

**Het ziekenhuis als
maatschappelijke
onderneming**

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Advies uitgebracht door de voorlopige Raad voor de
Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening aan de
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, oktober 1996

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	Adviesaanvraag	9
1.2	Het beleidsprobleem	10
1.3	Dit advies	11
2	Meer vrijheid van handelen voor het ziekenhuis	13
2.1	Waarom moet het ziekenhuis meer vrijheid van handelen krijgen?	13
2.2	Wat houdt meer vrijheid van handelen in?	15
3	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	18
3.1	Sociale context	18
3.2	Het ziekenhuismanagement	19
3.3	De drie compartimenten	21
3.4	Openheid en verantwoording	23
4	De rol van de rijksoverheid	28
4.1	De verantwoordelijkheid van de rijksoverheid	28
4.2	Afstand nemen	29
4.3	Uitwerking	32
5	Specifieke kwesties	40
5.1	Uitbesteding van taken	40
5.2	Taakverdeling en samenwerking tussen ziekenhuizen	42
5.3	Categorialisering in de ziekenhuiszorg	43
5.4	Het ziekenhuis in de eerste lijn	45
6	Conclusies en aanbevelingen	50
	Bijlagen	
1	Adviesaanvraag	59
2	Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening	65
3	Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening	67
4	Geraadpleegde personen voor de adviesvoorbereiding	69
5	Deelnemers aan de hoorzittingen	71
6	Historische schets - over ziekenhuizen en ziekenhuiszorg (bureaunotitie)	73

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

7	Een eerste aanzet tot actualisering van het STG-rapport 'Het ziekenhuis in de 21ste eeuw'	83
8	Het moderne ziekenhuis (bureaunotitie)	107
9	Chronische aandoeningen en ziekenhuiszorg (bureaunotitie)	113
10	Regelgeving (bureaunotitie)	121
11	Financiering ziekenhuiszorg (bureaunotitie)	125
12	Lijst van afkortingen	131
13	Literatuur	133

Samenvatting

Ziekenhuizen moeten meer vrijheid van handelen krijgen. Dat is in het belang van de patiënt, omdat het ziekenhuis daardoor beter kan inspelen op de specifieke behoeften van verschillende groepen patiënten. Vooral de zorgverlening aan chronische en oudere patiënten kan daardoor verbeteren. Meer vrijheid van handelen is verder in het belang van de openbare financiën, omdat de zorgverlening doelmatiger kan worden georganiseerd. Tenslotte is het ook in bestuurlijk opzicht van belang voor de rijksoverheid, omdat deze daardoor meer afstand kan nemen van het dagelijks reilen en zeilen van de ziekenhuissector.

Die vrijheid van handelen kan het beste worden gerealiseerd door ziekenhuizen als een onderneming te laten functioneren. Dan zijn de voordelen het grootst. Dat wil niet zeggen dat ziekenhuizen commerciële ondernemingen moeten worden. Dat past niet in het Nederlandse gezondheidszorgbestel. In Nederland worden ziekenhuizen als collectieve voorzieningen ervaren, omdat iedereen als dat nodig is gebruik moet kunnen maken van ziekenhuiszorg. Ziekenhuizen ontlenen daaraan hun centrale en beschermde positie. Het ondernemerschap van ziekenhuizen kan het beste op een manier worden ingevuld, die past bij hun maatschappelijke rol. De Raad noemt dat 'maatschappelijk ondernemerschap'. Zowel de ziekenhuizen zelf als de rijksoverheid kunnen aan de ontwikkeling daarvan bijdragen. Het advies werkt dat uit.

Eerst de bijdragen van het ziekenhuis. Een ziekenhuisonderneming kan op drie terreinen werkzaam zijn: de care, de cure en de aanvullende zorg. Elk terrein heeft zijn eigen spelregels en het ziekenhuis moet daar rekening mee houden. Voor de care en de cure geldt bijvoorbeeld het beginsel van gelijke behandeling. Verder moet de aanvullende zorg duidelijk van de reguliere zorg worden afgebakend. Extra dienstverlening mag niet ten koste gaan van de normale zorg.

Maatschappelijk ondernemerschap vraagt van de ziekenhuizen dat zij zich open opstellen en verantwoording afleggen over hun doen en laten. Het jaarverslag kan daarin een grotere rol spelen dan het nu doet. Belangrijk ook is dat de ziekenhuizen meewerken aan het verzamelen van vergelijkende consumenteninformatie. De Consumentenbond is bereid deze te gaan verstrekken.

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Intern leggen ziekenhuizen verantwoording af aan de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht kan een brug slaan tussen het ziekenhuis en de samenleving, als zijn taken, bevoegdheden en samenstelling goed zijn geregeld. De ziekenhuissector zou daar zelf voor moeten zorgen. Richting patiënten kunnen de ziekenhuizen meer verantwoording nemen door kwaliteitsgaranties te geven, bijvoorbeeld garanties voor tijdige hulpverlening. Richting rijksoverheid is er een lacune ten aanzien van het financieel toezicht. De Raad stelt voor dat aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg op te dragen.

Tenslotte: maatschappelijk ondernemerschap stelt dus hoge eisen aan het management. Niet alleen de zakelijke, maar ook de maatschappelijke belangen van het ziekenhuis moeten daar in goede handen zijn. De Raad stelt voor dat de sector deze eisen expliciteert, de ontwikkeling ervan ondersteunt en zijn managers eraan houdt.

Wat kan de rijksoverheid doen en wat moet ze laten om ziekenhuizen als maatschappelijke ondernemingen te laten functioneren? Als we kijken naar de kerntaken van de rijksoverheid op het terrein van de gezondheidszorg, dan zijn er nog heel wat onderwerpen waar zij aandacht aan moet schenken: verzekeringen, ziekenhuiscapaciteit, omvang collectieve lasten, bekostiging van ziekenhuizen, kwaliteit van zorg, topklinische zorg, opleiding en onderzoek en taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg. De ziekenhuizen moeten hun grotere vrijheid van handelen dus vooral krijgen doordat de rijksoverheid haar verantwoordelijkheden anders vorm geeft. Het accent moet worden verlegd van sturing vooraf naar toetsing achteraf.

Het gaat om een ander accent. Er blijven onderwerpen waarop de rijksoverheid vooraf blijft sturen (de aanspraken, omvang collectieve uitgaven, grootschalige veranderingen in bestemming, capaciteit, toegankelijkheid en bouw en bijzondere verrichtingen) en andere waar zij invloed uitoefent door spelregels en speelveld vast te stellen (capaciteitsplanning, kwaliteit en tarieven). Toch houdt dit in dat de bestaande aanbodregulering sterk wordt vereenvoudigd en beperkt. Een belangrijk element is, dat de rijksoverheid zich ten aanzien van de aanvullende zorg (derde verzekeringscompartiment) beperkt tot toezicht. Een ander dat de verzekeraars voor eigen risico met ziekenhuizen gaan onderhandelen over de inkoop van ziekenhuiszorg. De Raad ondersteunt het kabinetsbeleid om de aanspraak op ziekenhuiszorg te moderniseren en de bouw van ziekenhuizen zonder

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

overheidsvergunning in beginsel toe te staan. Aan de voorgenomen budgettering van verzekeraars zou de rijksoverheid de consequentie moeten verbinden, dat ziekenhuizen niet langer aan een financieel plafond worden gebonden.

Een bijzonder proefterrein voor het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming is de transmurale zorgverlening. Het belang ervan is door de commissie-Biesheuvel en het kabinet onderstreept. Er zijn voor het ziekenhuis mogelijkheden om zich buiten de eigen muren te ontplooiën. Nu moet de rijksoverheid de ruimte nog geven door de hiervoor geschetste maatregelen te treffen. Deze maatregelen ruimen schotten op in de regelgeving, prikkelen de ziekenhuizen tot een doelmatiger organisatie van de ziekenhuiszorg en laten ziekenhuizen en verzekeraars productieafspraken maken over het hele domein van de medisch-specialistische zorg.

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

1

1 Inleiding

1.1 Adviesaanvraag

Minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Raad op 5 maart 1996 advies gevraagd over de toekomstige overheidssturing van de ziekenhuiszorg. Minister Borst wil weten:

- op welke functies, taken of aspecten van de ziekenhuiszorg -en daarmee van de ziekenhuisorganisaties - moet de rijksoverheid in de toekomst invloed kunnen uitoefenen;
- op welke wijze kan de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid het beste vormgeven.

Advies gevraagd over toekomstige overheidssturing van de ziekenhuiszorg

De minister vraagt niet alleen naar de aard en de omvang van het overheidsbeleid ten aanzien van de ziekenhuiszorg, maar ook naar de inhoud ervan. Het gaat om een aantal specifieke kwesties:

- Wat zijn wel en wat zijn geen kerntaken van het ziekenhuis? Deze vraag wordt gesteld in de context van de toekomstige overheidsinvloed.
- Op welke punten is een taakverdeling tussen ziekenhuizen wenselijk en op welke onderdelen en op welke wijze zou zo'n taakverdeling vormgegeven moeten worden?
- Hoe te denken over categoralisering in de ziekenhuiszorg, en op welke wijze zou op dit punt - zo nodig - door de rijksoverheid sturend opgetreden kunnen worden?
- Wat is het belang en wat zijn de mogelijkheden van het verlenen door het ziekenhuis van zorg in de eerste lijn, al dan niet in samenhang met de verleende ziekenhuiszorg?

Ook vragen over een aantal specifieke kwesties

De adviesaanvraag heeft zowel met veranderingen in de ziekenhuissector als met veranderingen in de verantwoordelijkheden voor het beleid te maken. Wat het eerste betreft, wijst de minister op ziekenhuizen die buiten de eigen instelling zorg gaan verlenen, op netwerkvorming, uitbesteding van taken en op het 'ontkliniseren' van de zorg. Veranderingen bij de rijksoverheid doen zich vooral voor in de rol die de rijksoverheid voor zichzelf ziet weggelegd. Er is sprake van een verschuiving van verantwoordelijkheden naar betrokkenen in het veld. Maar wat moet de rijksoverheid zelf doen en hoe dan?

Achtergronden adviesaanvraag betreffen veranderingen in de ziekenhuissector en in het beleid

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

1.2 Het beleidsprobleem

De veranderingen waarover in de adviesaanvraag wordt gesproken, hebben gevolgen voor de positie van het ziekenhuis in het bestel van de gezondheidszorg. Als we uitgaan van de bestaande wet- en regelgeving kan het ziekenhuis worden gekarakteriseerd als een collectieve voorziening met een publieke functie. Het ziekenhuis stemt zijn producten en diensten af op de criteria van de rijksoverheid, werkt op basis van een door de rijksoverheid toegekend budget en - gechargeerd gesteld - dingt meer naar de gunsten van Rijswijk dan naar de gunsten van de markt.

Het ziekenhuis wordt als een collectieve voorziening behandeld

Zoals blijkt uit veel rapporten en kabinetsnota's zijn de rijksoverheid, de samenleving en de ziekenhuissector het erover eens dat de ziekenhuizen klantgerichter moeten werken. Zij vinden ook dat ziekenhuizen doelmatiger en slagvaardiger te werk moeten gaan. Dat betekent dat de ziekenhuizen meer vrijheid van handelen moeten krijgen. Het terrein van de ziekenhuiszorg is immers complex, veelvormig en dynamisch. Het ziekenhuis kan op dat terrein niet uit de voeten als het met duizend draden aan de rijksoverheid vast zit. Het moet op eigen benen staan. Terwijl over deze analyse overeenstemming bestaat, verschillen de opvattingen over de consequenties die eruit moeten worden getrokken. Het 'waarom' is geen probleem, wel het 'wat' en 'hoe'. Dus: wat betekent het 'op eigen benen staan' van een ziekenhuis en hoe moet daar vorm aan worden gegeven?

Het ziekenhuis moet meer vrijheid van handelen krijgen

Eerst het 'wat'. Volgens de visienota 'Ondernemend beter' van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zien ziekenhuizen zichzelf als ondernemingen op een markt. Een gereguleerde markt weliswaar, maar toch een markt. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen zich laten leiden door de zorgvragen van de patiënten, hun producten en diensten daarop afstemmen en met elkaar concurreren op de prijs en kwaliteit van wat ze bieden. De ziekenhuizen accepteren vanwege het collectieve karakter van de ziekenhuiszorg wel beperkingen in hun ondernemingsvrijheid, maar alleen voorzover die nodig zijn om de kwaliteit, toegankelijkheid, spreiding en betaalbaarheid van de zorg te garanderen.

Een ondernemend of een uitvoerend ziekenhuis?

Het perspectief van waaruit de rijksoverheid naar de ziekenhuizen kijkt, is minder eenduidig. Enerzijds werd en wordt lippendienst bewezen aan de markt. Anderzijds wijzen de daden van de rijksoverheid erop dat zij de ziekenhuizen blijft zien als organisaties

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

met een maatschappelijke - door de rijksoverheid vastgestelde - taak. Als die taak beter - klantgerichter en doelmatiger - kan worden uitgevoerd, doordat de rijksoverheid de touwtjes laat vieren: prima. Maar de touwtjes blijven.

Het verschil van opvatting over het 'wat' heeft gevolgen voor het 'hoe':

Hoe je het ziekenhuis karakteriseert, maakt verschil voor de besturing

- Door wie en hoe wordt de ziekenhuiszorg aangestuurd?
Noodzakelijke veranderingsprocessen stagneren zolang onduidelijk blijft of de modernisering van de ziekenhuiszorg en de aansluiting op andere vormen van zorg in handen van het ziekenhuis wordt gelegd of dat er centrale regie komt bijvoorbeeld 'ter realisering van Biesheuvel'. De ziekenhuizen willen bijvoorbeeld ook buiten hun muren kunnen werken, maar de daarvoor noodzakelijke aanpassingen in de regelgeving voor ziekenhuizen (aanspraken, tarieven, accommodatiebeleid enz.) blijven uit. Hetzelfde geldt voor de decentralisatie van besluitvorming, die in de kabinetsnota's wordt aangekondigd. Het is nog steeds onduidelijk naar wie besluitvorming gedecentraliseerd wordt, in welke mate en onder welke condities.
- Hoeveel ruimte krijgt het ziekenhuis om te bepalen wat het doet en hoe?

De verschillen in opvatting hierover komen naar voren als de ziekenhuizen activiteiten ontwikkelen die buiten de door de rijksoverheid omschreven taak vallen (driesterren verpleging, de bedrijvenpoli) of als zij de zorgverlening anders organiseren dan de rijksoverheid heeft voorzien (zotel, privékliniek). Mag het ziekenhuis of de ziekenhuiszorg er anders uitzien dan de rijksoverheid wil? Zwart-wit gesteld: ja, in het perspectief van de ziekenhuizen; nee, in dat van de rijksoverheid.

1.3 Dit advies

De vragen die de minister aan de Raad stelt, hebben vooral betrekking op het 'hoe'. Het gaat de minister er vooral om hoe de rijksoverheid haar beleid - instrumenteel en inhoudelijk - moet afstemmen op de situatie dat het ziekenhuis meer vrijheid van handelen krijgt. Uit het voorgaande is duidelijk dat daarvoor eerst het 'wat' moet worden beantwoord. Wat verstaan we onder 'meer vrijheid van handelen'. Als die vraag is beantwoord, komen daarna de 'hoe' vragen van de minister aan de orde.

De kernvraag: wat voor ziekenhuis willen we?

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

2 Meer vrijheid van handelen voor het ziekenhuis

2.1 Waarom moet het ziekenhuis meer vrijheid van handelen krijgen?

Daarvoor zijn minstens drie redenen, die hier kort worden toegelicht.

1. De patiënt wordt er beter van

De ziekenhuizen laten zich meer dan in het verleden leiden door de behoeften van hun klanten. Er is sprake van een cultuuromslag, die verschillende oorzaken heeft en inmiddels een breed draagvlak heeft. Klantgericht werken houdt onder andere in dat het ziekenhuis meer rekening houdt met de uiteenlopende behoeften aan zorg van verschillende categorieën patiënten en daaraan de aard en omvang, de tijd en plaats, de intensiteit en volgorde van de zorgverlening aanpast. Een in dat opzicht belangrijke ontwikkeling is de toename van het aantal oudere en chronische patiënten met meervoudige aandoeningen. Omdat de medisch-specialistische zorg onder één dak is samengebracht, is het moderne ziekenhuis in staat - zelf of in samenwerking met andere instellingen - aan deze patiënten integrale zorg aan te bieden.

Ziekenhuizen worden patiëntgericht

Het 'productieproces' in het ziekenhuis wordt daardoor veelvormiger en dynamischer. Hoe de patiënt zo doeltreffend en doelmatig mogelijk van goederen en diensten wordt voorzien, wordt met de dag belangrijker. Dit heeft grote gevolgen voor de interne organisatie - die meer procesgericht wordt - en de externe samenwerking. Bedden worden minder, maar intensiever benut. Poliklinische en dagbehandelingen nemen sterk toe. Het ziekenhuis werkt meer samen met huisartsen (medische as), thuiszorg, wijkverpleging en verpleeghuiszorg (verpleegkundige as) en andere niet-medische disciplines. Er is een sterkere wisselwerking met andere maatschappelijke sectoren.

Het productieproces wordt veelvormiger en dynamischer

In het belang van de patiënt moet het ziekenhuis een eigen strategisch, organisatorisch en operationeel beleid kunnen voeren.

2. De collectieve middelen worden doelmatiger besteed

Ziekenhuiszorg wordt algemeen aangemerkt als noodzakelijk. Zij moet daarom voor iedereen toegankelijk zijn. De collectieve

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

arrangementen die daarvoor zijn getroffen, staan onder druk vanwege het beslag dat zij leggen op de collectieve middelen. De ziekenhuizen ondervinden een sterke pressie om doelmatig zorg te verlenen. Ziekenhuizen zijn daarom actief op zoek naar alternatieve vormen van patiëntenzorg, andere organisatievormen en betere controle- en beheersmogelijkheden, om met minder middelen ziekenhuiszorg van een vergelijkbare kwaliteit en omvang te kunnen verlenen.

Ziekenhuiszorg legt een groot beslag op collectieve middelen

Belangrijk is dan dat de ziekenhuizen een goed zicht hebben op de werkelijke zorgvragen en -behoeften van hun patiënten, op de werkelijke kosten van de patiëntenzorg en op de kwaliteit van hun producten. Zeker zo belangrijk is dat de ziekenhuizen naar die wetenschap kunnen handelen. Informatievoorziening en ondernemerschap worden dus voor ziekenhuizen steeds essentiëler.

Doelmatig handelen is belangrijk

3. De ziekenhuissector wordt beter bestuurd

Het is niet voldoende dat ziekenhuizen worden geprikkeld tot het doelmatig besteden van collectieve middelen. Ziekenhuizen moeten daarnaast ook de ruimte krijgen om bedrijfsmatig te handelen en regie over de hen toevertrouwde zorgprocessen te voeren.

Er is meer ruimte voor het management nodig

Het kabinet bouwt ten aanzien van de ziekenhuiszorg voort op de door vorige kabinetten gekozen lijn van deregulering. Waarom deregulering? Omdat centrale wet- en regelgeving een te algemeen, uniform en star middel is om een complex, veelvormig en dynamisch terrein als de ziekenhuiszorg aan te sturen. Het is onvoldoende effectief en doelmatig. Nodig zijn bestuurlijke arrangementen die in principe even veelvormig en dynamisch zijn als het te besturen terrein.

Waarom de overheid minder regels wil

Deregulering houdt in dat de rijksoverheid de op het aanbod gerichte wet- en regelgeving vereenvoudigt, vermindert of zelfs afbouwt om daardoor de veldorganisaties meer beleidsruimte te geven. Het vorige kabinet hanteerde daarbij het concept van 'vraagregulering'. Vraagregulering wil zeggen dat de rijksoverheid de verzekeraars in een zodanige positie brengt, dat zij een tegengewicht gaan vormen ten opzichte van de aanbieders en regietaken op zich gaan nemen. Het rapport van de commissie-Biesheuvel heeft een nieuw element gintroduceerd door het accent te leggen op het zelfsturend vermogen van de curatieve sector. Belangrijk is, dat het kabinet het rapport van de commissie heeft overgenomen.

Er moet een beroep worden gedaan op het zelfsturend vermogen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

De rijksoverheid verwacht dat de ziekenhuissector beter wordt bestuurd door de belanghebbende partijen onderling te laten onderhandelen.

2.2 Wat houdt meer vrijheid van handelen in?

Zoals gezegd zijn er twee modellen, die elk in verschillende varianten kunnen worden uitgewerkt: Ondernemen of uitvoeren?

- Het ziekenhuis als onderneming, werkend op een gereguleerde markt.
- Het ziekenhuis als uitvoeringsorganisatie, binnen kaders werkend aan een door de rijksoverheid vastgestelde taak.

De Raad is van mening dat het ziekenhuis als onderneming beter aan de verwachtingen van klantgerichtheid, doelmatigheid en goed bestuur zal voldoen dan het ziekenhuis als uitvoeringsorganisatie. De Raad kiest voor ondernemerschap
Daarom vindt de Raad dat het kabinet het beste voor het eerste model kan kiezen. De nadelen die aan deze keuze vastzitten, kunnen op een aanvaardbare manier worden opgevangen. Dit standpunt wordt hieronder toegelicht.

1. De patiënt is beter af

Een ziekenhuis dat als een onderneming functioneert, is meer op de behoeften van zijn klanten gericht dan een ziekenhuis dat een door de overheid vastgestelde taak uitvoert. Dat was in essentie de boodschap van de commissie-Dekker, die tien jaar geleden sprak van 'een zorgverlening die onvoldoende beantwoordt aan de veranderende en uiteenlopende behoeften van de bevolking'. Als de overheid voorschrijft wat een ziekenhuis wel en niet mag, is het risico levensgroot dat het ziekenhuis met de rug naar de patiënt gaat staan. Niet omdat het ziekenhuis dat graag wil, maar omdat de normen en voorschriften waaraan het ziekenhuis gehouden wordt hem geen andere houding toelaat. Voor de patiënt is dat beter

In een ziekenhuis dat als een onderneming functioneert, is echter niet elke patiënt automatisch beter af. Een onderneming reageert niet op de vraag van elke klant. De klant moet verzekerd zijn of anderszins kunnen betalen en verder moet de zorgvraag voor de onderneming aantrekkelijk zijn. Om iedereen toegang tot noodzakelijke zorg te kunnen geven, is daarom meer nodig dan ondernemerschap alleen. Ook sociale verantwoordelijkheid is nodig. Een ziekenhuis moet een maatschappelijke onderneming Alle patiënten tellen mee

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

zijn. Vanwege de ziektekostenverzekeringen en eventueel de toepassing van de Algemene Bijstandswet zal de portemonnee van de klant in het algemeen geen probleem op leveren. Maar er zijn uitzonderingen: zwervers, illegalen en onverzekerden. Ook die moeten in het ziekenhuis terecht kunnen. Het ziekenhuis zal verder verantwoording moeten nemen voor commercieel, organisatorisch of professioneel minder aantrekkelijke zorgvragen.

2. *De zorg wordt doelmatiger verleend*

Ook in dit opzicht heeft het ondernemend ziekenhuis een betere startpositie dan het uitvoerend ziekenhuis. Het ondernemend ziekenhuis loopt risico op een ondoelmatige bedrijfsvoering en heeft daarom meer belang bij een doelmatige organisatie van zijn dienstverlening. Het is ook beter in staat om strategisch gebruik te maken van de mogelijkheden die er plaatselijk en regionaal zijn.

Ondernemingsvrijheid leidt tot meer doelmatigheid

Daar staat tegenover dat een ondernemend ziekenhuis ook beter in staat is en waarschijnlijk ook meer geneigd is om extra aanbod en daarmee extra vraag te creëren. Met andere woorden: de totale kosten van de ziekenhuiszorg zullen eerder toenemen dan bij een uitvoerend ziekenhuis. De keuze voor het ondernemend ziekenhuis zal dus ten behoeve van de collectieve lastendruk gepaard moeten gaan met strakke financiële randvoorwaarden en een mechanisme ter voorkoming van onnodig aanbod.

Financiële randvoorwaarden zijn nodig om de collectieve lasten te beheersen

3. *De sector wordt beter bestuurd*

Het belangrijkste bestuurlijke argument voor een ondernemend ziekenhuis is, dat zo'n ziekenhuis beter dan een uitvoerend ziekenhuis in staat is beleids'rijke', strategische beslissingen te nemen. Dat is nodig als het gaat om een complexe, dynamische en veelvormige sector als de ziekenhuiszorg, waarin de ziekenhuizen te maken hebben met krachtige onderhandelingspartners zoals andere zorginstellingen, ziektekostenverzekeraars en - in toenemende mate - werkgevers.

