardoor kan bijvoorbeeld een zomerdip in de productie verminderen. Een ander voorbeeld is verbetering van het programma van de operatiekamers. Zo kan een bepaald type operaties op één dag worden uitgevoerd. De chirurgische ingrepen bij een homogene categorie van patiënten zijn

soortgelijk. Het betreft vaak eenduidige ingrepen met weinig kans op complicaties. Een andere maatregel is dat daartoe geschoold lager personeel de scans maken. Medisch specialisten kunnen zich in die situatie concentreren op diagnostiek en behandeling.

Veel ingrijpender is de herverkaveling van een ziekenhuis in een aantal *focussed factory*-eenheden naast een basisfaciliteit. In de basisfaciliteit kan de voor- en nazorg plaatsvinden.

Deze maatregelen hebben gemeen dat taken van medisch specialisten en ander medisch personeel weloverwogen worden herschikt. In dit soort gevallen zijn aanzienlijke economies of scale mogelijk, terwijl er tegelijkertijd meer aandacht kan zijn voor kwaliteitsaspecten.

- Kostenbesparingen kunnen ook komen uit langere bedrijfstijden (inclusief weekeindoperaties en ploegendiensten), het werken met vaste teams voor een specifieke ingreep, vergroting van het aantal dagbehandelingen in plaats van klinische opnamen. Een paradox bij bedrijfstijdverlenging is dat langere bedrijfstijden financieel alleen aantrekkelijk zijn als de besparingen opwegen tegen de hogere vergoedingen in verband met overwerk.

- 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.

- Door het gebruik te delen van scanapparatuur en laboratoriumfaciliteiten en andere apparatuur met nabijgelegen ziekenhuizen, zijn ook kostenbesparingen mogelijk. Met andere zorgaanbieders is voordelige samenwerking mogelijk op het gebied van inkoop van voorraden en de apparatuur, gezamenlijke inhuur van tijdelijk personeel en pooling van ondersteunend personeel.

- Voor de hand ligt een minder sociale opstelling: vermindering van de gratis zorgverlening bij onvoldoende of niet verzekerde of behandelde in aparte goedkopere ruimten.

- De te verwachte voortgaande dalende behoefte aan bedden maakt het mogelijk te bezien of gebouwen en of grond die niet per se nodig zijn kunnen worden afgestoten. De vrijkomende middelen kunnen vervolgens worden ingezet voor (vernieuwing van) de kernprocessen in de zorg. Daarbij zal het vooral kunnen gaan om toepassing van IT en modernere inrichtingen.

- Door te gaan werken met gedecentraliseerde eenheden en een matrixstructuur vermindert het aantal bestuurlijke lagen. Uiteraard moeten taken en verantwoordelijkheden goed worden bepaald. Zogenoemd integraal management met resultaatverantwoordelijke eenheden of af-

delingen geeft meer resultaatgerichte financiële sturing. Vermindering van de overhead, een betere kostenbeheersing en vergroting van de bestuurlijke slagkracht kunnen hiervan het gevolg zijn.

- Veel van de eerder aangegeven opties vergen een zekere schaal. Vandaar de belangstelling voor intensieve samenwerking en zelfs fusie tussen ziekenhuizen. Fusies kunnen nodig zijn om goed te kunnen inspelen op de grote veranderingen die de zorgsector te wachten staan. Daarbuiten vallen ook schaalvoordelen te realiseren door intensieve samenwerking met andere typen van zorgaanbieders. Dit heeft als bijkomend voordeel dat eventueel onnodige concurrentie wordt voorkomen.

Hiervoor ging het voornamelijk om de kosten. De opbrengstenkant mag echter niet worden verwaarloosd. Een goede marketingstrategie kan betekenen dat er een schaalvergroting van gespecialiseerde diensten mogelijk is en dat de marktpositie op bepaalde terreinen wordt verstevigd. Men kan in dat verband denken aan het binnen de ziekenhuismuren opzetten van servicepunten of zorgboulevards, inclusief plastische chirurgie en privé-klinieken. Ook kan het wenselijk zijn dat in de toekomst, als meer zorgverrichtingen vrij onderhandelbaar zijn, voor complexe operaties een hogere vergoeding wordt gevraagd dan voor eenvoudige.

Maar bovenal gaat het om het inspelen op de behoeften van de zorgconsument. Verbetering van de contacten en de kwaliteit van de dienstverlening aan patiënten is onontkoombaar. Dit houdt in een grotere rol van patiëntenorganisaties en het uitvoeren van tevredenheidsmetingen.

Ten slotte zijn er bedrijfseconomische voorwaarden waaraan voldaan moet worden:

- 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 op levert en dat de belangrijke kritische indicatoren kent. De financiële rapportages op kasbasis moeten wekelijks beschikbaar komen. Prioriteit moet worden gegeven aan de ontwikkeling van de feitelijke kostprijzen in relatie tot de in rekening gebrachte DBC-tarieven: afwijkingen moeten leiden tot beleidsbijstellingen anders wordt verlies geleden. In dat kader is het ook nuttig de ontwikkeling van diverse kostensoorten te volgen ten opzichte van de benchmarks.

- De AO/IC moet op orde zijn of worden gebracht.

- Het spreekt bijna vanzelf dat er een specifiek geautomatiseerd klinisch informatiesysteem moet zijn, gericht op agendering, monitoren behandelingen, testen opdragen en uitwisseling elektronische informatie tussen de faciliteiten.

Als te lage  
vergoedingen  
worden  
afgesproken,  
is de kans op  
financiële  
moeilijkheden  
voor het  
ziekenhuis  
groot.

- Er moeten adequate systemen van risicobeheersing zijn ter voorkoming van calamiteiten.

\* \* \*

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 op termijn in belangrijke mate vrij worden in het bepalen van de hoeveelheid, de samenstelling, de vorm en de 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 dus verantwoord moeten worden ingezet.

Het management van een ziekenhuis moet gaan denken in termen van markten, rendement en efficiency. Dit leidt ongetwijfeld tot een meer agressieve en commerciële opstelling tegenover concurrenten, verzekeraars en toeleveranciers. Ook de houding tegenover patiënten als afnemer van zorgproducten zal veranderen. De kwa-

liteit van de dienstverlening aan de zorgconsument zal bij de ene instelling verbeteren maar bij de andere mogelijk juist verslechteren. Bij de instellingen komen verantwoorde keuzes inzake de zorgprocessen en bedrijfsvoering centraal te staan. Dit moet uitmonden in goed onderhandelen met de verzekeraars op basis van de best mogelijke financiële informatie en uitgaande van een helder inzicht in de doelstellingen, mogelijkheden en strategieën, zowel van zich zelf als van anderen. Daarmee staat of valt het uiteindelijke succes van het ziekenhuis.

#### Noten

- 1 De auteur is drs. Einte Elzinga erkentelijk voor zijn commentaar.
- 2 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. Winsten kunnen uiteraard al wel 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.