Het ziekenhuis kan meer beleid voeren

De noodzaak van strategische beleidsvoering neemt toe omdat de rijksoverheid minder regie wil voeren en de gezamenlijke verzekeraars en de gezamenlijke ziekenhuizen om een aantal redenen niet goed in staat zijn de regierol van het rijk over te nemen:

- ze zijn daartoe niet gelegitimeerd;
- er zijn onderlinge belangentegenstellingen, die het moeilijk

En de overheid kan afstand nemen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

- maken één lijn te trekken;
- er is geen centrale organisatie met voldoende macht om de achterban te binden;
 - gemeenschappelijke afspraken kunnen makkelijk in strijd komen met het mededingingsrecht.

3 Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

De Raad vindt dat het ziekenhuis het best als een maatschappelijke onderneming kan functioneren. Hoe geeft het ziekenhuis daar invulling aan en hoe geeft de rijksoverheid daar ruimte voor? Die vragen komen in de volgende twee hoofdstukken aan de orde. We verhelderen daarin een aantal aspecten van maatschappelijk ondernemerschap. Het gaat hierbij niet om een statisch, maar om een dynamisch concept, dat zijn betekenis ontleent aan de balans die wordt bereikt tussen private en collectieve elementen. Het handhaven van die balans is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen en de rijksoverheid. Van ziekenhuizen vraagt het maatschappelijke verantwoordelijkheid, van de rijksoverheid dat zij de markt zo inricht dat het belang van ziekenhuizen spoort met het maatschappelijk belang. Eerst richten we onze aandacht op het ziekenhuis, wat gezien de keuze voor ondernemerschap een logische volgorde is.

Maatschappelijk ondernemerschap is een dynamisch concept

3.1 Sociale context

In de bijlagen 7 en 8 staan beschrijvingen van het moderne ziekenhuis en de belangrijkste ontwikkelingen die zich in de ziekenhuiszorg voordoen. Voor een goed begrip volstaat de Raad hier met een korte schets.

Het moderne ziekenhuis heeft twee kerntaken

Het ziekenhuis heeft twee kerntaken: (1) het bieden van medisch-specialistische zorg en (2) daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging. Het ziekenhuis werkt voor een goede uitoefening van zijn functie samen met andere instellingen en zorgverleners. Voor de uitvoering van zijn kerntaken maakt het ziekenhuis gebruik van faciliteiten voor onderzoek, behandeling en verpleging (medisch ondersteunende diensten). Verder beschikt het ziekenhuis over algemene facilitaire diensten zoals inkoop, hotel- en restauratieve voorzieningen (catering etc.), voorzieningen voor civiele activiteiten (wasserij, schoonmaak) en recreatieve voorzieningen.

Een ziekenhuis dat als een onderneming wil functioneren, doet er

Het ziekenhuis moet rekening

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

verstandig aan rekening te houden met de semi-collectieve context waarin het werkzaam is. Dat wil zeggen: doet er goed aan als een maatschappelijke onderneming te functioneren, een onderneming die buiten de grenzen van het eigenbelang treedt. Als dat niet gebeurt, voldoet het ziekenhuis niet aan zijn maatschappelijke opdracht en ontstaat het risico dat de overheid zijn vrijheid van handelen weer inperkt. Die sociale context wordt vooral in het leven geroepen door een aantal bijzondere kenmerken van de ziekenhuissector, maar ook door het feit dat de rijksoverheid zo'n negen miljoen Nederlanders bij wet aanspraak heeft gegeven op ziekenhuiszorg.

Die bijzondere kenmerken zijn:

1. De noodzakelijkheid van ziekenhuiszorg, in het bijzonder in leven en dood-situaties. Iedereen moet daar toegang tot hebben.
2. De afhankelijkheid van de patiënt in levensbedreigende situaties en in omstandigheden dat hij zich niet zelfstandig kan handhaven.
3. De behoefte aan een stand-by capaciteit en een infrastructuur, die niet afhankelijk is van de actuele vraag.
4. De lange opleidingstijd van artsen en de lange voorbereidingstijd voor ziekenhuisbouw. Omdat het aantal artsen en de capaciteit van ziekenhuizen niet snel kunnen worden aangepast, kunnen er grote onevenwichtigheden ontstaan.
5. Het gewone mechanisme van vraag en aanbod werkt niet goed. In de ziekenhuiszorg worden maar weinig standaardproducten afgeleverd. Keuzen worden niet alleen op basis van prijzen, maar ook op basis van de bijzondere kenmerken van de dienstverlening gemaakt. Er is een grote spreiding in therapieën en kosten, maar voor de patiënt en andere belanghebbenden is dat buitengewoon ondoorzichtig.

Er is geen gewone markt voor ziekenhuiszorg

Hieronder worden een aantal specifieke aandachtspunten voor het ziekenhuis kort besproken en waar nodig voorzien van aanbevelingen. De opmerkingen hebben betrekking op de kwaliteit van het management, de wijze waarop het ziekenhuis met het onderscheid in 1e-, 2e- en 3e-compartimentszorg omgaat en de openheid naar en verantwoording aan belanghebbenden, waaronder de rijksoverheid.

Drie aandachtspunten voor het ziekenhuis

3.2 Het ziekenhuismanagement

Hoe het ziekenhuismanagement ook is ingericht (al dan niet met

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

managementparticipatie van de medisch specialisten), het management staat aan het roer van het ondernemend ziekenhuis. Het is dus essentieel aandacht te schenken aan wat de manager kan en wie hij of zij is. Enerzijds gaat het om managementkwaliteiten, een aspect dat in het rapport 'Ondernemend besturen' van de commissie-Visser uitvoerig is besproken.

Anderzijds vraagt de maatschappij van het management dat het maatschappelijke ondernemers zijn, aan wie de behartiging van de maatschappelijke belangen die in het geding zijn, met een gerust hart in handen kan worden gegeven. Er is daarom behoefte aan ontwikkelingsactiviteiten én aan criteria waaraan maatschappelijk ondernemerschap in de ziekenhuissector kan worden getoetst. Deze criteria zouden bij de benoeming van ziekenhuisbestuurders en bij de beoordeling van hun functioneren moeten worden toegepast. De Raad stelt voor dat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) of de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) deze criteria ontwikkelt.

Voor maatschappelijk ondernemerschap zijn maatschappelijke ondernemers nodig

Een ziekenhuis zal pas als onderneming kunnen functioneren als er sprake is van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Daarvoor zullen het facilitair bedrijf en de medisch-specialistische bedrijfsvoering tot een eenheid moeten worden gesmeed. Er bestaan uiteenlopende visies op de betekenis hiervan voor de plaats van de medisch specialisten in de bedrijfsvoering van het nieuwe ziekenhuis. Er zijn twee polen waartussen de discussie hierover zich beweegt: (1) De medische staf is medeverantwoordelijk voor het bestuur van het ziekenhuis. (2) Het ziekenhuis wordt door gekwalificeerde bestuurders geleid en de medische staf is verantwoordelijk voor het medisch-professioneel handelen. Om verschillende redenen tendeert de Raad naar de tweede visie: het toenemend belang voor het ziekenhuis van strategische beleidsontwikkeling en de bijzondere eisen die het maatschappelijk ondernemerschap aan het management stelt. Dat neemt niet weg dat het functioneren van het ziekenhuis staat of valt met de inzet, betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de medisch specialisten. De managementinbreng van medisch specialisten lijkt in een bedrijf dat intern steeds meer rondom patiëntenzorg wordt georganiseerd, in ieder geval nodig om de zorgprocessen goed te laten verlopen.

Het ziekenhuis staat of valt met de inzet, betrokkenheid en verantwoordelijkheid van medisch specialisten

3.3 De drie compartimenten

Ziekenhuizen kunnen in elk van de drie verzekeringscompartimenten (1 onverzekerbare risico's, 2 reguliere zorg en 3 extra dienstverlening) activiteiten ontplooiën. Vanwege de inhoudelijke

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

en bestuurlijke verschillen tussen deze compartimenten moet het ziekenhuis zorgvuldig onderscheid maken tussen zijn activiteiten.

1e compartiment

De relaties van het ziekenhuis beperken zich niet tot het curatieve circuit, maar strekken zich ook uit tot de thuiszorg, de verpleeghuiszorg, de ouderenzorg en de openbare gezondheidszorg. Een aantal ontwikkelingen vraagt om een bundeling van kennis, informatie en documentatie in een centrum voor expertise en innovatie:

- Ziekenhuizen krijgen steeds meer met oudere patiënten te maken, die vaak meervoudige en chronische aandoeningen hebben. De zorgzwaarte neemt daardoor toe.
- Er bestaat behoefte aan een verdere onderbouwing van de patiëntenzorg vanuit de epidemiologie en aan structurering van de zorg door het werken met protocollen.
- Verder leidt de technologische ontwikkeling tot de introductie van nieuwe technieken en diagnostische mogelijkheden in de medische praktijk.

Hoewel het niet gebruikelijk is hierbij aan het ziekenhuis te denken, zou het ziekenhuis de taak van expertise- en innovatiecentrum zeker kunnen vervullen, niet alleen voor de curatieve zorg, maar ook ten behoeve van de ouderenzorg en de preventieve zorg.

Het ziekenhuis als centrum voor expertise en innovatie, voor curatieve zorg, ouderenzorg en preventieve zorg

2e compartiment

Aan een ondernemend ziekenhuis mag terecht de vraag worden gesteld: wat wordt de patiënt er beter van? En: worden alle patiënten er beter van? Wat de eerste vraag betreft kan worden gewezen op de toenemende klantgerichtheid van het ziekenhuis, de grotere verscheidenheid van het zorgaanbod en de grotere keuzevrijheid.

De meerwaarde van het algemene ziekenhuis: volledig pakket onder één dak

Dan de vraag of alle patiënten er beter van worden. Het is goed eraan te herinneren dat ziekenhuizen oorspronkelijk vooral een taak hadden in de armenzorg. Dat is lang geleden, maar het blijft essentieel dat ziekenhuizen het nodige en mogelijke blijven doen voor alle patiënten, ook armen, onverzekerden en mensen met een sterk verhoogd risico. In dat opzicht kan er nooit sprake zijn van een echte markt. De rijksoverheid kan dit gedrag overigens ondersteunen door te zorgen voor een adequate financiering (bijvoorbeeld uit de algemene middelen) en een adequate tariefstelling. Dat een volledig pakket van particuliere en sociale zorg onder één dak wordt aangeboden, is de meerwaarde van het algemene ziekenhuis boven privéklinieken en de uiteindelijke rechtvaardiging van zijn beschermde en centrale positie in de

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Nederlandse gezondheidszorg.

3e compartiment

Ziekenhuizen hebben zowel ziekenfonds- als particuliere patinten en kunnen zowel curatieve zorg (2e compartiment) als aanvullende 3e compartimentszorg bieden. De ervaring met de ziekenhuisbudgettering leert dat financiële beperkingen in het 2e compartiment de ziekenhuizen prikkelen tot het verwerven van extra inkomsten in het derde compartiment. Ziekenhuizen zoeken daar via creatieve constructies mogelijkheden om hun patinten tegen betaling extra diensten aan te bieden. Daar is behoefte aan en het zou een goede ontwikkeling zijn als ziekenhuizen daarin zouden kunnen voorzien zonder het zwaard van budgetkortingen boven hun hoofd.

Extra dienstverlening moet ook extra worden betaald

De discussie over bedrijvenpoli's en andere snelle-hulparrangementen laat zien dat het beginsel van gelijke behandeling bij de extra dienstverlening in het geding komt. Het is terecht dat dit beginsel hoog wordt gehouden, maar niet dat het als argument wordt gebruikt tegen het bieden van 3e compartimentszorg tegen extra betaling. Om de weerstand tegen dit aspect van ondernemerschap te verminderen, is het wenselijk dat er duidelijke spelregels komen. De Raad beveelt de ziekenhuizen aan vast te leggen wat zij als extra dienstverlening aanmerken en daar tegenover patiënten, verzekeraars en de overheid opening van zaken over te geven. Verder zouden ziekenhuizen moeten kunnen aantonen dat de extra dienstverlening niet ten koste gaat van de normale dienstverlening. Ziekenhuizen moeten voor de normale dienstverlening geen verschil maken tussen particuliere en ziekenfondspatiënten.

Er zijn spelregels nodig om ongelijke behandeling te voorkomen

Zodra de verzekeraars van de rijksoverheid een budget krijgen voor de uitvoering van de Ziekenfondswet zal de tendens om in het derde compartiment zorg te verlenen nog kunnen worden versterkt. Ook verzekeraars hebben dan immers belang bij uitbreiding van het derde compartiment. De mogelijkheid is niet denkbeeldig dat elementen van de ziekenhuiszorg naar het derde compartiment zullen verschuiven. Dat kan zich voordoen bij 'nieuwe' elementen, bijvoorbeeld op het vlak van transmurale dienstverlening, die niet binnen de klassieke intramurale verstrekking passen. Verder bij taken die niet tot de kernelementen van de ziekenhuiszorg behoren. Als een dergelijke ontwikkeling zich zou voordoen, kan dat nieuwe regelgeving van de rijksoverheid uitlokken, die de vrijheid van ziekenhuizen inperkt. Ook daarom is het raadzaam dat de ziekenhuizen vastleggen wat zij als extra dienstverlening aanmerken.

Het derde compartiment moet duidelijk worden afgebakend

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

3.4 Openheid en verantwoording

Een ziekenhuis kan alleen als een maatschappelijke onderneming functioneren als het bereid is zich controleerbaar op te stellen en verantwoording af te leggen over zijn doen en laten. Dat gebeurt op diverse wijzen en in diverse relaties. Intern via de Raad van Toezicht, extern in de relatie met patiënten, instellingen en beroepsbeoefenaren, verzekeraars en de overheid. Het is in dit verband een niet te verwaarlozen omstandigheid dat een ziekenhuis zich in de ruime belangstelling van de regionale en landelijke pers mag verheugen. Ziekenhuizen leven in een glazen huis als het gaat om spectaculaire successen en missers.

Ziekenhuizen moeten zich controleerbaar opstellen

Raad van Toezicht

Het is gewenst dat ziekenhuizen beschikken over een zelfde vorm van intern toezicht als gebruikelijk is in ondernemingen: een Raad van Toezicht die sterke overeenkomsten vertoont met de Raad van Commissarissen in een onderneming met een structuurregime. Een Raad van Toezicht kan een brug slaan tussen de samenleving en het ziekenhuis, wat belangrijk is vanwege de maatschappelijke functie die het ziekenhuis vervult. De positie van de Raad van Toezicht en zijn interne en externe relaties zou helder, duidelijk en openbaar moeten worden uitgewerkt.

De Raad van Toezicht heeft een brugfunctie

De Raad beveelt aan om voor de taken en bevoegdheden van het interne toezichtsorgaan (vervolgens aangeduid met Raad van Toezicht) aansluiting te zoeken bij het structuurregime. Het betreft hier de volgende taken en bevoegdheden:

Helderheid over taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht is nodig

- het houden van toezicht op het algemene beleid van het ziekenhuis en van de Raad van Bestuur;
- de advisering aan de Raad van Bestuur;
- het fiatteren van een aantal in de statuten genoemde beslissingen op voordracht van de Raad van Bestuur, bijvoorbeeld het vaststellen van de jaarrekening en de grote investeringsbeslissingen;
- het benoemen, ontslaan en schorsen van de leden van de Raad van Bestuur.

Aansluiting zoeken bij het structuurregime geldt ook voor de samenstelling en benoeming van de leden van de Raad van Toezicht. Het systeem van gecontroleerde cooptatie lijkt in beginsel bruikbaar. De Raad stelt voor dat de Vereniging van Nederlandse

Spelregels voor de samenstelling van de Raad van Bestuur zijn gewenst

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Ziekenhuizen of de Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg hiervoor spelregels ontwikkelt. Het is bijvoorbeeld gewenst dat:

1. Het ziekenhuis aangeeft welke deskundigheden en kennis in de Raad van Toezicht verenigd moet zijn, mede om te waarborgen dat de Raad van Toezicht zijn functie als 'brug tussen samenleving en ziekenhuis' naar behoren kan vervullen.
2. De Raad van Toezicht zich ervan vergewist dat zijn leden het vertrouwen genieten van de partijen die belang hebben bij het functioneren van het ziekenhuis, zoals de patiënten, de verzekeraars, de huisartsen, het rijk en de gemeenten.

Het is vervolgens aan elk ziekenhuis (tenzij de wetgever hiervoor al nadere eisen heeft geformuleerd) om aan te geven welke organen recht van (niet-bindende) voordracht c.q. recht van bezwaar bij de benoeming van een lid van de Raad van Toezicht hebben.

Vanwege het grote externe belang bij een goed functionerende Raad van Toezicht verdient het aanbeveling dat de branche zelf zorgt voor een hechte verankering en met de rijksoverheid afspraken maakt over de implementatie. Dat is in lijn met de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Raad beveelt de ziekenhuizen aan in hun jaarverslaggeving expliciet in te gaan op de vormgeving en het functioneren van het intern toezicht.

Zelfregulering verdient de voorkeur

Kwaliteitsgaranties

De individuele patiënt moet het ingeval van missers vooral hebben van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis, die door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst is ingevoerd (artikel 462 BW). Als een hulpverlener in het ziekenhuis een verrichting uitvoert, is het ziekenhuis voor een tekortkoming aansprakelijk alsof het partij was bij de behandelingsovereenkomst. Het is echter de vraag of in de toekomst met deze regeling kan worden volstaan. Wie is waarvoor verantwoordelijk als het proces van zorgverlening via een aantal instellingen verloopt? Hoe zit het bijvoorbeeld met de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor uitbestede diensten of voor door het ziekenhuis georganiseerde nazorg in een andere instelling? Verder kunnen er tekortkomingen in de zorgverlening zijn, denk aan te lange wachttijden, die voor de patiënt belangrijk zijn, maar waarvan het onduidelijk is of het ziekenhuis tekortgeschoten is of onrechtmatig heeft gehandeld.

Voldoet de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis?

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Het zou voor patinten en andere belanghebbenden belangrijk zijn als het ziekenhuis zich garant stelt voor de kwaliteit van de door of namens hem georganiseerde diensten. Patiënten missen kwaliteitsgaranties, bijvoorbeeld dat zij binnen een bepaalde periode toegang tot een specialist krijgen of behandeld worden. Het behoort tot het ondernemerschap van ziekenhuizen dat zij zich in dit opzicht spiegelen aan het bedrijfsleven, waar kwaliteitsgaranties normaal zijn. Kwaliteitsgaranties werken preventief en kunnen er toe bijdragen dat patinten niet achteraf een beroep hoeven te doen op de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. De Raad stelt voor dat ziekenhuizen dergelijke kwaliteitsgaranties neerleggen in Algemene Leveringsvoorwaarden en deze deponeren bij de Kamer van Koophandel.

De Raad pleit voor kwaliteitsgaranties

Financieel toezicht

Op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg wordt vanuit de rijksoverheid toezicht uitgeoefend door de Inspectie voor de volksgezondheid. Een pendant op financieel gebied is er niet. Dat is een gemis, dat zich naarmate ziekenhuizen meer ruimte krijgen om particuliere activiteiten te ondernemen, sterker zal doen voelen. Het is zowel in het belang van de ziekenhuizen als van andere partijen en de rijksoverheid als zij ervan op aan kunnen dat collectief en privaot op een correcte manier uit elkaar worden gehouden.

Het financieel toezicht op de ziekenhuizen is niet goed geregeld

Wie moet dat toezicht uitoefenen? De Raad heeft drie mogelijkheden bekeken: (1) de Algemene Rekenkamer, (2) het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en (3) een nieuw op te richten organisatie.

(1) De Algemene Rekenkamer heeft op grond van artikel 59 van de Comptabiliteitswet de bevoegdheid om ook buiten de rijksbegroting controle uit te oefenen. Deze bevoegdheid reikt onder de huidige wetgeving niet zo ver dat ook ziekenhuizen onder de controle van de Rekenkamer kunnen vallen. Het past ook niet in de algemene filosofie van de Rekenkamer om zelf in een permanente vorm toezicht te houden op instellingen buiten de rijksoverheid, wél om toezicht te houden op de toezichthouder.

(2) Toezicht houden is formeel geen taak van het COTG, maar materieel komt het daar dichtbij. Ziekenhuizen zijn in het kader van de WTG verplicht gegevens te verstrekken over hun (financiële) bedrijfsvoering en het COTG houdt zicht op de financiële administratie.

Er zijn verschillende mogelijkheden

(3) Als voor het financieel toezicht een nieuwe organisatie wordt opgericht, heeft dat naast het voordeel dat het toezicht onafhankelijk en gescheiden van andere taken kan worden

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

ingericht, ook nadelen. Nadelen zijn onder andere dat ziekenhuizen gegevens dubbel moeten verstrekken en verder dat het opzetten van een nieuwe organisatie extra kosten meebrengt voor de rijksoverheid en de ziekenhuizen.

De mogelijkheden afwegend, lijkt het de voorkeur te verdienen om de taken van het COTG uit te breiden met het toezicht op het financieel beleid van de ziekenhuizen. Het verdient overweging om de uitoefening van die taak dan gescheiden van de andere taken van het COTG te organiseren. Verder zou het COTG jaarlijks op basis van de informatie die het ontvangt, een rapportage met geaggreerde beleidsinformatie moeten opstellen. Geheimhouding van bedrijfsgegevens dient daarbij gewaarborgd te zijn.

Financieel toezicht door het COTG heeft de voorkeur

Informatie

Voor elke onderneming is informatie over vraag en aanbod op de eigen markt van levensbelang. Het bezit of gemis daarvan heeft strategische waarde, zodat het zaak is om over die informatie te beschikken zonder ze met anderen te hoeven delen. Als ziekenhuizen meer dan nu als een onderneming gaan functioneren, zal de beschikbaarheid van ziekenhuisinformatie ten behoeve van derden waarschijnlijk afnemen. De tekenen daarvan zijn zichtbaar. Terwijl de ziekenhuissector nu al ondoorzichtig is - zeker voor patiënten -, zal dat alleen maar sterker worden. Het is daarom belangrijk dat er waarborgen komen voor de beschikbaarheid van informatie die voor derden echt belangrijk is. De Raad is van mening dat een wettelijke informatieplicht daarbij onmisbaar is.

Informatie heeft strategische waarde

Vanwege de letterlijk vitale belangen van patiënten die op het spel kunnen staan, is het van belang dat alle patiënten de beschikking kunnen krijgen over vergelijkende consumenteninformatie. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan informatie over wachttijden. Deze wordt nu vaak alleen aan bepaalde groepen verzekerden en bij wijze van service verstrekt.

De Consumentenbond heeft op velerlei gebied ruime ervaring met het verstrekken van vergelijkende consumenteninformatie, recent ook op het terrein van ziektekostenverzekeringen. Daarom stelt de Raad voor dat de Consumentenbond vergelijkende consumenteninformatie over ziekenhuiszorg gaat verschaffen en vraagt de ziekenhuizen daaraan medewerking te geven. De Consumentenbond is hiertoe bereid en ontwikkelt reeds plannen in deze richting. Een probleem vormen de kosten die zijn gemoeid met het initiëren van een dergelijk project. De rijksoverheid kan hieraan een bijdrage leveren.

De Raad stelt voor dat de Consumentenbond vergelijkende consumenteninformatie over ziekenhuiszorg gaat verschaffen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Een belangrijke rol in de informatieverschaffing aan derden speelt het jaarverslag. Centraal daarin staat de invulling van de (maatschappelijke) doelstelling van het ziekenhuis en een verslag over de activiteiten die het ziekenhuis heeft ondernomen om die centrale doelstelling te realiseren. Het is gewenst dat deze inhoudelijke verslaglegging gepaard gaat met een financiële verslaggeving, waarin op een heldere wijze een relatie wordt gelegd tussen de inhoudelijke overwegingen en de financiële informatie.

In het jaarverslag moeten het inhoudelijk en het financieel gedeelte gekoppeld worden

4 De rol van de rijksoverheid

In het vorige hoofdstuk is de Raad ingegaan op de vraag hoe het ziekenhuis als een maatschappelijke onderneming kan functioneren. In dit hoofdstuk komt aan de orde hoe de rijksoverheid daar ruimte voor kan creëren. In dat verband heeft de minister twee vragen gesteld:

- Op welke functies, taken of aspecten van de ziekenhuiszorg - en daarmee van de ziekenhuisorganisaties - moet de rijksoverheid in de toekomst invloed uit kunnen oefenen, en op welke niet?
- Op welke wijze de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid het beste vorm kan geven. Welk (type) beleidsinvloed is het meest gepast?

4.1 De verantwoordelijkheid van de rijksoverheid

De rijksoverheid ontleent haar verantwoordelijkheid voor de ziekenhuiszorg aan de Grondwet. Deze verantwoordelijkheid heeft in de eerste plaats betrekking op de bescherming van de burgers tegen gevaar als gevolg van onveilige situaties, handelingen en hulpmiddelen of ondeskundige hulpverleners. Op grond daarvan besteedt de rijksoverheid onder andere aandacht aan de kwaliteit van de beroepsopleiding en -uitoefening, de kwaliteit van zorgverlening in instellingen, experimenten en ontwikkelingsgeneeskunde en openbare gezondheidszorg.

Bescherming

Verder is de rijksoverheid er verantwoordelijk voor dat alle inwoners van Nederland toegang hebben tot noodzakelijke en werkzame vormen van gezondheidszorg, maar zonder overbodige kosten en alleen voorzover die zorg niet voor eigen rekening en verantwoording kan blijven. Toegang hebben tot wil zeggen, dat er geen financiële belemmeringen zijn, dat er voldoende capaciteit is en dat er sprake is van een goede spreiding. Deze verantwoordelijkheid heeft de rijksoverheid ongeacht de wijze waarop de gezondheidszorg wordt bestuurd en bekostigd.

Gelijke toegang

Op grond van deze verantwoordelijkheden heeft de rijksoverheid een vijftal kerntaken:

De rijksoverheid heeft vijf kerntaken

- het beschermen van de burgers tegen gezondheidsrisico's;
- het bepalen van de wettelijke zorgaanspraken;
- het garanderen van de financierbaarheid van de zorgaanspraken;
- het creëren van voorwaarden voor het zorgaanbod;

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

- het realiseren van een doelmatige bekostiging.

Deze kerntaken hebben ook betrekking op de ziekenhuizen. Mede op basis van de afspraken in het regeerakkoord en het daarop gebaseerde beleid kunnen de volgende acht aandachtspunten voor het overheidsbeleid worden onderscheiden.

1. verzekeringen (aanspraken op ziekenhuiszorg)
2. capaciteit (planning en bouw van ziekenhuizen)
3. omvang collectieve lasten (macrobudget ziekenhuiszorg)
4. bekostiging van ziekenhuizen (tarieven en prijzen)
5. kwaliteit van ziekenhuiszorg
6. topklinische zorg (als bijzonder aandachtsgebied voor de rijksoverheid)
7. opleiding en onderzoek
8. taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg

Daaruit volgt een achttal aandachtspunten voor de rijksoverheid

4.2 Afstand nemen

In het kader van de ziektekostenverzekeringen heeft de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid verder geconcretiseerd door ziekenfondsverzekerden aanspraak te geven op ziekenhuiszorg, de uitvoering van de verzekering aan regels en voorschriften te binden en deze regelgeving te koppelen aan de voorschriften met betrekking tot de bouw, exploitatie en tarieven van ziekenhuizen. Dit zijn de draden waarmee de ziekenhuizen aan de rijksoverheid vastzitten.

De ziekenhuizen zitten vast aan de rijksoverheid

Het kabinetsbeleid bouwt ten aanzien van de ziekenhuiszorg voort op de door het vorige kabinet gekozen lijn van deregulering. Dat wil zeggen dat de rijksoverheid de op het aanbod gerichte wet- en regelgeving wil vereenvoudigen, verminderen of zelfs afbouwen om daardoor de veldorganisaties meer beleidsruimte te geven. Het vorige kabinet hanteerde daarbij het concept van 'vraagregulering'. Vraagregulering wil zeggen dat de rijksoverheid de verzekeraars in een zodanige positie brengt, dat zij als countervailing power ten opzichte van de aanbieders gaan fungeren en regietaken op zich gaan nemen.

Het vorige kabinet wilde regie aan de verzekeraars overlaten

De uitvoering van dat concept is in de regeerperiode van het vorige kabinet blijven steken op politiek ongenoegen, met op de achtergrond een samenstel van onopgeloste structurele en instrumentele vraagstukken. En wel de volgende:

Dat plan is blijven steken

1. Wat wordt de positie van de verzekeraars? Vrije ondernemer,

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

regisseur/beleidsinstantie of uitvoerder van een wettelijke verzekering? Een kwestie die verder gaat dan de vraag of verzekeraars risico moeten lopen op de uitvoering van de sociale ziektekostenverzekeringen.

2. Hoe kunnen de kosten beheersbaar blijven, terwijl de aanspraken van verzekerden ruimer worden omschreven en aan minder regels en waarborgen worden gebonden?
3. Wat zijn werkbare oplossingen voor (1) het overeenkomstenstelsel, (2) een systeem van productdefinities en kostprijzen, (3) een systeem van normuitkeringen, (4) een regeling voor de financiering van kapitaallasten, (5) een nadere invulling van de functionele omschrijving van de aanspraak, (6) idem van de indicatiestelling en (7) een regeling van de informatievoorziening.

Het rapport van de commissie-Biesheuvel heeft in het beleid een nieuw element geïntroduceerd door het accent te leggen op het zelfsturend vermogen van de curatieve sector. Belangrijk is, dat het kabinet het rapport van de commissie heeft overgenomen. Daarmee heeft het de verwachting gewekt dat er meer ruimte komt voor zelfsturing en heeft het impliciet wat afstand genomen van het idee van 'vraagregulering' door verzekeraars.

Dit kabinet wil meer zelfsturing

De Raad heeft in het vorige hoofdstuk bepleit om zelfsturing door het veld te funderen op maatschappelijk ondernemerschap. Deze keuze brengt met zich mee dat de overheidsinvloed - waar zij nodig is - zoveel mogelijk in overleg met betrokkenen wordt aangewend. Verder dat sturing vooraf wordt beperkt en het accent wordt verlegd naar toetsing achteraf met effectieve middelen tot bijsturing. Dat geldt ook voor situaties waarin de rijksoverheid een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) met de uitvoering van beleid heeft belast of een zelfstandige dienst daarvoor mandaat heeft gegeven. Dus:

De rijksoverheid moet dan meer toezicht houden

- van een bevel- naar een onderhandelingsmodel;
- van sturing vooraf naar toetsing achteraf.

Dat is de algemene lijn. Daarmee is niet gezegd dat er geen uitzonderingen zijn. Op een beperkt aantal terreinen moet de rijksoverheid vooraf en effectief kunnen sturen. Het gaat om de volgende onderwerpen: de aanspraken (kerntaak), het budget voor bekostiging van de aanspraken (omvang collectieve uitgaven), grootschalige mutaties in bestemming, capaciteit, toegankelijkheid en bouw (consequenties voor realisatie aanspraken en voor

De rijksoverheid moet alleen bij uitzondering vooraf sturen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

collectieve uitgaven) en bijzondere verrichtingen (bescherming tegen risico's, collectieve uitgaven).

Vervolgens is er een aantal terreinen waar de rijksoverheid terugtreedt en zich voornamelijk beperkt tot het vaststellen van spelregels voor onderhandelingen en afspraken tussen ziekenhuizen, verzekeraars, patinten en andere partijen. Het gaat om de volgende onderwerpen: capaciteitsplanning, kwaliteitsnormen en tarieven. De Kwaliteitswet zorginstellingen is op dit uitgangspunt gebaseerd. Zo ook het ontwerp van de herziene Wet ziekenhuisvoorzieningen, dat in 1995 voor advies aan de Raad is voorgelegd. De Wet tarieven gezondheidszorg moet nog worden aangepast.

Verder spelregels en randvoorwaarden vaststellen

Verder geldt voor alle aandachtsgebieden, dat de rijksoverheid toezicht houdt op de uitvoering of toezicht laat houden, met de mogelijkheid van bijsturing achteraf. Bijsturing wil, afhankelijk van het onderwerp, zeggen: beleid bijstellen dan wel randvoorwaarden of spelregels opstellen.

En achteraf bijsturen

Hierna wordt in een schema weergegeven wat het voorgaande betekent voor de eerder onderscheiden acht aandachtspunten.

Besturingsmodaliteiten			
Beleidsaspecten	vooraf, actief stu- rend	vooraf rand- voor- waarden	toetsend achteraf ingrijpen
1 Zorgaanspraken 1e en 2e compartiment	*		
Zorgaanspraken 3e compartiment			*
2 Grootschalige capaciteitsbeslissingen	*		
Overige capaciteitsbeslissingen		*	
3 Omvang lasten 1e en 2e compartiment	*		
Omvang lasten 3e compartiment			*
4 Bekostiging 1e en 2e compartiment		*	
Bekostiging 3e compartiment			*
5 Kwaliteit		*	
6 Top-klinische zorg en ontwikkelingsgeneeskunde	*		
7 Opleiding en onderzoek		*	
8 Openbare gezondheidszorg		*	

4.3 Uitwerking

Hieronder gaat de Raad per aandachtspunt na welke stappen op de korte- en middellangetermijn kunnen worden gezet om in het kader van de hierboven uiteengezette overheidsverantwoordelijkheid ruimte te creëren voor maatschappelijk ondernemerschap door ziekenhuizen. Het bestaande beleidsinstrumentarium moet daarvoor worden aangepast. Op basis van de ervaringen die hiermee worden opgedaan, zal duidelijk moeten worden welke stappen verder kunnen worden gezet.

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

1. Zorgaanspraken

De manier waarop de rijksoverheid in de Ziekenfondswet de aanspraak op ziekenhuiszorg omschrijft, heeft belangrijke consequenties voor de wijze waarop die zorg kan worden verleend. De aanspraak bepaalt immers of er een grondslag is voor betaling uit de kas van de verzekering. Gezien de kerntaken van het ziekenhuis verstaat de Raad onder ziekenhuiszorg medisch-specialistische behandeling, inclusief onderzoek, met inbegrip van de daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging.

Daaronder valt ook de ambulante medisch-specialistische hulp, de medisch-specialistische hulp aan huis, inclusief de daarbij noodzakelijk thuisverpleging en verzorging. De Raad stelt voor dat de aanspraak op ziekenhuiszorg deze inhoud krijgt. Dat wil dus zeggen: geïntegreerde medisch-specialistische zorg en daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging, verleend door of vanwege een ziekenhuis. Daardoor krijgen zowel de totstandkoming van een medisch-specialistisch bedrijf als het transmuraal werken van het ziekenhuis nieuwe impulsen.

Beide kerntaken van het ziekenhuis horen in de geïntegreerde aanspraak

Een dergelijke globale omschrijving van de aanspraak biedt het voordeel dat nieuwe en doelmatige vormen van zorgverlening niet worden geblokkeerd. Het nadeel kan zijn dat de verzekerde niet weet waar hij aan toe is en dat er geen duidelijke afbakening is met extra dienstverlening in het derde compartiment.

Om de kans op deze nadelen te verkleinen zonder de voordelen te verspelen, stelt de Raad voor dat verzekeraars meer duidelijkheid voor verzekerden creëren door de aanspraken nader uit te werken in een reglement. Daarin kunnen verschillende modaliteiten voor het verlenen van de verstrekking worden uitgewerkt. De maximaal aanvaardbare wacht- c.q. behandeltijd, de mogelijk al dan niet op tijden buiten kantoor tijd poliklinische hulp te krijgen zijn en de mogelijkheid om bepaalde medisch-specialistische hulp ook thuis te ontvangen, zijn hiervan voorbeelden. Omdat de uitwerking in het reglement geen inperking van de wettelijke aanspraak mag bevatten - dat kan voor de rechter worden getoetst - scheidt dit meer duidelijkheid zonder dat de verzekerden daarvan nadeel ondervinden.

Verzekeraars kunnen de aanspraak verduidelijken

Eerder in het advies heeft de Raad de ziekenhuizen gevraagd voor hun patiënten en andere relaties te omschrijven welke reguliere zorg zij leveren. Voorbeelden hiervan zijn de aan- of afwezigheid van bepaalde specialismen c.q. behandel of diagnostische mogelijkheden, de openingstijden, de klachtmogelijkheden, de mogelijkheden voor dagverpleging, de mogelijkheden voor ambulante specialistische hulp, de relaties die het ziekenhuis onderhoudt met andere aanbieders, etc. Daarnaast zou het zie-

Ziekenhuizen verduidelijken wat extra zorg is

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

kenhuis moeten aangeven welke extra vormen van zorg zij kan aanbieden (derde compartiment) en welke andere aanspraken dan ziekenhuiszorg zij kan leveren (thuiszorg, extramuraal geneesmiddelenvoorziening bijvoorbeeld).

Als desondanks onduidelijk blijft waarop verzekerden wel en niet aanspraak kunnen maken, is het zaak om de omschrijving van de verstrekking aan te scherpen.

2. Capaciteitsplanning

De Raad herhaalt hieronder de conclusies en aanbevelingen uit het advies 'Een nieuw accommodatiebeleid in de zorg' uit oktober 1995. Inmiddels heeft de regering een wetsvoorstel over het bouwbeleid aan de Raad van State voorgelegd.

De rijksoverheid garandeert door middel van het accommodatiebeleid dat er voldoende intramurale capaciteit beschikbaar is om aan de vraag van de bevolking tegemoet te komen. Daarbij wordt er ook naar gestreefd dat de individuele patiënt voldoende keuzemogelijkheden heeft. De grondslag voor de overheidsbemoeyenis met het accommodatiebeleid wordt gevormd door een visie op de zorgverlening en een visie op de plaats van de accommodatie met betrekking tot de zorgverlening: de periodiek bijgestelde sectorale zorgvisie van de rijksoverheid. Het domein van de overheidsbemoeyenis betreft de grootschalige investeringen in de intramurale zorgvoorzieningen die van wezenlijke betekenis zijn voor de beschikbare accommodatiecapaciteit (grootschalige uitbreidingsbouw, grootschalige vervangende nieuwbouw en grootschalige sanering/afbouw van accommodatiecapaciteit). De rijksoverheid stelt een sectoraal financieel kader vast voor het accommodatiebeleid (afgezien van grootschalige saneringen in principe voor nieuwbouw). Vervolgens stelt de rijksoverheid de bouwprioritering vast op basis van expliciete toetsingscriteria (zie voor een aanzet hiertoe bijlage IV van het advies: Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector).

De rijksoverheid zorgt voor een nieuw accommodatiebeleid

De overheidsbemoeyenis komt tot uiting in een 'indirecte' garantie voor de kapitaallasten van de zorgaccommodaties, voorzover deze geen betrekking hebben op de instandhouding (exclusief de grootschalige vervanging). Deze garantie wordt gerealiseerd door middel van de tarievenwetgeving. Daarin wordt gegarandeerd dat de aanvaardbare kapitaallasten door middel van een budgetterings- en tarievenstelsel bekostigd worden. Deze garantie kan technisch zo worden uitgewerkt dat afhankelijk van de productieafspraken toeslagen worden berekend bovenop de tarieven voor de variabele kosten voor de geleverde zorg. Indien de werkelijke productie afwijkt van de productieafspraken, wordt met de bere-

Geen bouwvergunning, maar garantie dat kapitaallasten worden vergoed

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

kening van de toeslagen voor het volgende jaar rekening gehouden met verschillen.

In aanvulling op zijn advies uit 1995 wijst de Raad erop dat de rijksoverheid zich kan beperken tot het garanderen van de kapitaallasten van de noodzakelijke onderdelen van de accommodatie. Het is redelijk dat onderdelen die kunnen worden uitbesteed (wasserij, keuken, etc.) en onderdelen die niet noodzakelijk zijn, voor eigen rekening en risico van de zorginstelling komen en slechts marginaal getoetst worden via het toezicht op de uitvoering van de door de rijksoverheid gegarandeerde bouw.

De garantie kan beperkt blijven tot de noodzakelijke onderdelen van de accommodatie

3. Jaaroverzicht Zorg en macrobudgettering

Het Jaaroverzicht Zorg (JOZ) vervult een aantal functies. Het JOZ brengt de feitelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de volksgezondheid in kaart en verklaart deze zo goed mogelijk, onder andere door een relatie te leggen met het in het verleden door de regering gevoerde beleid. In het JOZ geeft de regering haar oordeel over het verloop van de ontwikkelingen en over de effectiviteit en doelmatigheid van het door haar gevoerde beleid.

Verder bevat het JOZ een (financiële) raming van de toekomstige ontwikkeling van de gezondheidszorg, de onderbouwing daarvan, alsmede een inschatting van de gevolgen voor de volksgezondheid. De regering geeft een raming van zowel de toekomstige ontwikkelingen, als van de door haar verwachte effecten van het voorgenomen beleid. De realiteitswaarde daarvan is belangrijk voor de diverse partijen in de gezondheidszorg. Zij is essentieel als de regering haar beleid op deze ramingen baseert, vooral als het gaat om het vaststellen van financiële kaders. Het is daarom redelijk dat de regering melding maakt van eventuele afwijkende ramingen van de veldpartijen, ingaat op de oorzaak van die afwijkingen en er een oordeel over geeft. Deze informatie stelt het parlement tot een beter oordeel over het voorgenomen beleid in staat.

De kosten moeten reëel worden geraamd

De regering geeft in het JOZ aan waar het in haar opvatting met de totale gezondheidszorg naar toe moet. In het bijzonder geeft zij aan op welke wijze zij gebruik denkt te maken van de sturingsmiddelen waarover zij beschikt. In het JOZ geeft de regering een financieel plafond aan voor de kosten van de ziekenhuizen. Als de rijksoverheid ertoe over gaat de verzekeraars te budgetteren, verdient het aanbeveling dat aan de raming van de kosten van de ziekenhuizen geen taakstelling meer wordt verbonden. Het collectief gefinancierde deel van de ziekenhuiszorg wordt dan door het verzekeraarsbudget begrensd.

De taakstelling kan vervallen bij invoering van de verzekeraarsbudgettering

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

4. Bekostiging

Prijzen en tarieven zijn een belangrijk hulpmiddel om de schaarse financiële middelen zo goed mogelijk te verdelen. Prijzen en tarieven moeten daarvoor een weerspiegeling zijn van de kostprijs van de geleverde zorg. In de huidige bekostigingssystematiek dienen prijzen en tarieven er op de eerste plaats toe om ervoor te zorgen dat een norminkomen wordt bereikt of dat een overeengekomen budget wordt 'volgestort'. De relatie met de kosten voor de geleverde zorg is in veel gevallen zwak. Rijksoverheid en veld lijken het erover eens dat het verband tussen de kosten van de zorg en de tarieven c.q. de opbouw van het ziekenhuisbudget moet worden versterkt. Dat kan op verschillende manieren worden bereikt. Een daarvan is de ontwikkeling van een systeem van productprijzen, een andere is het versterken van de componenten van het ziekenhuisbudget die verband houden met de omvang van de productie, ten koste van de componenten die verband houden met de capaciteit en de beschikbaarheid. Dat laatste verdient overigens niet de voorkeur.

Tarieven en budgetopbouw moeten meer relatie hebben met de kosten

Voor de ontwikkeling van een systeem van productprijzen is het nodig dat per aanspraak een beperkt aantal producten worden geformuleerd (ook wel aangeduid met zorgmodules) die zowel naar zorginhoud als naar kosten voldoende homogeen zijn en waarvan de levering objectief kan worden vastgesteld. Dit vereist een gedegen onderzoek en overleg tussen verzekeraars, instellingen en beroepsbeoefenaren. Vervolgens worden dan tarieven voor die producten vastgesteld, die met de kostprijs overeenkomen.

Een mogelijkheid is de ontwikkeling van productprijzen

Een dergelijk systeem van tarieven bevordert een goede verdeling van middelen, maar leidt in principe tot een open eind-financiering. Hoe meer zorg wordt verleend, hoe hoger de kosten zijn. Dat is uit een oogpunt van kostenbeheersing een nadeel. Het kan daarom noodzakelijk zijn om de kosten vooraf te begrenzen, zonder dat de zorgleverantie vooraf begrensd wordt. Dit kan worden bereikt door budgettering. Voor ziekenhuizen wordt thans op grond van de WTG een budget vastgesteld. Als de ziekenfondsen voor de uitvoering van de Ziekenfondswet een budget gaan ontvangen, zouden verzekeraars en aanbieders vooraf een kostenplafond moeten overeenkomen. Dit kan worden bereikt door vooraf productie-afspraken te maken, die via budgetparameterwaarden tot een budget leiden. Het is op zichzelf het eenvoudigst wanneer de budgetparameters overeenkomen met de producten. Budgetparameterwaarden en tarieven komen dan overeen. Vervolgens spreken de partijen dan af hoe zij omgaan met afwijkingen tussen de werkelijke ontvangsten en de overeengekomen bud-

Ook de budgetsystematiek kan meer relatie met de kosten krijgen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

getten. Er kunnen argumenten zijn om de productie-afspraken (op basis van budgetparameters) op een hoger abstractieniveau te maken dan de onderscheiden producten, waarvoor tarieven in rekening worden gebracht.

5. Kwaliteit ziekenhuiszorg en regionale zorgketens

Het ziekenhuismanagement is er primair verantwoordelijk voor dat de kwaliteit van de geleverde zorg wordt bevorderd, gewaarborgd en inzichtelijk wordt gemaakt. Dan kan de kwaliteit ook een rol spelen in het contracteerbeleid tussen instellingen en verzekeraars, c.q. bij de keuze van patinten en verwijzers. De Kwaliteitswet zorginstellingen is op dit uitgangspunt gebaseerd en biedt daardoor een wettelijk kader voor kwaliteitsbevordering en -borging dat aansluit bij de gedachtengang van dit advies.

In de Kwaliteitswet blijft de rijksoverheid op afstand

De rijksoverheid heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg die in het kader van de Ziekenfondswet wordt verleend. Er kunnen kwaliteitsaspecten zijn, die voor de rijksoverheid belangrijk zijn maar waarvoor de ziekenhuizen en andere betrokken instellingen in het kader van de Kwaliteitswet geen of onvoldoende normen hebben ontwikkeld. Daarbij kan worden gedacht aan de relaties met zorginstellingen die aanpalende zorgaanpakken leveren (regionaal samenhangend integraal zorgaanbod) en verder aan de relaties die kleine ziekenhuizen met een beperkt functie-arsenaal moeten aangaan met grotere ziekenhuizen. Als de rijksoverheid dergelijke lacunes constateert, brengt de systematiek van de wet met zich mee dat zij de ziekenhuizen uitnodigt om voor de desbetreffende aspecten kwaliteitsnormen te ontwikkelen. Als dat niet het gewenste resultaat heeft, kan zij op grond van artikel 6 van de wet aanvullende regels stellen.

De overheid kan ziekenhuizen wel vragen om kwaliteitsnormen te ontwikkelen

6. Topklinische zorg en ontwikkelingsgeneeskunde

De Kroon heeft een wetsvoorstel Bijzondere medische verrichtingen aan de Tweede Kamer gezonden. Het bevat een modernisering van de regeling die nu is neergelegd in artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat de rijksoverheid om een combinatie van redenen de planning van topklinische zorg en de instroom van ontwikkelingsgeneeskunde tot haar verantwoording rekent: kwaliteit, doelmatigheid, gepast gebruik en de in het geding zijnde ethische en maatschappelijke aspecten. Dat lijken valide redenen.

De Raad heeft geen commentaar op de Wet bijzondere medische verrichtingen

De rijksoverheid stelt voor bijzondere medische verrichtingen te reguleren door middel van verboden, vergunningen, financiële ondersteuning en toezicht. Dat lijkt een adequaat instrumentarium,

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

waarmee slagvaardig zowel geremd als gestuurd kan worden. De Raad ziet ervan af in dit bestek op de verdere merites van het wetsontwerp in te gaan. Dat zou, indien daar behoefte aan zou bestaan, beter in een afzonderlijk advies kunnen.

7. Opleidingen

De Raad is van mening dat de rijksoverheid vanuit een algemeen volksgezondheidsbelang een finale verantwoordelijkheid heeft voor de capaciteit en financiering van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Deze verantwoordelijkheid brengt mee:

- de vaststelling van de verschillende categorieën medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
het beschikbaar stellen c.q. bij de vaststelling van de macrobudgetten rekening houden met de noodzakelijke opleidingskosten.

Er zijn een aantal knelpunten in de capaciteit van vervolgopleidingen. De opleidingscapaciteit in vooral de niet academische ziekenhuizen wordt bedreigd, er zijn onvoldoende opleidingsplaatsen voor verpleeghuisartsen en er is onvoldoende informatie over factoren die van belang zijn voor een goede behoefteeraming. Oorzaken van deze knelpunten zijn de verschillende financieringsstromen en het ontbreken van afstemming over de inhoud, de planning en de capaciteit van de opleidingen voor medisch specialisten, huisartsen, verpleeghuisartsen, sociaal geneeskundigen, orthodontisten en kaakchirurgen.

De Raad is er voorstander van dat er één capaciteitsorgaan en één opleidingsfonds komt ten behoeve van alle medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Het opleidingsfonds ontwikkelt per vervolgopleiding een vergoedingssysteem voor de opleider/het opleidingsinstituut, waarbij rekening wordt gehouden met de kosten die voor de opleiding wordt gemaakt, de arbeidsvergoeding van degene in opleiding en de productie die door degene in opleiding wordt geleverd tijdens zijn opleiding. Hierbij verdient het aanbeveling te streven naar een uniforme arbeidsvergoeding over de verschillende vervolgopleidingen.

8. Openbare gezondheidszorg

Het kan heel nuttig zijn dat bepaalde ziekenhuizen naast hun kerntaken ook een aantal publieke taken uitvoeren. Voorbeelden hiervan zijn onderzoek voor en opleiding tot infectieziektenbestrijding, rampenbestrijding, consultatie en het verwerven en registreren van epidemiologische gegevens. Afhankelijk van de verantwoordelijkheidsverdeling voor deze taken zullen het rijk, lokale overheden of verzekeraars bepalen welk ziekenhuis het ver-

De rijksoverheid heeft een finale verantwoordelijkheid voor de capaciteitsfinanciering van vervolgopleidingen

De capaciteitsplanning loopt niet goed

De Raad is voorstander van één capaciteitsorgaan en één opleidingsfonds

Het is gewenst dat ziekenhuizen ook publieke taken uitvoeren

zoek krijgt bepaalde taken op zich te nemen. Als het rijk aan ziekenhuizen zou vragen dergelijke taken op zich te nemen, verdient het aanbeveling deze taken zoveel mogelijk te expliciteren en de verantwoordelijkheid ervoor vast te leggen. De kosten en opbrengsten voor dergelijke activiteiten moeten gescheiden worden gehouden van die voor de individuele patiëntenzorg (extrabudgettair gehouden worden). Dit advies is niet de goede plaats om de aansturing van taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg als zodanig aan de orde te stellen. Dat zou, indien daar behoefte aan zou bestaan, beter in een afzonderlijk advies kunnen.

5 Specifieke kwesties

De minister heeft de Raad naar zijn oordeel gevraagd over een aantal specifieke kwesties: uitbesteding van taken door het ziekenhuis, de taakverdeling tussen ziekenhuizen, categoralisering in de ziekenhuiszorg en zorgverlening door het ziekenhuis in de eerste lijn. Bij deze kwesties blijken de consequenties van het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenhuizen voor het beleid van de rijksoverheid.

5.1 Uitbesteding van taken

Uitbesteding wil zeggen dat een ziekenhuis activiteiten en faciliteiten onderscheidt, waarvan de uitvoering aan anderen buiten de directe verantwoordelijkheid van het ziekenhuis wordt opgedragen. Kern is de zinsnede 'buiten de directe verantwoordelijkheid'. Daarom heeft de vraag welke taken van het ziekenhuis kunnen worden uitbesteed, alleen echte relevantie als we uitgaan van een ziekenhuis als geïntegreerd bedrijf met eenheid van leiding en rechtspersoon.

Uitbesteding vooronderstelt een geïntegreerd medisch bedrijf

Voor uitbesteding kunnen verschillende motieven bestaan, waaronder financieel: uitbesteding is goedkoper of men wil het kapitaal zoveel mogelijk in kerntaken investeren. In de praktijk zijn het vooral algemeen facilitaire diensten die door ziekenhuizen worden uitbesteed, waarbij het gaat om disciplines als logistiek en inkoop, services en voeding en techniek en bouw. Ook medisch ondersteunende diensten, zoals de centrale sterilisatie afdeling en het klinisch-chemisch laboratorium, worden door sommige ziekenhuizen uitbesteed.

Bijna alle taken kunnen worden uitbesteed

De Raad is van mening dat de kerntaken van een ziekenhuis niet kunnen worden uitbesteed. Deze kerntaken zijn: (1) medisch-specialistische zorg en (2) daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging. Deze kerntaken zijn van een dusdanig belang dat het ziekenhuis hiervoor zelf de directe verantwoordelijkheid dient te dragen. Andere taken van het ziekenhuis en ondersteunende faciliteiten kunnen wel worden uitbesteed. Gedacht kan worden aan het bieden van huisvesting, het bieden van mogelijkheden voor opleiding en onderzoek en het bieden van recreatie aan patiënten. Van belang daarbij is dat ook bij uitbesteding de kwaliteit gewaarborgd is en de kosten beheersbaar zijn.

Behalve kerntaken

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Er is een derde categorie taken die ziekenhuizen juist naar zich toe zouden kunnen halen, zoals het bijdragen aan rampenbestrijding, preventie (infectieziektebestrijding en algemene gezondheidsbescherming) en aan een hoogwaardig regionaal zorgcircuit (onder meer via indicatiestelling, verwijzing, consultatie, achterwacht en vangnet, het verwerven en registreren van epidemiologische gegevens).

Het ziekenhuis kan ook bijzondere taken aannemen

Moet de rijksoverheid invloed uitoefenen op de uitbesteding van taken en faciliteiten? Nee, voorzover het geen kerntaken betreft. Er zijn andere mechanismen die hierop toezien. De Raad noemt er twee:

Het ziekenhuis beslist over uitbesteding

- De centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Op grond van art. 7:462 BW heeft het ziekenhuis een centrale aansprakelijkheid voor tekortkomingen die de patiënt worden aangedaan. Uitbesteding van taken doet hieraan geen afbreuk. Het ziekenhuis kan proberen een eventuele claim te verhalen op de toeleverancier, maar het ziekenhuis is in eerste instantie zelf verantwoordelijk. Dit betekent dat er met de toeleverancier sluitende afspraken moeten worden gemaakt over het product en de prijs.
- Het overleg ziekenhuis - verzekeraar. In het overleg tussen ziekenhuis en verzekeraar kunnen ook de aard, de kwaliteit en de kosten van uitbestede taken een aandachtspunt vormen. Met de beoogde invoering van productomschrijvingen en daarop gebaseerde kostenprijzen neemt het belang hiervan toe. Kosten van voeding en wasserij vormen een onderdeel van de productprijs. Een verzekeraar kan in dat overleg het ziekenhuis ook aanspreken op kosten van activiteiten die geen onderdeel van de reguliere zorg vormen en voor rekening van de patiënt komen (bijvoorbeeld huur van een televisie).

Het bovenstaande standpunt houdt in dat een aantal bestaande beleidsregels en voorschriften herzien kunnen worden. Te denken valt daarbij aan de planning van bouwkundige voorzieningen (keuken, wasserij) en de budgettering (voeding, schoonmaak).

De rijksoverheid kan met minder regels toe

5.2 Taakverdeling en samenwerking tussen ziekenhuizen

De regering heeft in haar reactie op het rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg gewezen op het groeiend belang van samenwerking tussen ziekenhuizen, mede vanwege de com-

Samenwerking is alleen op onderdelen nodig

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

plexiteit van het ziekenhuisbedrijf. De Raad is het met de regering eens dat samenwerking op sommige onderdelen belangrijk en noodzakelijk is, zowel voor de patientenzorg als voor de volksgezondheid. Samenwerking is echter niet over de hele linie nodig. Samenwerking en concurrentie sluiten elkaar niet uit. Het is mogelijk om op bepaalde onderdelen van de ziekenhuiszorg samen te werken en op andere te concurreren. Dat gebeurt in andere sectoren van de economie ook.

De MDW-werkgroep ziekenhuiszorg heeft in het kader van haar opdracht om marktwerking te vergroten en in dat verband na te gaan welke vormen van samenwerking uit een oogpunt van algemeen belang strikt noodzakelijk zijn, een globale en indicatieve lijst opgesteld van samenwerkingsaspecten. De werkgroep onderscheidt samenwerking in de precompetitieve sfeer, samenwerking ten aanzien van kwaliteit, inkoop en specialisatie en samenwerking in het kader van netwerkvorming. De nieuwe mededingingswet vormt geen beletsel voor dergelijke vormen van samenwerking. Behalve op de door de MDW-werkgroep genoemde aandachtsgebieden vindt de Raad samenwerking uit het oogpunt van de volksgezondheid óók wenselijk ten aanzien van de informatievoorziening en de bekostigingssystematiek. Ook voor het uitvoeren van taken ten behoeve van de openbare gezondheidszorg kan samenwerking tussen ziekenhuizen noodzakelijk zijn. De projectgroep die is belast met de uitwerking van het MDW-rapport, zou dan ook nader moeten inventariseren voor welke aspecten samenwerking in de ziekenhuiszorg noodzakelijk of wenselijk is. Criteria zijn daarbij toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid.

Onderwerpen voor samenwerking zijn in ieder geval:

- standaardisatie en protocollering;
- gezamenlijke inkoop, benutting medische technologie en gebouwenbeheer;
- registratie, informatie-uitwisseling en automatisering;
- het oplossen van capaciteitsproblemen (wachtlijsten);
- topreferentiezorg en specialisaties.

De Raad is van mening dat de vormgeving van de taakverdeling het beste aan de betrokken ziekenhuizen kan worden overgelaten, waarbij de sectorale zorgvisie van de rijksoverheid en eventuele regionale zorgvisies als kader kunnen dienen. In de sectorale zorgvisie kan de rijksoverheid aangeven ten aanzien van welke onderwerpen zij samenwerking noodzakelijk acht. De rijksoverheid kan verder invloed uitoefenen door gewenste vormen van samenwerking te faciliteren, bijvoorbeeld door middel van

Een aantal onderwerpen voor samenwerking

De taakverdeling kan aan de ziekenhuizen worden overgelaten binnen het kader van sectorale en regionale zorgvisies

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

(tijdelijke) financiële ondersteuning. Als bepaalde vormen van samenwerking echt noodzakelijk zijn, kan de rijksoverheid deze met toepassing van de Kwaliteitswet zorginstellingen bevorderen.

5.3 Categoricalisering in de ziekenhuiszorg

Categoricalisering wil zeggen, de zorgverlening wordt georganiseerd rondom een groep patiënten met een zelfde of verwante aandoening. De zorg in algemene ziekenhuizen wordt meestal categoriaal georganiseerd. De algemene ziekenhuizen hebben (verpleeg)afdelingen die zich richten op doelgroepen van patiënten en de daaraan gekoppelde specialismen, zoals de afdeling neurologie, afdeling vaatchirurgie en de afdeling gynaecologie. Enkele algemene en academische ziekenhuizen doen zelfs een stap verder. Zij beschikken over eenheden waarbinnen een aantal specialistische disciplines samenwerken rondom één herkenbare patiëntengroep (b.v. een vaatcentrum).

Daarnaast wordt categorale ziekenhuiszorg aangeboden door categorale ziekenhuizen. Er kunnen twee groepen worden onderscheiden. (1) De categorale ziekenhuizen die dezelfde zorg als de algemene ziekenhuizen aanbieden, maar wel op een beperkt terrein. Voorbeelden zijn neurologische klinieken, kinderziekenhuizen en kankercentra. (2) De categorale ziekenhuizen die zorg aanbieden die niet behoort tot het zorgaanbod van de algemene ziekenhuizen. Deze categorale ziekenhuizen kunnen als vervolginstellingen van de algemene ziekenhuizen worden beschouwd. De mogelijkheden voor zorgverlening aan patiënten met psychische en/of sociale problemen, samenhangend met een chronische somatische aandoening, zijn in de algemene ziekenhuizen zeer beperkt. Deze categorale zorg is niet alleen gericht op het behandelen van een lichamelijke stoornis, maar ook op het leren omgaan met een beperking of handicap. De vaak langdurige behandeling in deze ziekenhuizen wordt gekenmerkt door samenhangende en op elkaar afgestemde activiteiten, in het kader van (para)medische, psychische en sociale begeleiding. Voorbeelden zijn de astmacentra, centra voor epileptici en revalidatiecentra. In het Besluit Aanwijzing Inrichting Wet Ziekenhuisvoorzieningen zijn deze voorzieningen niet onder de categorale ziekenhuizen gerangschikt, maar als aparte categorie opgenomen.

Er zijn twee groepen categorale ziekenhuizen

Zoals aan elke organisatievorm, zijn er ook aan de categorale organisatie van ziekenhuiszorg voor- en nadelen verbonden. Voordelen van categoricalisering in de ziekenhuiszorg zijn: de mogelijkheden tot specialisatie, de mogelijkheden om de zorgverle-

Categorale zorgverlening heeft voor- en nadelen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

ning doelmatiger te organiseren en een meer patiëntgerichte benadering toe te passen. Er kleven echter ook nadelen aan categorale ziekenhuiszorg: deskundigheid is slechts op een klein vakgebied aanwezig, versnippering van het zorgaanbod en verkokering van de zorgverlening. Het categoriaal organiseren van ziekenhuiszorg is een positief te waarderen ontwikkeling, mits de nadelen voldoende worden erkend en ondervangen.

Het categoriaal organiseren van ziekenhuiszorg in het kader van een algemeen ziekenhuis biedt de beste mogelijkheden kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen en versnippering en verkokering te voorkomen. De Raad is van mening dat de rijksoverheid buiten de organisatie van categorale zorg in het kader van een algemeen ziekenhuis kan blijven. De interne organisatie is een zaak van het ziekenhuis zelf. Ook de wetgeving - de Kwaliteitswet, de (herziene) WZV, de komende wet op bijzondere medische verrichtingen - gaat daarvan uit.

Categorale zorg in algemene ziekenhuizen verdient de voorkeur

In categorale ziekenhuizen is, net als in kleine ziekenhuizen, de (medisch-specialistische) deskundigheid in de breedte beperkt, evenals de omvang van de ziekenhuisorganisatie. De kwaliteit en continuïteit zijn daardoor minder goed gewaarborgd. De beperkte deskundigheid en beperkte omvang van de categorale ziekenhuizen hoeven geen absolute belemmeringen te zijn voor een adequaat functioneren. Het maakt bijvoorbeeld verschil of een categoriaal ziekenhuis deel uitmaakt van een zorgnetwerk, beschikt over een goede kwaliteitsborging e.d. Het overheidsbeleid is er tot nu toe dan ook op gericht geweest de categorale ziekenhuizen te laten integreren in de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de astmacentra, revalidatiecentra en centra voor epileptici (zie Richtlijnen ex. art.3 WZV). Die uitzondering is gemaakt vanwege het extra zorgaanbod van deze centra.

Categorale ziekenhuizen moeten niet over één kam worden geschoren

Voorzover categorale ziekenhuizen binnen het raam van algemene wetgeving mogelijk zijn, moeten ze ook gedoogd worden. Het ligt echter niet voor de hand dat de rijksoverheid medewerking verleent aan de totstandkoming van categorale ziekenhuizen die dezelfde zorg verlenen als algemene ziekenhuizen (groep 1). Dit ligt anders voor de categorale ziekenhuizen van groep 2, de centra met een extra zorgaanbod. Uit een oogpunt van spreiding en behoefte zal medewerking door de overheid aan de totstandkoming van een dergelijk ziekenhuis gewenst kunnen zijn.

De rijksoverheid moet zijn houding ten opzichte van categorale ziekenhuizen laten afhangen van hun eventuele meerwaarde

Vanwege de risico's voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening vindt de Raad het gewenst dat de Inspectie voor volksgezondheid nadere criteria formuleert, waaraan het functi-

De Inspectie zou criteria moeten vaststellen waaraan het functioneren van categorale ziekenhuizen kan worden getoetst

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

oneren van categorale ziekenhuizen kan worden getoetst. Deze criteria zouden van toepassing dienen te zijn op alle categorale ziekenhuizen, ook op de astmacentra, de revalidatiecentra en de centra voor epileptici. Ook deze laatste groep van categorale ziekenhuizen loopt risico's met betrekking tot kwaliteit en continuïteit van, vooral, de medisch-specialistische zorg. Op grond van artikel 6 Kwaliteitswet zouden een aantal voorwaarden kunnen worden geformuleerd, die de garanties voor kwaliteit en continuïteit vergroten. Eén van de belangrijkste voorwaarden zou dienen te zijn, dat een categoriaal ziekenhuis een verplichte samenwerking aangaat met één of meerdere andere ziekenhuizen. Daarnaast zou een categoriaal ziekenhuis op een duidelijke wijze haar missie dienen te verwoorden en uit te werken in een beleidsplan.

5.4 Het ziekenhuis in de eerste lijn

Ziekenhuiszorg is niet altijd gebonden aan het ziekenhuis als gebouw en kan voor een deel dus ook buiten de muren van het ziekenhuis worden verleend. In de praktijk zijn dan ook verschillende vormen van transmurale zorg ontstaan. Zie voor een overzicht bijlage 7. Het doel ervan is: meer continuïteit, meer kwaliteit van zorg en meer kwaliteit van leven.

Transmurale zorg is volop in ontwikkeling

Belang

Vanuit het perspectief van de patiënt zijn continuïteit van zorg, flexibilisering van het zorgaanbod en samenhang in het zorgproces van essentieel belang. Transmurale zorg levert hieraan een wezenlijke bijdrage. Dit geldt in de eerste plaats voor patiënten die gedurende langere tijd, al dan niet met tussenpozen, ziekenhuiszorg nodig hebben. Het gaat vaak om patiënten met een chronische ziekte, die in een vrij stabiele fase verkeren, waarbij zich acute verergeringen en complicaties kunnen voordoen. Voorbeelden: diabetes mellitus, CARA, reuma, cystic fibrosis. In de tweede plaats is transmurale zorg van belang voor bepaalde patiënten met een kortdurende zorgbehoefte, zoals terminale patiënten en patiënten die een operatie hebben ondergaan.

Transmurale zorg biedt onder andere chronische patiënten meer continuïteit

De Raad vindt een verdere ontwikkeling van transmurale zorg noodzakelijk. De redenen hiervoor zijn:

- flexibilisering van het zorgaanbod is per se nodig om zorg-opmaat te kunnen bieden;
- de toename van het aantal complexe en langdurige aandoe-

Transmurale zorg moet verder worden ontwikkeld, ook al zijn er naast voor- ook nadelen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

- ningen, inclusief daarmee gepaard gaande beperkingen (dat wil zeggen de maatschappelijke component van de ziekte);
- de technologische ontwikkelingen maken het mogelijk dat zorg meer en meer in transmuraal verband verleend en georganiseerd kan worden;
 - de thuiszorg kan het steeds zwaarder wordend aanbod van patiënten niet aan, onder meer doordat organisatiegraad en schaal niet adequaat zijn.

De Raad wijst er echter ook op dat de ontwikkeling van transmurale zorg te ver kan doorschieten. Mogelijke risico's en gevaren zijn:

- economische redenen gaan te zwaar wegen bij de beslissing om een patiënt uit het ziekenhuis te ontslaan;
- de keuzevrijheid van patiënt en de mededinging komen in gevaar, indien transmurale zorg en de ontwikkeling van zorgketens leidt tot één groot zorgconcern in een regio, die alle zorg levert;
- transmurale zorg kan leiden tot kapitaalvernietiging (leegstand accommodatie).

Mogelijkheden

De Raad ziet voor de toekomst een aantal mogelijkheden om de transmurale zorg verder gestalte te geven.

1. Ontwikkeling van zorgketens

De Raad pleit voor zorgketens met een geografische basis, waarbij ziekenhuis/specialist én huisarts én thuiszorg gezamenlijk ziekte- en patiëntgericht gaan werken. Patiënten met een chronische ziekte en andere langdurig zorgafhankelijke patiënten krijgen een vaste behandelaar/verzorger.

De Raad pleit voor zorgketens met een geografische basis

Binnen deze zorgketens maken de deelnemers specifieke afspraken over opnemingen, ontslagen en de achterwacht-functie. Het verdient aanbeveling de onderdelen van deze zorgketen niet te versnipperen, want bij elke overdracht van patiënten ontstaan risico's.

In de zorgketen vervult het ziekenhuis specifieke taken:

- opnemingen;
- achterwacht/intensive care (7 x 24 uur);
- laboratorium en apotheek;
- ziekenhuispsychiatrie;
- medisch consult en behandeling;
- verpleging en verzorging;
- informatievoorziening;
- overhead t.b.v. de regionale zorgketen.

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

2. *Transmurale indicatiestelling en ontwikkeling van protocollen*

De betrokken zorgaanbieders in de zorgketen - ziekenhuis/specialist, huisarts en thuiszorg - ontwikkelen gezamenlijk indicatiecriteria en protocollen voor specifieke patiëntengroepen. Voorbeelden: reuma, kanker, CARA, diabetes. De strategie zal daarbij gericht zijn op het voorkomen van ziekenhuisopname. Dit betekent dat het indicatiegebied voor ziekenhuisopname ingeperkt wordt.

Indicatiestelling en protocollen richten op het beperken van ziekenhuisopnamen

3. *Gecombineerde praktijk: generalistisch en specialistisch*

De samenwerking tussen huisartsen en specialisten staat centraal in de vorming van zorgketens. Een van de vormen waarin die samenwerking gestalte kan krijgen, is de uitbreiding van buitenpoli's met huisartsen. Er ontstaan dan gecombineerde praktijken van huisartsen en medisch specialisten, die een gedeconcentreerde dienst vormen van het ziekenhuis. In zo'n praktijk kunnen huisartsgeneeskunde en beschouwende specialismen (interne geneeskunde) gecombineerd kunnen worden aangeboden. Een andere mogelijkheid is, dat huisartsen en specialisten gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor gecombineerde praktijk, maar samenwerkingsafspraken hebben met een of meer ziekenhuizen, bijvoorbeeld over spoedeisende hulp. Vooral chronisch zieken (diabetes-, cara- en hart- en vaatpatinten) kunnen voordeel van zo'n praktijk hebben.

Gecombineerde praktijken van huisartsen en specialisten hebben vooral voor chronisch zieken voordeel

4. *Geïntegreerde verplegingsdienst*

Ook de thuiszorg en de intramurale verpleging en verzorging zouden gecombineerd kunnen worden in één organisatie. Er ontstaat dan een geïntegreerde verplegingsdienst die een aanspraak levert die alle vormen van verpleging en verzorging biedt. Deze dienst legt de nadruk op de thuiszorg en wordt logistiek en facilitair aangestuurd vanuit de ziekenhuisorganisatie, want deze heeft voor deze aspecten de meeste ervaring en expertise in huis.

Verpleging en verzorging kan in één organisatie worden geconcentreerd

Rol van de rijksoverheid

De rijksoverheid zou niet moeten voorschrijven hoe de transmurale zorg verder wordt ontwikkeld. Dat is een verantwoordelijkheid van de partijen in het veld: de ziekenhuizen, de specialisten, de huisartsen, de thuiszorgorganisaties. De rijksoverheid kan deze gewenste ontwikkeling wel faciliteren en stimuleren. Vooral de volgende drie typen factoren lijken van invloed op het tempo waarin transmuralisatie kan worden gerealiseerd.

De ontwikkeling van transmurale zorg is de verantwoordelijkheid van de veldpartijen

1. *Het gezondheidszorgsysteem.*

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

De overheid kan schotten slechten

De organisatie van de zorg en de daarop afgestemde aanbodregulering door of vanwege de overheid is nog steeds verbrokken. De commissie-Biesheuvel heeft dat voor de curatieve zorg geanalyseerd. Voor de aansluiting met de care-sector (thuiszorg en verpleeghuiszorg) geldt hetzelfde. Het belangrijkste wat de rijksoverheid hieraan kan doen is in hoofdstuk 3 en 4 uiteengezet: de ruimte geven voor maatschappelijk ondernemerschap en het aanbod op een afstandelijker manier reguleren. Belangrijke bijdragen daaraan kunnen de geïntegreerde aanspraak op ziekenhuiszorg leveren, de voorgenomen Bouwwet en de voorgenomen budgettering van ziekenfondsen in combinatie met een vrijere tariefstructuur (zie hoofdstuk 4).

2. De wijze van betaling van de zorg

De bestaande tarieven en budgetten hebben weinig relatie met de echte kosten en stimuleren dus niet tot het vergelijken van de kosten en het selecteren van doelmatige alternatieven. Bovendien geldt het argument van de verbrokkeling - met bijbehorende financiële schotten - in optima forma voor de huidige budgetteringssystematiek. De budgettering van verzekeraars kan de weg openen voor integrale wijzen van bekostiging, waarbij de financiën dus geen last meer hebben van schotten. Het is dan ook makkelijker om prospectieve bekostigingsschema's, zoals lumpsum financiering uit te proberen. Het gaat erom ruimte te maken voor financiële prikkels die de ziekenhuizen aanzetten tot een doelmatige organisatie van de zorgverlening.

De overheid kan integrale bekostiging bevorderen

3. De regie van de zorg

Op transmuralisatie zijn in het bijzonder van invloed het management van de ziekenhuizen en de mate van dwingendheid van "managed care", zoals opgelegd door de overheid, verzekeraars en dadelijk wellicht ook door of vanwege de werkgevers. In Nederland hebben de verzekeraars nog geen echt invloedrijke rol kunnen spelen, en hebben daardoor ook niet echt belang bij transmuralisering. Dat zal waarschijnlijk veranderen als de verzekeraars meer risico gaan dragen voor de curatieve zorg. In combinatie met het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenhuizen zullen dan ziekenhuizen en verzekeraars worden geprikkeld om productieafspraken te maken met betrekking tot het hele medisch-specialistisch bedrijf, inclusief de extramurale varianten daarvan.

De overheid kan maatschappelijk ondernemerschap bevorderen

6 Conclusies en aanbevelingen

1

De minister heeft de Raad advies gevraagd over de toekomstige overheidssturing van de ziekenhuiszorg en in dat verband een aantal vragen gesteld over de aard, omvang en inhoud van het beleid. De vraag van de minister houdt verband met veranderingen in de ziekenhuissector (zie bijlage 7) en met veranderingen in de rol die de rijksoverheid voor zichzelf ziet weggelegd. De ziekenhuizen moeten klantgericht, doelmatiger en slagvaardiger gaan werken. De rijksoverheid wil afstand nemen en meer verantwoordelijk aan het veld laten. De minister wil weten hoe ze dat moet doen.

De minister vraagt hoe de rijksoverheid afstand moet nemen

Volgens de Raad moet dan eerst duidelijkheid komen over de toekomstige positie van het ziekenhuis. Het ziekenhuis is een particuliere instelling met een onmisbare maatschappelijke functie. Ziekenhuiszorg kan technisch gezien als een marktgoed worden behandeld, maar wordt als een collectief goed ervaren. Ziekenhuizen en ziekenhuiszorg bewegen zich op het raakvlak van de private en de collectieve sector, wat een rechthoe-rechtaan keus voor markt of overheid, marktorganisatie of taakorganisatie, niet mogelijk maakt. Er moet een balans zijn tussen beide aspecten. Die balans moet naar het oordeel van de Raad worden gezocht in het concept van het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. De centrale boodschap van dit advies is daarom :

Eerst moet duidelijkheid komen over de toekomstige positie van het ziekenhuis

Laat het ziekenhuis als een maatschappelijke onderneming functioneren en breng de overheidssturing daarmee in overeenstemming.

De centrale boodschap van het advies

2

Deze aanbeveling houdt in dat de ziekenhuizen het maatschappelijk karakter van het ondernemerschap nader moeten invullen. De Raad heeft daarvoor in hoofdstuk 3 een aantal suggesties gedaan, die hieronder in de vorm van stellingen worden samengevat.

Ziekenhuizen moeten het maatschappelijk ondernemerschap nader invullen

1. Het ziekenhuis legt in haar mission statement vast op welke wijze zij invulling geeft aan haar maatschappelijk ondernemerschap.
2. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) of de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) ontwikkelt criteria waaraan maatschappelijk ondernemerschap in de ziekenhuissector kan worden getoetst.

Aanbevelingen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

1

Deze criteria worden bij de benoeming van ziekenhuisbestuurders en bij de beoordeling van hun functioneren toegepast.

3. Het ziekenhuis legt vast wat het als extra dienstverlening aanmerkt en legt daarover tegenover de patiënten, de verzekeraars en de rijksoverheid verantwoording af door opening van zaken te geven. Het kan aantonen dat de extra dienstverlening niet ten koste gaat van de normale dienstverlening.
4. Het ziekenhuis maakt voor de normale dienstverlening geen verschil tussen particuliere en ziekenfondspatiënten of tussen werknemers en niet-werknemers.
5. Het ziekenhuis bevordert de transparantie van producten, diensten en tarieven en werkt mee aan de beschikbaarheid van vergelijkende consumenteninformatie.
8. Het ziekenhuis garandeert patiënten tijdige dienstverlening en staat in voor de kwaliteit van zijn producten en diensten.
9. Het ziekenhuis werkt de positie van de Raad van Toezicht en haar interne en externe relaties helder, duidelijk en openbaar uit. De Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen of de Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg ontwikkelt spelregels voor de coöptatie van leden van de Raad van Toezicht.
10. Het ziekenhuis legt aan de rijksoverheid verantwoording af over zijn financieel beleid.

3

Voor de overheid houdt de aanbeveling in dat zij ziekenhuizen de ruimte geeft om als maatschappelijke ondernemingen te functioneren en daarvoor waar nodig de voorwaarden creëert. De minister heeft de vraag gesteld op welke functies, taken of aspecten van de ziekenhuiszorg - en daarmee van de ziekenhuisorganisaties - de rijksoverheid in de toekomst invloed moet kunnen uitoefenen, en op welke niet.

De overheid moet ruimte scheppen voor maatschappelijk ondernemerschap

Deze aandachtspunten zijn in hoofdstuk 4, paragraaf 1, uitgewerkt. Het gaat om de volgende:

Acht aandachtspunten voor de rijksoverheid

1. verzekeringen (aanspraken op ziekenhuiszorg);
2. capaciteit (planning en bouw van ziekenhuizen);
3. omvang collectieve lasten (macrobudget ziekenhuiszorg);
4. bekostiging van ziekenhuizen (tarieven en prijzen);
5. kwaliteit van ziekenhuiszorg;
6. topklinische zorg (als bijzonder aandachtsgebied voor de

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

- rijksoverheid);
7. opleiding en onderzoek;
8. taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

4

De minister heeft hierop aansluitend gevraagd op welke wijze de rijksoverheid haar verantwoordelijkheid het beste vorm kan geven. Welk (type) beleidsinvloed is het meest gepast?

De vormgeving van de overheidsverantwoordelijkheid

Deze vraag is in de rest van hoofdstuk 4 beantwoord.

De Raad bepleit om zelfsturing door het veld te funderen op maatschappelijk ondernemerschap. Deze keuze brengt met zich mee dat de overheidsinvloed - waar zij nodig is - zoveel mogelijk in overleg met betrokkenen wordt aangewend. Verder dat sturing vooraf wordt beperkt en het accent wordt verlegd naar toetsing achteraf met effectieve middelen tot bijsturing. Op een beperkt aantal terreinen moet de rijksoverheid vooraf en effectief kunnen sturen. Het gaat om de volgende onderwerpen: de aanspraken, het budget voor bekostiging van de aanspraken, grootschalige mutaties in bestemming, capaciteit, toegankelijkheid en bouw en bijzondere verrichtingen.

Aanbevelingen

Vervolgens is er een aantal terreinen waar de rijksoverheid terugtreedt en zich voornamelijk beperkt tot het vaststellen van spelregels voor onderhandelingen en afspraken tussen ziekenhuizen, verzekeraars, patinten en andere partijen. Het gaat om de volgende onderwerpen: capaciteitsplanning, kwaliteitsnormen en tarieven.

Verder geldt voor alle aandachtsgebieden, dat de rijksoverheid toezicht houdt op de uitvoering of toezicht laat houden, met de mogelijkheid van bijsturing achteraf.

5

De minister heeft de Raad gevraagd bij de advisering aandacht te besteden aan wat wel en wat geen kerntaken van het ziekenhuis zijn. Gezien de groeiende tendens van ziekenhuizen om over te gaan tot uitbesteding van taken acht zij de vorming van een visie op dit punt gewenst.

De uitbesteding van taken

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

De Raad heeft deze vraag in hoofdstuk 5, paragraaf 1, beantwoord. Het antwoord komt hierop neer.

De kerntaken van een ziekenhuis kunnen niet worden uitbesteed. Aanbevelingen
Deze kerntaken zijn: (1) medisch-specialistische zorg en (2) daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging. Deze kerntaken zijn van een dusdanig belang dat het ziekenhuis hiervoor zelf de directe verantwoordelijkheid dient te dragen. Andere taken van het ziekenhuis en ondersteunende faciliteiten kunnen wel worden uitbesteed. De rijksoverheid hoeft, tenzij het kerntaken betreft, geen invloed uit te oefenen op de uitbesteding van taken en faciliteiten.

6

Op welke punten is, mede gelet op het dilemma tussen samenwerking en concurrentie, een taakverdeling tussen ziekenhuizen wenselijk, op welke onderdelen en wijze zou zo'n taakverdeling vormgegeven moeten worden? De taakverdeling tussen ziekenhuizen

De Raad heeft deze vraag in hoofdstuk 5, paragraaf 2, als volgt beantwoord.

Onderwerpen voor samenwerking zijn in ieder geval: Aanbevelingen
- standaardisatie en protocollering;
- gezamenlijke inkoop, benutting medische technologie en gebouwenbeheer;
- registratie, informatie-uitwisseling en automatisering;
- het oplossen van capaciteitsproblemen (wachtlijsten);
- topreferentiezorg en specialisaties.

De Raad is van mening dat de vormgeving van de taakverdeling het beste aan de betrokken ziekenhuizen kan worden overgelaten, waarbij de sectorale zorgvisie van de rijksoverheid en eventuele regionale zorgvisies als kader kunnen dienen.

7

De minister heeft de Raad naar zijn oordeel over categorialisering in de ziekenhuiszorg gevraagd en verder gevraagd op welke wijze de rijksoverheid op dit punt - zo nodig - sturend zou kunnen optreden. Het oordeel over categorale ziekenhuizen

De Raad heeft dit onderwerp in hoofdstuk 5, paragraaf 3, uitgewerkt.

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Voorzover categorale ziekenhuizen binnen het raam van algemene wetgeving mogelijk zijn, moeten ze ook gedoogd worden. Het ligt echter voor de hand dat de rijksoverheid alleen medewerking verleent aan de totstandkoming van categorale ziekenhuizen als deze een meerwaarde hebben ten opzichte van algemene ziekenhuizen, bijvoorbeeld een extra zorgaanbod.

Aanbevelingen

De Raad vindt het gewenst dat de Inspectie voor de volksgezondheid nadere criteria formuleert, waaraan het functioneren van categorale ziekenhuizen kan worden getoetst.

8

De minister heeft tenslotte advies gevraagd over het belang en de mogelijkheden van het verlenen door het ziekenhuis van zorg in de eerste lijn, al dan niet in samenhang met de verleende ziekenhuiszorg.

Het belang en de mogelijkheden van ziekenhuiszorg in de eerste lijn

De Raad heeft dit onderwerp in hoofdstuk 5, paragraaf 4, uitgewerkt.

Transmurale zorg is van belang vanwege haar bijdrage aan de continuïteit van zorg, flexibilisering van het zorgaanbod en samenhang in het zorgproces. Daaraan hebben in de eerste plaats patiënten baat bij, die gedurende langere tijd, al dan niet met tussenpozen, ziekenhuiszorg nodig hebben. In de tweede plaats is transmurale zorg van belang voor bepaalde patiënten met een kortdurende zorgbehoefte, zoals terminale patiënten en patiënten die een operatie hebben ondergaan.

Het belang

De Raad ziet voor de toekomst een aantal mogelijkheden om de transmurale zorg verder gestalte te geven. Deze vormen geen uitputtende lijst: de ontwikkeling van zorgketens, transmurale indicatiestelling en ontwikkeling van protocollen, gecombineerde praktijken van huisartsen en specialisten en gentergreerde verplegingsdiensten.

De mogelijkheden

De rijksoverheid kan in het bijzonder aan de ontwikkeling van transmurale zorg bijdragen door een afstandelijker manier van aanbodregulering met als belangrijkste elementen een geïntegreerde aanspraak op ziekenhuiszorg, de voorgenomen Bouwwet, de voorgenomen budgettering van verzekeraars in combinatie met een vrijere tariefstructuur.

Aanbeveling

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

De Raad heeft in hoofdstuk 4 een groot aantal suggesties gedaan voor aanpassingen in het overheidsbeleid. Deze worden hieronder in de vorm van stellingen nog eens samengevat.

Verdere aanbevelingen

1. De aanspraak op ziekenhuiszorg wordt als volgt geformuleerd: geïntegreerde medisch-specialistische zorg en daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging, verleend door of vanwege een ziekenhuis.
2. Het blijft vooralsnog noodzakelijk door middel van de Bouwwet en de budgetteringssystematiek een belangrijk deel van de kapitaallasten te garanderen en wel voor de accommodatie-onderdelen die rechtstreeks samenhangen met de kernfuncties van het ziekenhuis.
3. Indien de onder de Bouwwet gebouwde capaciteit wordt aangewend voor zorg buiten de wettelijke aanspraken, moet een adequate kapitaallastenvergoeding in rekening worden gebracht.
4. Uit een oogpunt van kostenbeheersing heeft het budgetteringsinstrument zijn waarde bewezen. Het verdient aanbeveling vooralsnog een algemeen geldende budgetteringssystematiek te handhaven. Daarin zou een sterker accent op de productie-afspraken moeten worden gelegd. Als de rijksoverheid de verzekeraars een budget geeft voor de uitvoering van de Ziekenfondswet, stelt zij niet langer een plafond aan de kosten van de ziekenhuiszorg.
5. Het is gewenst dat een systeem van producttyperingen niet alleen voor de ziekenhuizen maar voor de hele transmurale zorgketen bruikbaar is.
6. De taken van het COTG worden uitgebreid met het toezicht op het financieel beleid van de ziekenhuizen.
7. De Raad bepleit een wettelijke informatieplicht voor ziekenhuizen.
8. De rijksoverheid verzoekt aan de Consumentenbond vergelijkende consumenteninformatie te gaan verschaffen en vraagt de ziekenhuizen daaraan medewerking te verlenen.
9. In de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet tarieven gezondheidszorg wordt de uitbesteding door ziekenhuizen van andere dan kerntaken mogelijk gemaakt.
10. De rijksoverheid geeft in de sectorale zorgvisie aan op welke aspecten van ziekenhuiszorg zij samenwerking tussen ziekenhuizen wenselijk of noodzakelijk acht. De Raad beveelt samenwerking aan op ten minste de volgende aspecten:
 - standaardisatie en protocollering;
 - gezamenlijke inkoop, benutting medische technologie en

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

- gebouwenbeheer;
 - registratie, informatie-uitwisseling en automatisering;
 - het oplossen van capaciteitsproblemen (wachtlijsten);
 - topreferentiezorg en specialisaties.
11. De rijksoverheid laat de Inspectie voor de volksgezondheid criteria formuleren, waaraan het functioneren van categoriale ziekenhuizen kan worden getoetst.
 12. De rijksoverheid besteedt in haar sectorvisie aandacht aan een aantal taken die de ziekenhuizen op het terrein van de openbare gezondheidszorg kunnen vervullen: preventie en ondersteuning van het regionaal zorgcircuit.

**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening,**

Voorzitter,

Prof.drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Bijlagen

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

1

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Bijlage 2

Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening

Voorzitter:

prof.dr. J. van Londen

Leden:

mw. prof.dr. I.D. de Beaufort
prof.dr. T.E.D. van der Grinten
mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard
prof.dr. P.A.H. van Lieshout
mw. prof.dr. B. Meyboom-de Jong
mr. I.W. Opstelten
mr. J.J. van Rijn
mw. prof.dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris

drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening

Raadsleden:

prof.dr. T.E.D. van der Grinten
mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Projectgroep:

mr. J.P. Kasdorp, projectleider
dr. M.P. Hennink, projectmedewerker (tot 1 augustus 1996)
drs. J.J.G.M. van den Hoek, projectmedewerker
mr. H.P. Jurg, arts (STG), projectmedewerker
mw. mr. C. Nijkamp, projectmedewerker
mr. drs. P.H.M. Thewissen, projectmedewerker
drs. J.M.H. van der Velden, projectmedewerker
mw. H.A. Charles, projectsecretaresse

Bijlage 4

Geraadpleegde personen voor de adviesvoorbereiding

- Drs. H.J. Bellers, coördinator unit sturing en financiering Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Dr. E. Elsinga, senior account manager ING Bank Nederland, marktgroep gezondheidszorg
- J.M.M. de Gouw, arts, adjunct-directeur Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland
- Mevrouw S. de Jager, directeur astmacentrum Heideheuvel, Hilversum
- Mr. N. de Jong, directeur Zorgverzekeraars Nederland
- Mr. P.C. de Jong, directeur Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Dr. J.H. Kingma, voorzitter Orde van Medisch Specialisten
- A.P. van de Kreeke, plv. hoofd van de afdeling economie, College voor ziekenhuisvoorzieningen
- Drs. W. Matser, senior beleidsmedewerker unit sturing en financiering Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Drs. W.B. Meijer, algemeen secretaris College voor ziekenhuisvoorzieningen
- Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, directeur Nationaal Ziekenhuisinstituut
- Drs. L.C.J. van der Poel, algemeen secretaris Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
- Drs. B.A. Ponsioen, beleidsmedewerker Zorgverzekeraars Nederland
- Mevrouw drs. S. Prins, senior beleidsmedewerker unit sturing en financiering Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Prof. dr. T. de Vries, directeur Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland

Bijlage 5

Deelnemers aan de hoorzittingen

- Mevrouw drs. C. Bellemakers, ervaringsdeskundige
- Drs. C. de Bey, sector-directeur zorg Westfries gasthuis, Hoorn
- Drs. W.J.H.M. de Bie, algemeen directeur Sint Maartenskliniek, Nijmegen
- J.J.W.H. Crasborn, arts, hoofd Medische Advies Dienst ZAO Zorgverzekeringen, Amsterdam
- Dr. N.P. van Duijn, huisarts, Almere
- Mevrouw R. Geschire, beleidsmedewerker Samenwerkende instellingen gezondheidszorg regio Amsterdam
- Drs. P.A. de Groote, directeur Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
- Drs. J.W.M.W. Gijzen, account manager RZR Zorgverzekeraar, Doorwerth
- Drs. J.M. Moraal, directeur Thuiszorg, Den Haag
- Drs. J.J. Mulder, directeur verpleeghuis Oudshoorn, Alphen a/d Rijn
- Q.A.J. Swagerman, directeur Thuiszorg Centrale Twente, Hengelo
- Dr. W.C. Weeda, voorzitter directie ziekenhuis De Wever en Gregorius, Heerlen
- T.R. Zijlstra, directeur patintenzorg Stichting zorgvoorzieningen, Gorinchem

Bijlage 6

Historische schets - over ziekenhuizen en ziekenhuiszorg (bureaunotitie)

Querido geeft in 'Godshuizen en gasthuizen' een beeld van de historische ontwikkeling van ziekenhuizen en gaat daarbij terug in de geschiedenis. De vraag is waar wij moeten beginnen met een historische schets. Er is voor gekozen de negentiende eeuw als een vertrekpunt te nemen, omdat in deze eeuw de geleidelijke ontwikkeling begint van de ziekenhuizen tot de instellingen zoals we die nu kennen. De geschiedenis van de hieraan voorafgaande periode komt in het boek van Querido aan bod. Het gaat in deze bijlage niet alleen over ziekenhuizen, maar ook over ziekenhuiszorg.

Hoofdpijnen van verandering

Samengevat zijn uit de geschiedenis onder meer de volgende ontwikkelingslijnen af te leiden:

- Van huis voor verpleging en verzorging naar centrum voor medische behandeling en onderzoek. De functie verpleging is steeds meer verdrongen door de medische functie (inclusief onderzoek). Niet alleen in de organisatie, maar ook in de bouw komt dit tot uitdrukking. Ooit was de omvang van het verpleeggedeelte van het ziekenhuis groter dan dat voor behandeling en onderzoek; inmiddels is dat omgekeerd.
- Verandering van de aard van de zorgverlening: van klinische zorg naar poliklinische zorg. In het klinische gedeelte doet zich een daling voor in verpleegdagen en -duur, alhoewel het totaal aantal opnamen nog licht stijgt. Vooral poliklinisch vinden steeds meer behandelingen plaats en de dagverpleging toeneemt.
- Sterke invloed van technologie op de organisatie van de ziekenhuiszorg. Aanvankelijk werd concentratie van zorg sterk bevorderd, zoals al blijkt uit het effect van röntgenapparatuur en operatiekamers in de tweede helft van de negentiende eeuw. Inmiddels heeft de technologie ook een deconcentrerende werking. Naast de voortgaande ontwikkeling van hoogwaardige technologie ontstaan ook nieuwe en vereenvoudigde toepassingen van bestaande voorzieningen.
- Steeds verder gaande integratie van specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Aan de gasthuizen waren geen geneesheren verbonden. Geleidelijk zijn specialisten steeds meer in het ziekenhuis gaan werken en ook meer betrokken bij de organisatie en het management.
- Van aanzien van regenten naar dat van artsen. Ooit lieten de regenten zichzelf portretteren in schilderijen, maar inmiddels geven vooral de werkzame artsen het ziekenhuis aanzien en

status.

- Van klein- naar grootschaligheid (en weer terug?): gekeken naar de bouwkundige omvang van ziekenhuizen en het aantal bedden (dat al lang weer aan het dalen is).
- Van armenzorg naar een voorziening voor de hele bevolking. Aanvankelijk was het ziekenhuis een voorziening voor degenen die niet thuis verpleegd of verzorgd konden worden. Mede door de ontwikkeling van de medische functie maakt inmiddels ieder een gebruik van het ziekenhuis.
- Van gemeentelijke aansturing in het kader van de armenzorg, naar invloed door de rijksoverheid (en in beperkte mate de provincie).
- Van voeding als voornaamste kostenpost naar personeelskosten als belangrijkste uitgaven. Met de ontwikkeling van de medische functie in een ziekenhuis is personeel de grootste post geworden.

Tegelijkertijd is een aantal thema's door de jaren heen hetzelfde gebleven. Naast de reeds genoemde invloed van technologie hebben beheersing van de kosten en de financiële toegankelijkheid altijd aandacht gekregen.

De negentiende eeuw

Het grootste deel van de medische diensten werd rond 1850 geleverd via particuliere praktijken, ook aan on- en minvermogenen. In de meeste gemeenten bestond weliswaar een of andere vorm van armenzorg, georganiseerd door openbare of kerkelijke armenbesturen, maar de aard en het bereik van deze zorg liepen sterk uiteen. De vraag naar medische zorg was relatief beperkt en ongelijk over de bevolking verdeeld. Het meeste aanbod was te vinden in de steden, waar de welvaart het grootst en de gewoonte om geneeskundige zorg in te roepen het sterkst waren.

De ontwikkeling en differentiatie van verplegende instellingen ontstond in de loop van de negentiende eeuw. Het aantal ziekenhuizen groeide van ongeveer 20 rond 1810 tot meer dan 80 voor de bouwexplosie aan het einde van de negentiende eeuw. Het aantal gehospitaliseerden steeg van circa één tot 6 à 7 promille per jaar. In de periode 1890-1920 was er sprake van een ware bouwexplosie van ziekenhuizen, waarbij vooral veel confessionele ziekenhuizen werden gebouwd. In 1920 waren er in totaal 253 ziekenhuizen: 39 overheidsziekenhuizen, 117 katholieke, 33 protestants-christelijke en 64 particuliere ziekenhuizen van algemene of andere gezindte. De overheden bezaten echter wel bijna 40 procent van de 20.000 ziekenhuisbedden, omdat het ging om de grote gemeentelijke en academische ziekenhuizen.

Rond 1850 was het ziekenhuis een instelling waarin armen werden

opgenomen, niet om er genezing te vinden, maar om onder betere omstandigheden dan thuis te genezen. De meerwaarde van het ziekenhuis was vooral gelegen in de positieve invloed die verpleging en verzorging op de genezing moesten uitoefenen. De geneeskundige zorg was niet de voornaamste functie van het ziekenhuis, alhoewel er wel geneeskundigen aan de instelling waren verbonden.

De ontwikkeling van het ziekenhuis tot een instituut voor medische behandeling vond plaats na 1850. De introductie van narcose en de aseptische behandeling maakten levensgevaarlijke chirurgische ingrepen mogelijk, mits uitgevoerd in operatiekamers van ziekenhuizen. Dit betekende tegelijkertijd het einde van operaties aan huis van de patient. Aan het begin van deze eeuw volgde een technologische revolutie, variërend van röntgeninstallaties tot de inrichting van het ziekenhuis (zoals operatiekamers en bedden). Volgens Van der Velden waren de effecten meerledig: een complexere organisatie, een sterke toename van het aantal ziekenhuizen en verpleegden (waaronder nu ook de meer goeiden) en een dramatische kostenstijging. De organisatorische veranderingen vielen samen met een groei en differentiatie van de ziekenhuizen. De groei leidde tot een uitbreiding van de verpleegkundige en geneeskundige staf. Nieuwe afdelingen en beroepen ontstonden als gevolg van differentiatie. De arts kwam in het ziekenhuis steeds meer centraal te staan en ging bepalen wie moest worden opgenomen. Na 1847 werd het ziekenhuis ook het centrum voor de medische opleiding. Later volgde ook het verpleegkundig onderwijs. Ook het bestuur veranderde in deze periode. Het ziekenhuisbestuur trok zich terug en liet het dagelijkse beheer over aan een geneesheer-directeur, een adjunct-directrice (veelal de leiding over de verpleging) en een groeiend aantal professionele ziekenhuisadministrateurs. Het bestuur bleef verantwoordelijk voor de hoofdlijnen van beleid.

De twintigste eeuw

De ontwikkeling van ziekenhuizen kan nauwelijks los worden gezien van het vraagstuk van de financiële toegankelijkheid voor on- en minvermogenden. Ziekenhuiszorg was aan het begin van deze eeuw zo duur dat het grootste deel van de bevolking de kosten niet kon opbrengen. Financiering van de ziekenhuiszorg werd vooral een zaak voor de lokale overheid. Het beleid van de gemeenten was sterk uiteenlopend, evenals de inkomensafhankelijke eigen bijdragen die werden geheven. Om de gemeentelijke uitgaven te beheersen werd de controle op de noodzaak van ziekenhuisopname opgevoerd. Bovendien werden pati-

nten sneller uit ziekenhuizen ontslagen en zo nodig overgebracht naar nieuwe, goedkopere verpleegvormen als parkherstellingsoordenen, sanatoria en de voorlopers van verpleeghuizen.

Om kosten te besparen maakten gemeenten vaak ook gebruik van particuliere ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen waren in het algemeen goedkoper dan overheidsziekenhuizen, onder andere door goedkopere arbeidskrachten en grotendeels afgeschreven stichtingskosten. Samenwerking vond onder andere plaats via de verstrekking van subsidies en leningen aan particuliere ziekenhuizen. Er bestond weliswaar enige concurrentie tussen ziekenhuizen, maar de effecten daarvan waren gering. Particuliere ziekenhuizen trokken meer klassepatinten dan openbare ziekenhuizen. Omdat de gemeentelijke overheid zorg droeg voor de financiële tekorten op de verpleging aan on- en minvermogenden, hadden particuliere noch gemeentelijke ziekenhuizen er belang bij deze groep te weren.

Ziekenhuizen waren vooral stedelijke voorzieningen, en zijn dat eigenlijk nog steeds. In 1920 woonde in Amsterdam nog geen 10% van de Nederlandse bevolking, maar de stad beschikte wel over een kwart van de Nederlandse ziekenhuisbedden. Op het platteland was de wijkverpleging, in samenwerking met de huisarts, ten dele een alternatief. Toch bestond ook hier behoefte aan ziekenhuisverpleging. Aan het begin van de eeuw werd hier voor korte tijd een oplossing gevonden in de bouw van kleine plattelandsziekenhuizen. Dit waren instellingen met 10 tot 20 bedden en een kleine operatiekamer. Alleen zware gevallen zouden naar een groot stedelijk ziekenhuis worden overgebracht. Er ontstonden circa 20 van deze ziekenhuisjes, als initiatief van particulieren of fabrieken. In 1918 concludeerde de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst echter al dat een ziekenhuis niet veel kleiner kon zijn dan 100 bedden. Ook andere, zoals het Staatstoezicht, waren deze mening toegedaan. Toen na de Eerste Wereldoorlog de curatieve mogelijkheden in het ziekenhuis toenamen, steeg ook op het platteland de vraag naar ziekenhuiszorg. Een toenemend aantal mensen deed dan ook een beroep op de gemeente en armenbesturen voor een bijdrage in de kosten van ziekenhuisverpleging. Een uitweg werd gezocht in de oprichting van verenigingen voor ziekenhuisverpleging, voor de (gedeeltelijke) financiële vergoeding van ziekenhuiszorg. In de steden waren intussen de ziekenfondsen ontstaan (vaak op initiatief van beroepsorganisaties) en later waren deze fondsen ook werkzaam op het platteland. Op 1 januari 1936 was 39,4% van de bevolking verzekerd bij een ziekenfonds. Op verschillende plaatsen was er een concurrentie tussen de ziekenfondsen en de verenigingen voor ziekenhuisverpleging.

Met het Ziekenfondsbesluit van 1941 werd voor het eerst een

verplichte verzekering voor loontrekkenden ingevoerd. Hiermee werd de financiële toegankelijkheid tot zorg gewaarborgd en nam de invloed van de lokale overheden op de ziekenhuiszorg af. Het betekende ook het einde van de verenigingen voor ziekenhuisverpleging en een keuze voor de ziekenfondsen.

Voor na de Tweede Wereldoorlog nam de invloed van de rijksoverheid op de ziekenhuiszorg toe. Vanwege de noodzakelijke wederopbouw en de schaarste aan financiële en productiemiddelen werden regels gesteld aan bouw, lonen en prijzen. Een ziekenhuiscommissie adviseerde de minister van Volksgezondheid over de bouw van ziekenhuisinrichtingen.

In de jaren vijftig en zestig nam de economische groei sterk toe, terwijl de spanningen op de bouwmarkt afnamen. Er ontstond ruimte voor bouw in de gezondheidszorg, waarvan het particulier initiatief gebruik maakte. Mede door de invoering van nieuwe wetten als de Wet ziekenhuistarieven, de Ziekenfondswet en de AWBZ waren de financieringsvooruitzichten riant. In de jaren zestig was dan ook sprake van een ware bouw golf waartegen niet of nauwelijks kon worden opgetreden. Er was sprake van een overcapaciteit, terwijl gebouwen en apparatuur slecht waren gespreid. In 1971 werd de Wet ziekenhuisvoorzieningen ingevoerd om de bouw te reguleren via vergunningverlening gekoppeld aan een systeem van planning. Nadien is de WZV een aantal keren gewijzigd, mede onder invloed van andere beleidsontwikkelingen zoals de Structuurnota 1974.

Al met al was het aantal ziekenhuisbedden fors toegenomen, in 1972 tot circa 72.000 bedden (inclusief academische en categorale ziekenhuizen). Het beddenaantal werd gehanteerd als planningsnorm, bij gebrek aan betere instrumenten om de reële zorgbehoefte te bepalen. In 1975 werd als planningsnorm 4 promille vastgesteld, terwijl de beschikbare capaciteit op dat moment 5,6 bedroeg. De spreiding van ziekenhuisbedden over het land was bovendien ongelijk: van 3,5 promille in Drenthe tot 6,5 in Noord-Holland. Het vaststellen van de planningsnorm leidde tot een reductie en een herschikking van het aantal bedden en ging gepaard met sluiting en/of fusies van ziekenhuizen, zoals blijkt uit onderstaande tabel. Door schaalvergroting zijn vooral kleine ziekenhuizen verdwenen. De nieuwe grotere ziekenhuizen kregen een breder en gevarieerder samengestelde staf. Het aantal specialisten en het aantal specialisten per specialisme zijn toegenomen.

Ontwikkeling algemene ziekenhuizen (bron: Alkemade en Hagen, 1995)

Jaar aantal bedden	1970	1980	1985	1990	1994 juli
< 200	79	44	33	17	13

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

200-300	44	36	35	26	20
300-400	41	45	35	32	30
400-500	17	19	18	13	13
> 500	23	29	34	40	35
Totaal aantal ziekenh.	204	173	155	128	111 ¹
Totaal aantal bedden	58068	60584	58853	53344	46828

Noot:

1) Het aantal algemene ziekenhuizen is enigszins onduidelijk. De NVZ telt 115 algemene ziekenhuizen per 1 januari 1996, als zijnde lid van de vereniging (Branchebeeld). NZi telt per 1 januari 1996 109 algemene ziekenhuizen. Inmiddels zijn weer enige nieuwe fusies in voorbereiding, zoals Oranjeoord Harlingen met Medisch Centrum Leeuwarden, (Friesland), Diakonessenhuis Voorburg met Reinier de Graaf Delft, St. Jozef Kerkrade met De Wever/Gregorius Heerlen/Brunssum en mogelijk ook Holyziekenhuis Vlaardingen met Schieland Schiedam. Het aantal ziekenhuizen nadert dus steeds meer de 100.

Alkemade en Hagen onderscheiden twee fusiegolven. De eerste paste in het streven naar schaalvergroting om de kwaliteit van ziekenhuiszorg te verbeteren en de bouw- en exploitatiekosten te beperken. Voor kleine ziekenhuizen was dit een manier om te overleven. De tweede fusiegolf betrof (middel)grote ziekenhuizen en vond onder meer plaats op geografische motieven. Ziekenhuizen die relatief dicht bij elkaar lagen, konden via fusie hun marktpositie versterken en topklinische functies binnenhalen. Ook de mogelijkheid van nieuwbouw, het verbeteren van de exploitatie en de kwaliteit speelden een rol.

Overigens is het aantal ziekenhuizen weliswaar afgenomen, maar het aantal lokaties daalt niet navenant. Zo bevonden de 111 ziekenhuizen uit 1994 zich op 136 lokaties; 23 ziekenhuizen zijn op twee of meer lokaties werkzaam. Soms is de sluiting van een ziekenhuis gepaard gegaan met de oprichting van een buitenpolikliniek. Dit is een ziekenhuisvoorziening met poliklinische functies die geografisch is gescheiden van het ziekenhuis, soms aangevuld met dagbehandeling en/of kortverblijf. In 1994 waren er 29 buitenpoliklinieken. Meerdere lokaties en buitenpoliklinieken passen in een tendens tot netwerkvorming, waarbij sprake is van gedifferentieerde, samenhangende ziekenhuisvoorzieningen binnen één organisatie.

Niet alleen de ziekenhuizen, maar ook het karakter van de

zorgverlening zijn de afgelopen decennia drastisch veranderd. Er is meer nadruk komen te liggen op de poliklinische productie van ziekenhuizen. Uit gendexeerde cijfers van de NVZ blijkt dat bij de poliklinische diagnostische verrichtingen vooral laboratorium en functieonderzoeken sterk zijn gestegen; bij de therapeutische verrichtingen zijn verlossingen en vooral operaties beduidend toegenomen. Tegelijkertijd zijn het aantal klinische opnamen, het aantal verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur afgenomen. Daling van de verpleegduur is onder meer mogelijk geworden door patiënten sneller te ontslaan, hetgeen eisen stelt aan de nazorg thuis of in een andere instelling.

Met activiteiten als transmuralisering en ziekenhuisverplaatste zorg zullen deze ontwikkelingen zich voorzetten. De Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg constateert twee tendensen, namelijk deconcentratie en decentralisatie. Deconcentratie is mogelijk door medische, verpleegkundige en communicatieve technieken. De decentralisatie hangt samen met het verleggen van verantwoordelijkheden in het management naar lagere niveaus. Ook de verhouding tussen ziekenhuisbestuur en specialist komt daarmee in een andere context te staan.

Uitgeleide

De publicatie van Querido is ruim 35 jaar later nog altijd verrassend actueel. Anno 1996 zouden we wellicht wat andere termen gebruiken, maar de aard van de problematiek is in wezen nog steeds dezelfde: beheersing van de kosten en de plaats van het ziekenhuis in de gezondheidszorg. Het is interessant om het door Querido geschetste toekomstbeeld te vergelijken met de situatie, zoals wij die nu kennen. Aardig is bijvoorbeeld ook de beschouwing over de ongeschiktheid van het bed, als maatstaf om de zorgbehoefte van de bevolking en daarmee de grootte van het ziekenhuis te bepalen. De poliklinische functie krijgt relatief weinig aandacht, maar het toenemende belang ervan heeft Querido wel onderkend.

Naast de reeds bekende functies van ziekenhuizen noemt hij overigens nog een andere die de moeite van het vermelden waard is, namelijk de isolerende functie. Het ziekenhuis is dan een middel om de gemeenschap te beschermen tegen de gevaren die de zieke kan opleveren voor zijn medemensen. Niet de nood van de individuele hulpzoekende, maar het belang van de gemeenschap vormt dan de drijfveer. Querido noemt als voorbeelden melaatsheid, infectieziekten en geestesziekten. Ook in 1996 vervullen ziekenhuizen deze functie, zij het in beperktere mate. Actuele voorbeelden hiervan zijn de resistente TBC en de MSRA-bacterie.

Onder de noemer rand- en grensgebieden behandelt Querido de gespecialiseerde ziekenhuizen (categorale ziekenhuizen in onze terminologie). Hij ziet meer na- dan voordelen van deze ziekenhuizen. Wel ziet hij mogelijkheden voor instellingen die zich specifiek toeleggen op langdurige zorg en revalidatie, bijvoorbeeld aan ouderen. Het ontstaan van ziekte-specifieke ziekenhuizen is volgens Querido mede ingegeven door het belang van de wetenschap en onderzoek, en de daarvoor benodigde financiën. Bijna cynisch (p. 143):

"Vraagt men geld voor 'wetenschappelijk onderzoek', dan spreekt een dergelijk doel niet sterk tot de verbeelding, vooral niet omdat niemand kan garanderen dat dit onderzoek resultaten zal afwerpen {...}. Maar men kan wel geld bijeen krijgen om een gebouw te stichten, dat na een paar jaar als tastbaar resultaat van de actie uit de grond verrijst."

Ten slotte een citaat uit het toekomstbeeld van Querido (pag. 172/173):

"Voor het ziekenhuis en voor de gehele medische verzorging zou het van groot belang kunnen zijn, als het preventieve element met het curatieve verbonden werd.

Ligt het in de lijn van de ontwikkeling om het ziekenhuis te zien als het centrum, waar de geneeskunde zich tot steeds nieuwe mogelijkheden kan ontplooiën, dan is het essentieel, dat dit centrum zijn preoccupatie met het bed -een reminiscentie van een overwonnen verleden- zal verliezen en in plaats daarvan de meer dynamische betekenis van een onderzoek- en behandelingsinstituut verwerft.

Nog belangrijker zou echter een verdere evolutie zijn, waarbij de preoccupatie met de zieke zou vervangen worden door een primaire belangstelling voor de gezonde, met het doel, gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen.

De wijze waarop het ziekenhuis ook heden nog functioneert, maakt het wekken van een dergelijk besef bezwaarlijk. Het ziekenhuis is nog steeds van de maatschappij gesoleerd, evenzo is de opneming van de patiënt een periode, die los staat van heden en toekomst.

Eerst wanneer het lukt de actuele ziekte en dus ook de ziekenhuisopneming te zien als één fase in een samenhangend geheel, één schakel in een keten van gebeurtenissen en situaties, krijgt het verblijf in het ziekenhuis zijn juiste reliëf en perspectief in de levensloop van de patiënt."

Vandaag de dag zouden we het waarschijnlijk in iets andere bewoordingen zeggen, maar de kern van de boodschap is nog immer dezelfde.

Bijlage 7

Een eerste aanzet tot actualisering van het STG-rapport 'Het ziekenhuis in de 21ste eeuw'

Inhoudsopgave

- 1 Inleiding
- 2 De kernelementen van het STG-rapport 'Het ziekenhuis in de 21ste eeuw'
- 3 Demografische ramingen en het beroep op de gezondheidszorg
- 4 De gevolgen voor de ziekenhuiszorg
- 5 De overgang van ziekenhuis naar de thuissituatie; transmurale zorg
- 6 Het ziekenhuis, schaalvergroting en spreiding
- 7 Verwachtingen in 1990 en de verwachtingen in 1996

1 Inleiding

In maart 1996 heeft de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) het verzoek gekregen om advies uit te brengen over de toekomstige overheidssturing van de ziekenhuiszorg.

Ter nadere onderbouwing van dit advies heeft de RVZ de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) gevraagd een aanzet te doen tot de actualisering van het in 1990 door de STG uitgebrachte rapport *Het Ziekenhuis in de 21ste eeuw*. Bij de opstelling van dit actualiseringsrapport zou de nadruk gelegd moeten worden op significante wijzigingen in trendmatige ontwikkelingen. De actualisering heeft plaatsgevonden door middel van een analyse van recente literatuur en een aantal gesprekken met direct betrokkenen bij de ziekenhuiszorg. In dit rapport wordt een beknopt overzicht gegeven van de resultaten van deze actualisering.

In hoofdstuk 2 wordt een korte samenvatting gegeven van de lijnen uit het verleden en de lijnen naar de toekomst zoals geschetst in het rapport *“Het ziekenhuis in de 21ste eeuw”* voorzover relevant bij deze actualisering.

In de volgende hoofdstukken wordt vooral gekeken in hoeverre de lijnen naar de toekomst, zoals die in 1990 waren opgesteld, nu nog relevant zijn.

Het rapport *'Het ziekenhuis in de 21ste eeuw'* van 1990 is gebaseerd op een uitgebreide achtergrondstudie, waarbij gegevens tot en met 1987 zijn bijeengebracht, gesystematiseerd, geanalyseerd en bewerkt. Vele vergelijkbare gegevens voor de huidige situatie zijn of niet beschikbaar, of er zijn zodanige definitiewijzigingen opgetreden dat vergelijkingen niet goed mogelijk zijn.

In hoofdstuk 3 worden de demografische ontwikkelingen geschetst en het beroep dat op de gezondheidszorgvoorzieningen wordt gedaan. Hoofdstuk 4 behandelt de gevolgen voor de ziekenhuiszorg. Hoofdstuk 5 geeft een beeld van de ontwikkelingen op het terrein van de transmurale zorg. Er worden een aantal trends bij de overgang van het ziekenhuis naar huis en verpleeghuis aangegeven. In hoofdstuk 6 worden de veranderingen in schaalgrootte en spreiding van ziekenhuizen beschreven. In hoofdstuk 7 tenslotte worden enige conclusies getrokken ten aanzien van de verwachtingen in 1990 en de verwachtingen in 1996.

2 De kernelementen van het STG-rapport 'Het ziekenhuis in de 21ste eeuw'

2.1 Inleiding

De lijnen die uit het verleden zijn te trekken zijn gebaseerd op gegevens vanaf 1970 tot en met 1987.

2.2 De lijnen uit het verleden

Het rapport is in 1990 afgerond. De belangrijkste ontwikkelingslijnen in de periode 1970 -1990 kunnen als volgt worden samengevat.

- In de jaren tachtig heeft schaalvergroting van de ziekenhuizen plaatsgevonden. Veel kleine ziekenhuizen zijn verdwenen, of door fusie in een groter samenwerkingsverband opgenomen. Het aantal algemene ziekenhuizen nam af van 200 (1971) tot 146 (1986) en het gemiddelde aantal bedden per ziekenhuis nam toe.
- Er heeft een grootscheepse nieuwbouwoperatie in de jaren tachtig plaatsgevonden.
- De nieuwe grotere ziekenhuizen hebben een breder en gevarieerder samengestelde staf, die een zo breed mogelijk functiepakket tracht aan te bieden.
- Het aantal gediplomeerde verpleegkundigen is sterk toegenomen.
- In de jaren zeventig was er een sterke toename van gebruik, capaciteit, productie en kosten in de ziekenhuiszorg. Rond 1982 trad een breuk in deze ontwikkeling op onder invloed van het veranderde financieringssysteem. De kostenstijgingen in de jaren zeventig zijn voor 80% veroorzaakt door inflatie.
- Het financieringssysteem veranderde in het begin van de jaren tachtig van een expansiekader (open-eind financiering) in een beheersingskader (budgetfinanciering). Deze overgang heeft bijgedragen aan een afvlakkende groei in de consumptie, productie en kosten van de ziekenhuiszorg.
- De ziekenhuisbudgettering heeft de integratie van specialisten in de ziekenhuisorganisatie onder druk gezet.
- De klinische populatie is door de vergrijzing van de bevolking en door een ander behandelbeleid (meer poliklinisch en dagbehandeling) veranderd en bestaat grotendeels uit ouderen. In 1972 was één op de zeven opgenomen patienten 65 jaar of ouder, in 1986 was dit één op vier.

2.3 Lijnen naar de toekomst

De in 1990 beschreven 'lijnen naar de toekomst' kunnen als volgt worden samengevat.

- Er werd een sterke toename verwacht van de medische mogelijkheden, een doorgaande stijging van de salarissen van verpleegkundigen, een stijging van het voorzieningengebruik per hoofd van de bevolking en een doorgaande inflatie. De zorgconsumptie zou bovendien aanzienlijk toenemen door de toename van het aantal ouderen (van 12,3% naar 14,9% in 2010).
- Technologische ontwikkelingen zouden leiden tot deconcentratie van medische technologie. Op diagnostisch terrein zou dit gebeuren door de koppeling van beeldvormende technieken aan de gedigitaliseerde ver- en bewerking van beeldinformatie. Op curatief terrein door niet invasieve lokale ingrepen met behulp van fibers en catheters. Op communicatief terrein door het in netwerken communiceren op afstand.
- De klinische zorg zou door verdergaande verschuivingen naar andere vormen van behandeling, in de toekomst steeds complexer worden.
- Er werd een verbetering van salarissen van verpleegkundigen verwacht. Bovendien zou er sprake zijn van het aantrekken van veel herintreders en de automatisering van verpleegkundige functies. Ondersteunende diensten zouden in de toekomst minder vaak in eigen beheer van het ziekenhuis zijn en vaker worden uitbesteed.
- Verwacht werd dat het aantal medisch specialisten jaarlijks met 2% zou groeien.
- Op het gebied van de bouw van het ziekenhuis zou grotere aandacht komen voor interne- en externe flexibiliteit. Door de verschuivingen in behandelvormen, veranderingen in de organisatie en het ontwikkelen van nieuwe technologie zou in de ziekenhuizen een grote behoefte ontstaan aan mogelijkheden tot ruimtelijke veranderingen.
- Op het gebied van de kwaliteitsbewaking zou mede door de veranderingen in het verzekeringsstelsel en door het beleid van de overheid om de kwaliteit van de ziekenhuiszorg beter te bewaken veel veranderen. De kwaliteitsbewaking zou zich vooral richten op de professionele kwaliteit van het medisch-technisch handelen, op de bejegening van patiënten en op de organisatie van de ziekenhuiszorg.

2.4 Welke veranderingen hebben zich in werkelijkheid voorgedaan

Geconstateerd kan worden dat de meeste ontwikkelingen, zoals

die in het rapport 'Het ziekenhuis van de 21ste eeuw' waren geschetst ook realiteit zijn geworden. De demografische ramingen zijn iets veranderd ten opzichte van 1990. Voorts heeft zich echter een aantal ontwikkelingen voorgedaan dat in 1990 niet of onvoldoende is onderkend. Dit betreft met name de veranderingen in de vraag naar en het aanbod van de verschillende zorgvormen. Het tempo waarin de diverse veranderingen zijn opgetreden, is veelal sneller verlopen dan in 1990 werd voorzien.

3. Demografische raming en het beroep op de gezondheidszorg

3.1 Demografische raming

De levensverwachting van Nederlanders neemt nog steeds toe. De jaren die doorgebracht worden in gezondheid laten geen verschillen meer zien voor mannen en vrouwen. Voor mannen (1994) is dit na een aanvankelijke toename tot 1988 redelijk constant gebleven, (59,7 jaar). Bij vrouwen is na een aanvankelijke toename (1988) van het aantal gezonde jaren een afname te constateren.

De toename van de levensverwachting gaat vooral bij vrouwen gepaard met langer in ongezondheid leven (SCP 1996). Er is verder een afname in vroege sterfte (d.w.z. sterfte voor het 65ste levensjaar) van 23,5% (1984) tot 20,5%. Het aandeel van de ongevalssterfte daalde en het aandeel kanker is onveranderd.

Gezien de sterke toename van de vergrijzing van 1990 tot 2010 zou een toenemend gebruik van medische voorzieningen op het percentage van de totale bevolking zichtbaar moeten zijn.

De vergrijzing komt overeen met de raming in 1990. Door de toename van het aantal personen in de leeftijdsgroep 45 - 64 jaar tot 2010 zal de vergrijzing na 2010 nog sterker toenemen.

Tabel 3.1 Groei 1990 - 2010 procentueel naar leeftijdsgroep
Bron: CBS - 1995

0 - 14 jaar	+ 10%
15 - 24 jaar	- 10%
25 - 44 jaar	- 10%
45 - 64 jaar	+ 50%
65 - 74 jaar	+ 25%
75 +	+ 35%

Naar verwachting zal in 2010 14,7% van de bevolking 65 jaar en ouder zijn. In absolute aantallen is dat een ½ miljoen meer ouderen dan de 2 miljoen in 1995.

Tabel 3.2 Groei 1993 - 2010 bevolking 65 jaar en ouder

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Bron: CBS - 1995

	1993	1994	1995	2000	2010
65 - 79 jaar	1.529,1	1.543,7	1.558,0	1.622,3	1.872,3
80 jaar en ouder	456,4	464,3	475,3	503,0	614,4
Totale bevolking	15.239,2	15.341,6	15.422,8	15.982,9	16.810,4
65 - 79 jaar	10,0%	10,1%	10,1%	10,4%	11,1%
80 jaar en ouder	3,0%	3,0%	3,1%	3,1%	3,6%

3.2 Het beroep op de gezondheidszorg

Bij de huisarts, medicijnen en tandarts is sprake van een toename sinds 1981. Het percentage van de bevolking dat minimaal éénmaal per jaar de huisarts consulteert is in de periode van 1981 - 1995 gestegen van 70% naar 76%. De huisarts werd in 1995 door 11,5 miljoen patiënten geconsulteerd. De toename is vooral toe te schrijven aan de leeftijdsgroep 0 - 19 jaar en in veel mindere mate aan de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder (1%). Het totaal aantal contacten is 58 miljoen per jaar. Het gemiddeld aantal contacten nam in periode 1981 - 1995 toe van 3,4 naar gemiddeld 3,9 per jaar.

Het aantal contacten per patiënt steeg eveneens van 4,9 naar 5,2. Er is sprake van een verdubbeling in het aantal telefonische contacten (5 - 10%) en bijna een halvering van het aantal thuisvisites (16 - 9%). Vooral bij ouderen is er sprake van frequenter contact en een verschuiving naar telefonisch en praktijkcontact (CBS - gezondheidsenquête 1995).

De poortwachtersfunctie staat onder druk. Bij een groot aantal klachten kan in plaats van een bezoek aan de EHBO ook de huisarts worden geconsulteerd. (Rieffe e.a.) Landelijk beweegt het tussen de 42 en 89% van de EHBO-bezoeken. Voor een grootstedelijk ziekenhuis dat is onderzocht, ligt dit op 62%.

Via de huisarts is een aantal patiëntenstromen te onderscheiden richting de medisch specialist/ziekenhuis:

- via de verloskundige naar de gynaecoloog
- via de consultatiebureaus naar de kinderarts
- de directe weg naar de oogarts
- direct bezoek aan het ziekenhuis/EHBO
- via de bedrijfsarts, rechtstreeks naar het ziekenhuis.

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

In bijna 6% van de contacten vindt door de huisarts verwijzing plaats naar een medisch specialist.

Bij de specialist en het ziekenhuis treedt in 1990 een kentering op. Het procentuele aandeel van de bevolking dat een beroep doet op deze zorg neemt af (SCP 1996).

Het percentage personen dat de specialist bezoekt, is in de periode 1981 - 1995 gestegen van 37 naar 40%. De laatste jaren is er sprake van geringe afname. Dit houdt in dat per jaar 6 miljoen inwoners de medisch specialist consulteren. Het gemiddelde aantal contacten per inwoner is gestegen van 1,6 naar 1,9%. Er is dus sprake van ongeveer 11,5 miljoen contacten met de specialist.

Het percentage personen dat opgenomen is in ziekenhuizen in één jaar is in de periode 1981 - 1995 gedaald van 7,4% naar 6,5%.

Het absoluut aantal opnamen is licht gestegen. Door de daling van het percentage opgenomen personen en de groei van de bevolking is het aantal opgenomen personen nagenoeg constant gebleven (1 miljoen per jaar).

De opnamefrequentie is tussen 1980 en 1994 met bijna 0,1 per jaar gedaald van 11,2 naar 10,4 per 100 personen. De daling is vooral opgetreden in de periode van 1985-1990. Sindsdien is er weer sprake van een stijging. Gegevens van LMR (SIG 1993) tonen aan dat tussen 1990 en 1991 alleen bij personen jonger dan 65 jaar sprake is van een daling van het aantal opnamen. Bij personen van 65 jaar en ouder daarentegen blijkt in 1990 en 1991 sprake te zijn van een stijging ten opzichte van het voorafgaande jaar. Voor personen van 65 jaar en ouder is in de periode 1981 - 1995 sprake van een stijging van gemiddeld 0,3% per jaar.

De grote steden en gemeenten kleiner dan 50000 inwoners lopen in het aantal opnamen sterk uiteen. Bij correctie voor het percentage ouderen en lagere inkomensgroepen komt het opnamepercentage van de grote steden zelfs lager uit dan in plattelandsgemeenten.

Leeftijdsopbouw speelt bij opnamen voor bepaalde ziektecategorieën zoals kanker, hart- en vaatziekten en CARA een dominante rol.

4 De gevolgen voor de ziekenhuiszorg

4.1 Inleiding

De demografische veranderingen en de wijzigende patiëntenstromen hebben belangrijke gevolgen voor het ziekenhuis.

4.2 Het ziekenhuis

De dienstverlening van het algemeen ziekenhuis is aan grote veranderingen onderhevig. Er is sprake van een relatief constant aantal opnamen over een periode van 10 jaar, terwijl het aantal verpleegdagen per opname sterk terugloopt. Het aantal verpleegdagen loopt zelfs in die mate terug, dat de beddenreductie die is ingezet niet leidt tot een hoger bedbezettingspercentage. De aanwezige bedden worden wel intensiever gebruikt. Het intensief gebruik is in kleinere ziekenhuizen sterker dan in de grotere. De afname van de gemiddelde verpleegduur geldt, op een enkele uitzonderingen na, voor elk specialisme. De afname van de verpleegduur wordt in de laatste jaren vooral bepaald door de verkorting van de gemiddelde verpleegduur bij de leeftijdsgroepen boven de 65 jaar.

Er is een duidelijke toename waarneembaar in eerste polikliniekbezoeken en dagverpleging. Er trad bijna een verdrievoudiging op van het aantal opnamen voor dagverpleging in een tijdsbestek van 4 jaar. Bij het specialisme KNO is het aantal dagverplegingsopnamen uitgegroeid boven de klinische opnamen. Het tempo waarin deze ontwikkeling zich voordoet is groter en sneller dan voorzien. Van 250.000 dagverplegingsopnamen in 1990 tot 600.000 in 1994.

4.3 Klinische en poliklinische productie

Het aantal klinische operaties tussen 1981 - 1995, is na een aanvankelijke daling, toegenomen tot 1 miljoen. In dezelfde periode steeg het aantal poliklinische operaties eveneens met 1 miljoen, waarvan een groei van 400.000 tussen 1993 - 1994 ten gevolge van een wijziging in de COTG tarievenlijst voor nevenverrichtingen. De totale groei van de poliklinische productie wordt hoofdzakelijk door poliklinische operaties veroorzaakt. Er is een duidelijke toename van de poliklinische productie voor huisartsen. In 1994 werd in de polikliniek van elke drie röntgen-

foto's en van elke vijf laboratoriumpunten er één geproduceerd in opdracht van de huisartsen.

De dienstverlening vanuit het ziekenhuis ten behoeve van de diagnostiek door huisartsen zal verder blijven toenemen.

4.4 De klinische verschuivingen

Van de 6 miljoen personen die zich tot de specialist wenden wordt circa 1 miljoen opgenomen. De poliklinische bezoeken, de dagverpleging en de poliklinische verrichtingen nemen alle sterk in aantal toe. Het behandelingsrepertoire van de specialist wordt allengs breder. De ondersteunende specialismen krijgen een steeds belangrijker rol in ondersteuning van de huisarts. De aanvankelijk klinische concentratie van de medisch specialist lijkt meer en meer te verschuiven.

4.5 De klinische populatie

Door de ontwikkeling van de dagverpleging is er vooral een verschuiving opgetreden in de leeftijdsgroep 15-44 jaar. Het aantal opnamen in deze groep is tussen 1990 - 1994 sterk afgenomen, terwijl juist in deze groep de meeste opnamen in dagverpleging optreden. Het aandeel van de ouderen in de klinische populatie neemt daardoor relatief sterk toe. Ouderen worden steeds vaker opgenomen. Dit kan deels worden toegeschreven aan het aantal meervoudige opnamen voor één aandoening en aan de toegenomen behandelmogelijkheden.

Er is vooral een toename waar te nemen in het aantal opnames bij de specialismen cardiologie, algemene chirurgie, oogheelkunde en longziekten. Het aantal opnamen interne geneeskunde bleef nagenoeg gelijk.

Medisch-technologische ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat meer behandelingen kunnen worden verricht, vooral ook bij oudere leeftijdsgroepen. Dit geldt ook voor veel behandelingen, die aanvankelijk een klinische opname vereisten. Deze kunnen nu in dagverpleging worden uitgevoerd. Technologische mogelijkheden maken ook voor ouderen een snellere verschuiving naar dagverpleging meer en meer mogelijk.

4.6 Opname in dagverpleging

Van 1990 - 1994 is het aantal opnamen in dagverpleging tot 600.000 gestegen. Interne geneeskunde (22%), chirurgie, ortho-

pedie, KNO en oogheelkunde droegen elk 10% bij aan de stijging. Het klinische aandeel van 45 jaar en ouder stijgt. Daarbij neemt de dagverpleging ook in deze leeftijdsgroepen een steeds grotere plaats in. Het leidt evenwel niet tot een hoger bedgebruik van deze leeftijdsgroep. Bij 75 jaar en ouder treedt zelfs verlaging van het bedgebruik op.

4.7 De gemiddelde verpleegduur

De afname van de gemiddelde verpleegduur van klinische opnamen komt vooral voor rekening van de afname van de verpleegduur van de oudere leeftijdsgroepen.

Het aandeel van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder op het aantal verpleegdagen is 7 miljoen van het totaal van 15,5 miljoen in 1994. De verwachting is dat bij uitblijvende verschuiving naar poliklinische behandeling, dagverpleging en gelijke gemiddelde verpleegduur in 1997 dit aantal zal stijgen naar 7,5 miljoen van de dan verwachte 16 miljoen verpleegdagen.

De druk op het verder ontwikkelen van transmurale zorg neemt hierdoor toe.

5 De overgang van ziekenhuis naar de thuissituatie; transmurale zorg

5.1 Algemeen

Vanuit ziekenhuizen gezien is de thuissituatie verreweg de belangrijkste bestemming voor patiënten bij ontslag. Van de circa 1,5 miljoen in 1986 gingen er 1,44 miljoen naar huis, 20.000 naar een verpleeghuis en 25.000 naar een ander ziekenhuis.

Het aandeel patiënten dat naar huis gaat neemt af. Er is een toename in het aantal dat naar een verpleeghuis gaat. Meer mensen worden vanuit het ene naar het andere ziekenhuis overgeplaatst. Over deze meer recente ontwikkelingen bestaat geen exact cijfermatig inzicht.

Ontslagen patiënten naar wijze van ontslag
Bron: Vademecum 1995

	1985	1990	1991	1992
Naar huis	93,5%	93,1%	93,2%	93,0%
Naar inrichting	3,4	3,7	3,7	3,9

5.2 De ontwikkeling van de transmurale zorg

Er worden veel initiatieven voor transmurale zorg ontwikkeld. De transmurale zorg kan op het continuüm van zorg als volgt worden geïncorporeerd:

De kenmerken van de transmurale zorg zijn:

- de patiënt staat centraal;
- de zorg is integraal en continue;
- de zorg gaat door de 'muren' heen;
- de zorg is flexibel en dynamisch;
- er is sprake van gerichte afstemming/samenwerking;
- er is een gedeelde verantwoordelijkheid vastgelegd in protocollen.

De positionering van de verschillende vormen van transmurale zorg kunnen als volgt worden weergegeven:

Van Dalen en Huijsman (G&M, juni 1996) hebben een onderzoek gedaan naar de mate van transmurale activiteit, waarbij een groot aantal projecten is onderzocht.

Het betreft 177 lopende en 125 startende projecten op het terrein van de transmurale zorg. De acht meest genoemde doelgroepen komen overeen met de schatting van de landelijke doelgroepen zoals onderzocht voor de Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg (SZVZ).

Gebleken is, dat de termen 'ziekenhuis verplaatste zorg' en 'transmurale zorg' door elkaar worden gebruikt. De oriëntatie is bij beide in belangrijke mate gericht op de thuissituatie. De landelijke omvang van doelgroepen voor transmurale zorg (in minimum en maximum aantal patinten per jaar) wordt door de SZVZ geschat op:

	minimum	maximum
oncologiepatiënten (therapie)	2.500	5.000
pijnbestrijding	4.000	8.000
terminale patiënten (pijnbestrijding/ stervensbegeleiding)	2.000	20.000
orthopedische revalidatie/ tractiepatiënten	5.000	20.000
kinderen (o.a. cystic fybrosis)	10.000	15.000
diabetespatiënten (controle, zelfregulering)	3.000	10.000
zwangeren (monitoring)	2.000	5.000
patiënten met parenterale voeding (controle)	200	500
hartrevalidatie	20.000	50.000
chirurgie: post-operatief	5.000	40.000
low-care in samenwerking met verpleeghuis	?	?
nierpatiënten (thuisdialyse, instructie)	?	?
reumapatiënten (gespecialiseerde verpleging)	?	?
carapatiënten (beademing, medicatie)	?	?
stomapatiënten (instructie)	?	?

Dit zijn de resultaten van een verkenning onder hulpverleners in ziekenhuizen (juni 1993) naar de mogelijkheden om ziekenhuiszorg te verplaatsen naar de thuissituatie. Het belang van dit type zorg wordt meer en meer onderschreven. De belanghebbenden verenigen zich, o.a. in het Platform Transmurale Zorg. Dit platform is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Ziekenfondsraad en vele koepels en de Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg. Verder is er samenwerking tussen het Platform Transmurale Zorg, Zorg Onderzoek Nederland tot stand gebracht in het kader van de wet PEO.

5.3 De doelgroepen van transmurale zorg

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Op basis van de nu bekende mogelijkheden worden de volgende groepen als het meest kansrijk aangeduid.

Doelgroepen	Lopende projecten	Binnenkort starten projecten
Oncologische patiënten	25	23
Diabetes patiënten	16	12
Ouderen	15	7
Orthopedische patiënten	14	3
Cara-patiënten	8	12
Reuma patiënten	7	6
Chronische patiënten*	8	4
Neurologische patiënten	7	7

* Meerdere categorieën tegelijkertijd:
cara, Parkinson, MS, reuma, diabetes, enz.
Bron: G&M - 1996

Dit onderzoek heeft uitgewezen dat de helft van de onderzochte ziekenhuizen al geruime tijd bezig is met projecten. Meer dan de helft van de thuiszorgorganisaties is eveneens bij dit type projecten betrokken.

De belangrijkste motieven voor het starten van projecten voor transmurale zorg zijn blijkens onderzoek van zorginhoudelijke aard. De volgende categorieën zijn te onderscheiden: projecten voor specifieke doelgroepen, projecten gericht op medisch-technisch handelen en diagnostiek en projecten gericht op de transfer c.q. de overdracht van de patiënt. Veelal is er sprake van een combinatie van projecten.

Opmerkelijk is dat ziekenhuizen die langer bezig zijn met transmurale zorg, vaker aangeven dat het een taak van de thuiszorg is, dan de ziekenhuizen die nog moeten starten of zich aan het oriënteren zijn. Dit kan als volgt worden geïllustreerd.

	Ziekenhuizen (n=95)	Thuiszorg (n=82)	Overigen (n=44)	Totaal (n=221)
Geen interesse/volgen ontwikkelingen, maar niet zelf actief	3.2	8.5	20.9*	8.6

Geïnteresseerd en oriëntatie op mogelijkheden	31.6	25.6	27.9	28.5
Actief en gaan project opzetten	15.7	9.8	14.0	13.1
Al geruime tijd mee bezig	49.5	56.1	37.2*	49.8
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0

* deze groepen wijken af

Bron: G&M - 1996

5.4 De overgang van het ziekenhuis naar het verpleeghuis

Patiënten die in een ziekenhuis langdurig gerevalideerd of gereactiveerd worden of zij die terminale zorg ontvangen, kunnen in een eerder stadium naar een verpleeghuis, aldus Schuur en Van Kuijk (Signet nr 96-1).

De overgang van ziekenhuispatiënten naar een verpleeghuis kan gezien de huidige bezettingsgraad van het verpleeghuis van bijna 100% een aanzienlijke wachttijd opleveren. Vaak wordt deze wachttijd doorgebracht in het ziekenhuisbed.

Voorwaarden voor de overgang naar het verpleeghuis zijn dat revalidatie, reactivering, medische mogelijkheden en capaciteit aanwezig zijn. Voor tien geselecteerde diagnoses zijn in 1994 bijna 82.000 patiënten van 65 jaar en ouder ontslagen. Daarvan wordt 18% (14.891) na 4 weken of later ontslagen.

Tabel 5.4.1: Voor tien diagnoses het aantal patiënten van 65 jaar of ouder ontslagen uit ziekenhuizen; 1994.

Bronnen: jaardiskette voor de ziekenhuizen en LMR

Aantal ontslagen patiënten van 65 jaar of

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Hoofddiagnose	totaal	ouder	
		waarvan na 4 weken of langer	
fractuur van de femurhals	13.446	3.560	(26%)
afsluiting van cerebrale arteriën	6.175	2.338	(38%)
ostea-artrose en verwante afwijkingen	15.168	1.137	(7%)
acute, niet scherp omschreven CVA	5.075	1.764	(35%)
complicaties kenmerkend voor bepaalde gespecificeerde verrichtingen	6.486	1.212	(19%)
hartdecompensatie	21.113	2.096	(10%)
intracerebrale bloeding	2.376	728	(31%)
diabetes mellitus	8.300	1.174	(14%)
(pre)seniele organische psychotische aandoeningen	1.115	550	(49%)
diverse aandoeningen van urethra en overige urine-wegen	3.624	332	(9%)
Totaal	82.875	14.891	(18%)

Tabel 5.4.2: Patiënten van 65 jaar of ouder, na vier weken of langer ontslagen uit ziekenhuizen; aantal en gemiddelde verpleegduur onderverdeeld naar ontslagbestemming (LMR 1994)

ontslagen uit ziekenhuis naar	met een verpleegduur van 4 weken of langer	met een verpleegduur van 9 weken of langer	gemiddelde duur
-------------------------------	--	--	-----------------

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

eigen omgeving/verzorgingshuis	8.218	292	11 weken
verpleeghuis	4.406	2.124	11 weken
	1.529	268	12 weken
	738	-	-

De cijfers hebben alleen betrekking op patiënten van 65 jaar en ouder met één van de tien geselecteerde diagnoses

Naar een verpleeghuis gaan 6.530 patiënten en naar eigen omgeving of een verzorgingshuis 8.510.

6 Het ziekenhuis, schaalvergroting en spreiding

Het aantal ziekenhuizen is in 25 jaar beduidend in aantal afgenomen. Er zijn vooral ziekenhuizen met minder dan 300 bedden verdwenen. Het aantal ziekenhuizen met meer dan 500 bedden is met 50% toegenomen. Dit betreft vooral instellingen die uit een fusie zijn voortgekomen.

Tot 1990 wordt de daling van het aantal ziekenhuizen in overwegende mate bepaald door de reductie van het aantal kleine ziekenhuizen (< 200 bedden). Er is een toename van het aantal ziekenhuizen met meer dan 500 bedden.

Na 1990 treedt ook een afname in het aantal grote ziekenhuizen op. Een belangrijke rol heeft daarbij de voortschrijdende beddenreductie gespeeld. Ook is er door de overheid een rem gezet op verdere fusies.

De concentratie op één locatie door nieuwbouw is door aangescherpt bouwbeleid afgeremd. De overheid heeft kapitaalvernietiging in de afgelopen jaren willen voorkomen en de kostenstijgingen afgeremd. Een verdeelplan van functies en selectieve concentratie waren de sleutelwoorden. Grote concentraties zijn hierdoor voorkomen.

De gemiddelde omvang van de algemene ziekenhuizen is 425 bedden, 45 specialistenplaatsen met ongeveer 10 bedden per specialistenplaats. (15-17 poortspecialismen).

Organisatorisch is er een omslag te zien tussen 400 - 500 bedden, waarbij het aantal medewerkers groter wordt dan 1.000. Dit vereist een geheel andere communicatiestructuur. De adherentie van een ziekenhuis van deze omvang is ca. 150.000 inwoners.

In totaal zijn er 33 ziekenhuizen met meer dan 500 bedden en 6 ziekenhuizen met meer dan 800 bedden, afgezien van de academische ziekenhuizen.

Diverse ziekenhuizen die hun bouwplannen c.q. voortgaande fusies zagen geblokkeerd hebben alternatieven ontwikkeld voor het aanwenden van de beschikbare locaties. Ruim 30 'oude' locaties zijn op dit moment nog in functie. Oude locaties functioneren deels nog als kleine ziekenhuizen. Daar waar de fusie nog vers is, maar ook bij sterke cultuurverschillen is de integratie nog vertraagd. Ook zijn er ziekenhuizen met één locatie die na concentratie van functies buiten-klinieken openen. Vele

nieuwbouwooperaties zijn vertraagd doordat herijking heeft plaatsgevonden van de bouwplannen.

De toegevoegde waarde van schaalvergroting en concentratie is niet meer altijd duidelijk. Wel is er een opvallende verschuiving in de betekenis van de polikliniek. De polikliniek is van zij-ingang tot hoofdingang geworden.

Bij de fusies en de beddenreductie is vooral rekening gehouden met de regionale spreiding van ziekenhuisvoorzieningen.

Deze spreiding van ziekenhuisvoorzieningen heeft in de afgelopen jaren grote veranderingen ondergaan. Thans ziet de spreiding er als volgt uit:

Tabel 4.2: Grootte, klasse algemeen ziekenhuis, naar provincie

Provincie	0 - 99	100 - 199	200 - 299	300 - 399	400 - 499	500 - 599	600 - 699	700 - 799	800- 899	900>
Groningen		2	1						1	
Friesland		2	1	2				1		
Drenthe			2	2						
Overijssel		1		2	1	2	1			1
Gelderland		1	2	2	1		3	2		
Utrecht	1		5	1		1		1		
Noord Holland			2	3	4	2	1	1	2	
Zuid Holland		2	3	7	4	5	3			
Zeeland				3						
Noord Brabant		2	3	5	4	1	2		1	
Limburg			1	2			2			1
Flevoland		1		1						
Totaal	1	11	20	30	14	11	11	4	4	2

De noordelijke provincies, maar ook Limburg hebben weinig differentiatie in grootteklasse. Het voordeel zou kunnen zijn dat onderlinge taakverdeling tussen deze ziekenhuizen veel duidelijker kan worden aangebracht.

6.1 Klinische behandelcentra, buiten-poliklinieken en individuele praktijken buiten het ziekenhuis

Het overgrote deel van de medische specialisten werkt binnen de muren van het ziekenhuis in de directe patiëntenzorg. De specialisten die extramuraal werken op het terrein van de acute somatische zorg zijn doorgaans ook binnen de muren van het ziekenhuis werkzaam.

Georganiseerde en gezamenlijke praktijkvoering (al dan niet commercieel) in de vorm van diagnostische centra, poliklinieken en klinieken komt slechts op zeer bescheiden schaal voor. In 1993 bestonden er 40 niet klinische behandelcentra. Het aantal neemt toe, doorgaans in een directere relatie met het ziekenhuis.

In 1990 waren er 40 poliklinische buiten voorzieningen, waarvan 15 met erkenning. Het aantal is nu toegenomen. Het vormt een gerichte strategie van het ziekenhuis om de adherentie te vergroten, zelfs daar waar na fusie concentratiebouw heeft plaatsgevonden, worden oude locaties aangehouden als polikliniek of na enige tijd opnieuw ontwikkeld. Ook daar waar nog geen toestemming voor concentratiebouw is verkregen, treden verschuivingen op in de klinische en poliklinische functies over de beschikbare locaties, o.a. een breder poliklinisch aanbod dan aanvankelijk beschikbaar was op de kleinere locatie.

In toenemende mate zijn er specialisten, die hoofdzakelijk poliklinisch werken. Chef de clinique in dienst van maatschappen, agnio's in dienst van de maatschap, maar vaak in dienst van het ziekenhuis, die vooral klinische taken hebben.

Ook individuele praktijken worden door de ziekenhuisorganisatie toegelaten, deels als tegemoetkoming aan de specialisten, maar voor een niet onbelangrijk deel ook als strategie van het ziekenhuis ter vergroting van de adherentie. Verder wordt op buitenlocaties, waar aanvankelijk één specialisme vertegenwoordigd was een verbreding van het specialistisch aanbod gerealiseerd. Deze activiteiten zijn ook zichtbaar, daar waar een ziekenhuis door concentratiebouw van een locatie vertrekt.

7 Verwachtingen in 1990 en de verwachtingen in 1996

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

De vergrijzing heeft duidelijke effecten op de consumptie van de zorgvoorzieningen. Bij de huisarts treedt een verschuiving op in de wijze van contact met de patiënten. Meer patiënten hebben meer contact. Dit geldt voor zowel het bezoek op de praktijk als voor telefonische contacten. Er treedt een terugloop op in de thuisvisites.

De poortwachtersfunctie van de huisarts vertoont hiaten door reeds lang bestaande patiëntenstromen langs de huisarts, maar mogelijk ook door het verder openstaan van de ziekenhuispoort.

Bij de medisch specialistische zorg en de ziekenhuiszorg hebben de ontwikkelingen tot integratie zich voortgezet. De lijn vanaf begin jaren tachtig zag er als volgt uit.

De integratie van diensten in het ziekenhuis is aangemoedigd. Ter beheersing van de kosten van gespecialiseerde zorg is deze geconcentreerd in een overzichtelijk aantal ziekenhuizen. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in een terughoudende opstelling ten aanzien van buitenpoliklinieken. In verband met de beperkte medische mogelijkheden en een gevaar van onvoldoende kwaliteit van de zorg, van relatieve ondoelmatigheid en van dure overhead (onbenutte apparatuur en ruimten, heen en weer reizen van personen en materialen).

De aanmoediging bestond onder andere uit de wettelijke bescherming van ziekenhuizen en het vrijwaren voor concurrentie van bijvoorbeeld particulier klinische initiatieven.

Medisch specialisten hebben zelf een belangrijke rol gespeeld bij het verlaten van hun thuispraktijken en hun trek naar het ziekenhuis. De solistische huispraktijk bood beperkte mogelijkheden tot specialisatie en tot het doen van investeringen in dure apparatuur. Daarnaast nam ook de behoefte aan teamwerk toe in verband met het steeds gecompliceerder worden van de pathologie (multipathologie) en van de ouder wordende ziekenhuisbevolking.

Van overheidszijde is de integratie van de medisch specialist in de ziekenhuisorganisatie de laatste decennia sterk aangemoedigd. De redenen daarvoor wisselden. In de jaren zestig en de jaren zeventig werd integratie aangespoord om functiedifferentiatie (specialisatie) mogelijk te maken en teamvorming te bevorderen.

Ook hebben verzekeringsinstellingen (met name de ziekenfondsen), voorzover zij invloed hadden op de inrichting van het voorzieningenpatroon, bijgedragen aan de integratie van specialisten in de ziekenhuisorganisatie.

De hiervoor geschetste integratiebeweging in de jaren zestig,

zeventig en tachtig werd begeleid door parallelle bewegingen van concentratie (van technologische en medische functies) en centralisatie (van bevoegdheden).

De concentratie van medische technologie en de daarmee uitgeoefende functies vond op drie niveaus plaats:

- concentratie van technologie binnen ziekenhuizen;
- binnen centrale afdelingen (röntgen, laboratoria, radiotherapie, automatisering);
- in enkele geselecteerde ziekenhuizen (art. 18 WZV).

Sinds het begin van de jaren zeventig is er sprake van processen van centralisatie:

- bij de medische stafvorming in ziekenhuizen en het toekennen van bevoegdheden aan stafbesturen;
- binnen de ziekenhuisorganisatie centraliseerde het management bevoegdheden om de ziekenhuisorganisatie te kunnen sturen (productieafspraken, beleidsplannen maken, investeringsprioriteiten vaststellen, e.d.);
- bij de rijksoverheid (centraliseerde bevoegdheden tot het regisseren, reguleren en budgetteren van gezondheidszorgvoorzieningen).

Aan het eind van de jaren tachtig treedt er een omslag op in de Nederlandse ziekenhuiszorg van integratie naar ontvlechting, van concentratie van functies en technologie naar deconcentratie en van centralisatie van bevoegdheden naar decentralisatie ervan, zowel op rijksniveau als op organisatorisch niveau binnen de ziekenhuizen zelf.

De integratie van de medisch specialist blijkt geen onomkeerbaar proces. Hoewel veel specialisten aangewezen blijven op een omvangrijke infrastructuur binnen een ziekenhuis, komen er steeds meer mogelijkheden om ziekenhuiszorg buiten de muren van een ziekenhuis te bedrijven. Een vrij groot aantal specialisten hebben op dit moment de ambitie om ook buiten een ziekenhuis specialistische zorg aan te bieden. Voor hen is het ziekenhuis te groot en te overheersend geworden (beperking individuele vrijheid). Het ziekenhuis biedt voor hen onvoldoende mogelijkheden om aan de groeiende vraag te voldoen (onder andere blijkend uit de langer wordende wachtlijsten voor veel behandelingen zoals voor dotteren, by-pass-operaties).

Het rapport van de commissie-Dekker heeft hen op het spoor gezet van de vrije markt, waar de aanbieders van zorg kunnen concurreren op prijs en kwaliteit. Bij veel artsen heeft dit het ondernemerschap weer aangewakkerd. Dit is des te aantrekkelijker naar mate de vrijheidsbeperkingen binnen de krap gebudgetteerde

ziekenhuizen groter wordt.

Veranderingen op het terrein van de diagnostische, curatieve en communicatie technologie maken deconcentratie mogelijk. Dit geldt zowel voor deconcentratie van centrale afdelingen in het ziekenhuis naar lokale eenheden (afdelingen) als voor nevenvestigingen (buiten-poliklinieken, zelfstandige poliklinieken en klinieken).

Toch blijft het beeld, dat ziekenhuizen in de loop van de tijd (bijna) exclusieve organisatorische en ruimtelijke integratiekaders zijn geworden van medisch specialistische zorg, medische technologie, poliklinische en klinische zorg en van een hele reeks van ondersteunende diensten.

Daar waar gesproken kan worden van “ontvlechting”, deconcentratie en decentralisatie is er sprake van een gedeelde strategie van medisch specialisten en ziekenhuizen. De invloed van het ziekenhuis op de infrastructuur van de somatische zorg lijkt zich verder te versterken. Transmurale Zorg en Ziekenhuis Verplaatste Zorg zijn ontwikkelingen die de invloed van het ziekenhuis op de zorgketen verder zullen vergroten.

Ziekenhuizen zullen de medische as met een sterk poliklinische oriëntatie aan de instroomkant en de verpleegkundige as aan de uitstroomkant op elkaar laten aansluiten. Het is waarschijnlijk dat het ziekenhuis zich ontwikkelt van integratiekader van medisch specialistische poliklinische en klinische zorg tot organisatorisch integratiekader van de somatische zorgketen.

Bijlage 8

Het moderne ziekenhuis (bureaunotitie)

Het moderne ziekenhuis ontwikkelt zich van een capaciteitsorganisatie tot een organisatie die mede verantwoordelijk is voor de maatschappelijke - en daarmee ziekenhuisoverstijgende - zorgfunctie. In dat ontwikkelingsproces wordt het moderne ziekenhuis vaak gepositioneerd als een *onderneming*. Natuurlijk zijn er belangrijke verschillen tussen ziekenhuizen en ondernemingen in het bedrijfsleven. Zo lopen de doelstellingen uiteen, de omgeving is verschillend evenals de mate van overheidsbemoedening. Maar er zijn ook overeenkomsten, zeker als het om de besturing van ziekenhuizen gaat. Zowel ziekenhuizen als ondernemingen zijn complexe arbeidsorganisaties, die taken zo efficiënt en effectief mogelijk willen vervullen ten behoeve van de gebruiker van de aangeboden diensten of goederen.

Het ziekenhuis kan dus in zekere zin als onderneming worden beschouwd. Maar wat wil het ziekenhuis met dat 'ondernemen' bereiken? Welke doelen worden beoogd?

De belangrijkste doelen van het ondernemende ziekenhuis zijn:

- patiëntgerichte benadering. De patiënt moet er beter aan worden. Dat kan door effectieve zorg-op-maat te leveren, met voortdurend oog voor de continuïteit van de zorg;
- bedrijfsgerichte benadering. Een continue aandacht voor de doelmatigheid;
- zorg voor een goede marktpositie. Dat kan door: versterking van de huisarts-specialist; versterking van de ziekenhuisfunctie; versterking van het regionaal zorgnetwerk; betere regionale uitstraling (imago).

In deze notitie beschrijven we hoe het moderne ziekenhuis deze doelen kan bereiken. Een korte typering van 'het ziekenhuis van morgen'.

1. Zorgvraag

Een patiëntgerichte benadering houdt in dat het moderne ziekenhuis zicht heeft op de omvang en aard van de zorgvraag in het verzorgingsgebied en de ontwikkelingen die zich in de zorgvraag voordoen. Belangrijke items zijn de vergrijzing en de toename van chronische aandoeningen. Relevant zijn uiteraard ook de kenmerken van het verzorgingsgebied: stad of platteland en dergelijke.

2. Zorgaanbod

Het moderne ziekenhuis biedt op basis van de geanalyseerde zorgvraag een gedifferentieerd zorgpakket aan, uitgaande van zorg-op-maat. Het zorgaanbod is niet automatisch gekoppeld aan de lokatie 'ziekenhuis'.

Het ziekenhuis streeft naar een zo kort mogelijke verpleegduur, ook vanuit het belang van de patient. Het ziekenhuisproduct wordt bijgesteld op grond van een verscherpte indicatiestelling: wat kan waar het best worden geleverd.

Zorgvernieuwing staat voortdurend op de agenda van het moderne ziekenhuis. Het gaat om de verdere ontwikkeling van transmurale zorg en zorgketens.

De coördinatie en continuïteit van het zorgproces is goed geregeld door:

- het optimaliseren van de continuïteit bij regulier ontslag;
- het ontwikkelen van vormen van tijdelijke intramurale zorg;
- het ontwikkelen van vormen van ziekenhuisverplaatste zorg;
- het versterken van de as huisarts-specialist.

3. Organisatie intern

De interne organisatie van het moderne ziekenhuis is erop gericht de zorgprocessen te faciliteren. Kenmerken zijn: flexibel, resultaatgericht, slagvaardig.

Dat vereist een procesgericht model: een organisatiestructuur bestaande uit relatief autonome eenheden, opgezet rondom zorgprocessen. Eenheden bestaan uit een of meer maatschappen, verpleegafdelingen, polikliniek en eventueel functieafdelingen.

Voorwaarden voor zo'n organisatiestructuur zijn:

- decentralisatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- aanpassing van de bestaande cultuur: oppakken eigen verantwoordelijkheden; stimuleren van initiatieven; invulling geven aan eigen probleemoplossend vermogen; samenwerkingsrelaties opbouwen binnen de zelfstandige organisatorische eenheden;
- contractmanagement (resultaatgerichtheid);
- delegerend en motiverend ziekenhuismanagement;
- budgetteringsinstrument juist inzetten;
- ontwikkeling van managementinformatie.

Binnen die organisatiestructuur opereert de specialist als case-manager: hij organiseert het zorgproces en let op de doelmatigheid. Voor de specialist komen belangrijke leidinggevende

functies in het ziekenhuis binnen bereik. Omgekeerd investeert het moderne ziekenhuis in management development van medische specialisten.

Ook verpleegkundigen krijgen meer verantwoordelijkheden en meer mogelijkheden voor vakinhoudelijke verdieping en specialisatie (vgl. ook liaison-verpleegkundige; gespecialiseerde verpleegkundige bij chronische aandoeningen).

4. Organisatie extern

Effectieve zorgverlening is alleen mogelijk als er garanties zijn voor de continuïteit van zorg vanuit een regionaal zorgcircuit. Het ziekenhuis probeert lacunes daarin op te vullen, zelf of samen met andere partijen. Een adequate regionale zorginfrastructuur komt tot stand via samenwerking. Het ziekenhuis gaat formele of informele samenwerkingsverbanden aan met de direct betrokken zorgverleners. Met de huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorg wordt gezocht naar win-winsituaties, waarbij maximaal gebruik kan worden gemaakt van de kennis en vaardigheden van betrokken zorgverleners. Op die manier ontstaan zorgketens.

Een voorbeeld van zo'n strategische alliantie: het ziekenhuis koopt bij de thuiszorgorganisatie thuiszorg in om de duur van een ziekenhuisopname (bijv. bij een heupoperatie) te kunnen bekorten. Het ziekenhuis is dan hoofdaannemer: het sluit een contract met de verzekeraar over het aantal heupoperaties per jaar tegen een bepaalde prijs. De thuiszorgorganisatie is onderaannemer en wordt betaald door het ziekenhuis.

5. Positie patiënt

Het moderne ziekenhuis gaat uit van de patiënt en diens behoeften en wensen. Dat betekent dat patiëntvriendelijk handelen veel aandacht krijgt. Er wordt vooral gewerkt aan betere informatievoorziening (meer patiëntenvoorlichting), meer privacy en het beter betrekken van de patiënt bij de zorg.

Het ziekenhuis heeft een cliëntenraad en regulier overleg met het regionale patinten/consumenten platform.

6. Strategisch beleid

Het moderne ziekenhuis voert een actief strategisch beleid. Profilering van het ziekenhuis, een goede naam onder de bevolking en een sterke marktpositie zijn expliciete bedrijfsdoelen.

De patiënt wordt ook gezien als hotelgast; de voorzieningen worden daarop afgestemd.

Het ziekenhuis kan zijn marktpositie o.a. verbeteren door de huisarts-specialist te versterken (verwijsfunctie) en door het regionale zorgnetwerk verder uit te bouwen.

Netwerkvorming is ook een belangrijk onderdeel van het strategisch beleid. Meer en meer ontstaan horizontale samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen, bijvoorbeeld het platform van academische ziekenhuizen en dat van de topklinische opleidingsziekenhuizen en de stichting ziekenhuisverplaatste zorg.

7. Verantwoording

Het moderne ziekenhuis stelt zich open en toetsbaar op naar de overheid, patiëntenorganisaties en verzekeraars ten aanzien van de geleverde zorgprestaties. Dit vereist veel aandacht voor de interne en externe communicatie. Het zorgproces moet transparanter worden en de kwaliteitssystemen moeten daarop worden ingericht.

8. Management

Uit de voorgaande beschrijving van het moderne ziekenhuis blijkt dat er hoge eisen moeten worden gesteld aan het management. De inhoud van de relatie tussen het management en de medische professionals is daarbij van groot belang. De professional is immers van nature geneigd zelf te sturen in plaats van zich te laten sturen.

Jaspers en Van Oorschot (1996) noemen de volgende profielvereisten voor de ziekenhuismanager:

1. Weet visies tot ontwikkeling te brengen.
2. Betrekt professionals bij het bepalen van de strategie.
3. Stuurt de interactie waaruit de zingeving voor het (individuele) handelen voortkomt.
4. Creëert de organisatorische voorwaarden voor doelmatigheid.
5. Geeft richting aan de dialoog inzake schaarste-vraagstukken.
6. Weet een cultuur te scheppen waarin professionals zich thuis voelen en optimaal kunnen presteren.
7. Grijpt in bij de overschrijding van de afgesproken kaders.
8. Bevordert het ondernemend gedrag van zijn kenniswerkers.
9. Hecht niet aan structuren en (te) strakke regelgeving.
10. Stimuleert het aangaan van nieuwe samenwerkingsverbanden.
11. Heeft een goede neus voor persoonlijke kwaliteiten.

Bijlage 9

Chronische aandoeningen en ziekenhuiszorg (bureaunotitie)

Belangrijke demografische ontwikkelingen voor het gebruik van gezondheidszorg zijn de toenemende vergrijzing en de toename van chronische aandoeningen. De vraag die in deze notitie centraal staat luidt: kunnen we (zo mogelijk met cijfers) aangeven welke invloed deze ontwikkelingen hebben op het gebruik van ziekenhuiszorg? Deze vraag is relevant omdat bij gezondheidsproblemen, die voortvloeien uit ouderdom en chronische aandoeningen, een integrale benadering en continuïteit van zorg op de voorgrond staan.

1. Chronische aandoeningen: kenmerken en zorggebruik

Kenmerken

Een breed spectrum van ziekten en klachten wordt als chronisch aangemerkt. Het gaat daarbij om levensbedreigende aandoeningen, om invaliderende aandoeningen alsook om minder ernstige en minder beperkende aandoeningen.

Afhankelijk van het verloop van klachten en symptomen kunnen diverse groepen aandoeningen worden onderscheiden:

- ziekten die lang duren en die in het algemeen geen symptoom- dan wel klachtenvrije perioden kennen, zoals onbehandelde hoge bloeddruk, multiple sclerose of onbehandelde suikerziekte;
- aandoeningen die lang duren en tot periodiek weerkerende klachten leiden, zoals CARA en migraine;
- ziekten die progressief verslechteren en vaak kort duren, zoals longkanker en hartziekten;
- aandoeningen die door medische interventies eventueel te verhelpen zijn, zoals prostaathypertrofie en kanker;
- ziekten met resttoestanden, zoals beroerte (Van den Bos, 1989).

Chronische ziekten komen bij alle leeftijden voor, echter de prevalentie van de meeste chronische aandoeningen neemt met de leeftijd toe, met een cumulatie van chronische ziekten op oudere leeftijd. Bij de groep 35-44 jarigen heeft 20% een chronische aandoening, bij de groep 65-74 jaar is dat al 48% en bij de ouderen boven de 75 jaar 53% (van den Bos e.a., 1995). In het betreffende onderzoek zijn 6 belangrijke chronische somatische ziekten geselecteerd, nl. beroerte, aandoeningen van het bewegingsappa-

raat, hartaandoeningen, kanker, longaandoeningen en suikerziekte.

Zorggebruik

Het overzicht van groepen aandoeningen maakt duidelijk dat de zorg voor mensen met een chronische aandoening een divers karakter heeft. Vaak ligt het accent op het leren omgaan met de beperkingen: genezing is immers niet mogelijk. Voor een aantal aandoeningen is periodieke controle (poliklinisch) noodzakelijk. Bij andere aandoeningen is soms een ingreep of kortdurende opname nodig.

Mensen met een chronisch ziekte vormen een belangrijke groep gebruikers in de gezondheidszorg. Omgekeerd nemen de medische voorzieningen kwantitatief een belangrijke plaats in, in de zorg voor chronisch zieken. Het gaat dan om activiteiten op het gebied van medische zorg (medisch-klinische aspecten), revalidatie, verpleging en verzorging.

Uit onderzoek onder de Amsterdamse bevolking blijkt dat van de 55-79 jarigen met chronische aandoeningen 79% is aangewezen op medische zorg. De meesten (65%) consulteren de huisarts; bijna de helft (47%) heeft (ook) contact met de specialist, terwijl 16% in het jaar voorafgaand aan de enquête in een ziekenhuis opgenomen is geweest. Van de ouderen met chronische aandoeningen heeft 16% revalidatie nodig. De fysiotherapie in de eerste lijn is de belangrijkste voorziening. Slechts 0,5% is opgenomen geweest in een revalidatie-centrum (in het jaar voorafgaand aan de enquête). Op verzorging en verpleging is 10% van de chronisch zieken aangewezen. Circa 8% krijgt extramurale hulp. Gezinszorg wordt vaker ingeschakeld dan wijkverpleging (7% resp. 3%). Bijna 2% is intramuraal opgenomen: 1,4% in een verzorgingshuis en 0,3% in een verpleeghuis (Van den Bos, 1989).

De zorg voor chronisch zieken zal vaak een multidisciplinaire invalshoek vergen. De gebruikelijke indeling tussen echelons en disciplines wordt doorsneden, waarbij verschillende activiteiten (behandeling, revalidatie, verpleging en verzorging) veelal naast elkaar plaats vinden.

Gebrek aan coördinatie van zorg wordt door chronisch zieken als een belangrijk structureel probleem aangemerkt (Van den Bos, 1989; inmiddels zijn er experimenten met coördinatiecentra voor chronisch zieken). Het overgrote deel van chronisch zieken heeft contact met huisarts en tweede lijn/specialist. Het medisch zorgcircuit functioneert tamelijk gescheiden van het thuiszorgcircuit.

2. Gebruik van ziekenhuiszorg

Kwantitatieve gegevens over het ziekenhuisgebruik gerelateerd aan *chronische aandoeningen* tonen aan dat terwijl in het algemeen het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen duidelijk daalt, dit aantal voor chronische aandoeningen in de periode 1980-1988 licht toeneemt (zie bijgevoegde tabel Verloop verpleegdagen). Omgerekend naar percentages nemen in 1980/81 patinten met chronische aandoeningen 13% van alle verpleegdagen voor hun rekening. In 1985 is het aandeel 14%; in 1988 verder gestegen tot 16%.

Onduidelijk is in hoeverre bij de cijfers in deze tabel rekening is gehouden met dubbeltellingen (co-morbiditeit). Verder cijfermateriaal is op dit moment niet beschikbaar (wel nog opgevraagd bij WOCZ en NCCZ).

Het cliëntenbestand van de ziekenhuizen in Nederland vergrijst in hoog tempo. Uit de analyse van Haring (1992) over de ziekenhuiszorgconsumptie van *ouderen* blijkt dat de groep mensen van 55 jaar en ouder een bovenproportioneel aandeel heeft in de ziekenhuiszorg. We kunnen deze conclusie nader toelichten met de volgende gegevens. Alle gegevens hebben betrekking op 1990, tenzij anders vermeld.

Ziekenhuisopnamen

In 1990 zijn er 3,3 miljoen Nederlanders van 55 jaar of ouder (22% van alle inwoners).

Van alle ontslagen patiënten uit algemene, categorale en academische ziekenhuizen is 42% (643.000 ontslagen) 55 jaar of ouder. Tweederde van deze groep is tussen de 55 en 75 jaar.

Per 100 inwoners van de groep 55 jaar en ouder zijn er 19,5 ontslagen; voor Nederland ligt deze coëfficiënt op 10,3.

Tussen 1986 en 1990 stijgt het aantal ziekenhuisontslagen van patiënten van 55 jaar en ouder met ruim 9%. Deze toename wordt met name teruggevonden bij de specialismen oogheelkunde, cardiologie, orthopedie en longziekten.

Verpleegdagen

57% van alle verpleegdagen in de Nederlandse ziekenhuizen worden gemaakt door de patiënten van 55 en ouder. Dit komt neer op 7,8 gebruikte bedden per 1.000 inwoners. Het gemiddeld aantal gebruikte bedden per 1.000 inwoners bedraagt in Nederland 3,0. Evenals het aantal ontslagen neemt het aantal verpleegdagen toe naarmate de patiënten ouder zijn.

1986 - 1990: aantal verpleegdagen daalt met 5%. De oorzaak ligt in een aanzienlijke daling van de gemiddelde verpleegduur.

Verpleegduur

De gemiddelde verpleegduur voor 55-plussers bedraagt 14,6 dagen; voor alle patinten: 10,7 dagen. De gemiddelde verpleegduur neemt sterk toe met de leeftijd.

1986 - 1990: gemiddelde verpleegduur daalt bij de 55-plussers met 13% van 16,7 tot 14,6 dagen.

3. Toekomstverwachting

Het aandeel van chronische ziekten in het totaal aantal ziekten is geleidelijk gestegen en zal in de toekomst zeer waarschijnlijk verder toenemen. Deze toename hangt samen met de verbeterde levensverwachting, de vergrijzing en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dit betekent dat steeds meer mensen een relatief groot deel van hun leven aangewezen raken op (gezondheids)zorgvoorzieningen.

De verhoudingen tussen preventie, cure en care zullen daarbij ingrijpend wijzigen. Een sequentiële ordening van preventie, cure en care zal plaatsmaken voor een vervaechting van deze activiteiten. Er zal met name meer gedaan moeten worden om beperkingen en sociale nadelen te voorkomen, die kunnen optreden ten gevolge van chronisch ziekten (Van den Bos e.a., 1995).

Om verschillende redenen zal de vraag naar zorg ten gevolge van chronische ziekten in de toekomst toenemen of verschuiven (STG, 1992):

- Het aantal patiënten dat *gediagnosticeerd* wordt, zal toenemen. Onzeker is of dit ook leidt tot een belangrijke toename in het gebruik van poliklinische specialistische zorg.
- Louter op grond van *demografische ontwikkelingen* stijgt het gebruik van ziekenhuiszorg met 17% in de periode van 1990 - 2005. Ter vergelijking de verwachtingen t.a.v. andere zorgvormen: huisartsen 10%; fysiotherapie 16%; gezinszorg 23%; wijkverpleging 12%; bejaardenoorden 33%; verpleeghuizen 30%.

Omdat vergrijzing de belangrijkste demografische ontwikkeling is, zal met name een groter beroep gedaan worden op zorgvormen waar vooral oudere chronisch zieken ook nu al een groot beroep op doen: wijkverpleging, ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingshuis. Ook op huisartsen en poliklinisch werkende specialisten zal een toenemend beroep worden gedaan, maar deze stijging is relatief minder sterk. Voor de

verschillende chronische aandoeningen liggen deze percentages anders.

- *Epidemiologische ontwikkelingen*: lichte stijging van incidentie van diabetes en astma verwacht; voor aantal aandoeningen verwacht men nog een stijging van de levensverwachting. Dit laatste impliceert weer een extra beroep op zorgvormen waar ouderen nu al een groot beroep op doen.
- *Verschuiving van zorg*: substitutie. Bij relatief kleinere capaciteit van de klinische zorg is uitbreiding van de andere zorgvormen noodzakelijk.

4. Wat verwachten patiënten van ziekenhuizen?

De patiënt met een chronische aandoening is gebaat bij een individuele, integrale benadering. Zo'n integrale aanpak is in ziekenhuizen moeilijker te realiseren dan bijvoorbeeld in de thuiszorg, omdat in ziekenhuizen de medische invalshoek overheerst en de behandeling en organisatie uitgaat van specialismen. "Het contact met de patiënt is een momentopname en de vragen beperken zich tot de ziekte. De levensloop komt niet aan bod. Evenmin wordt bekeken welk effect de ziekte en de veranderingen in het ziekteverloop, die bij chronisch zieken veelvuldig voorkomen, op het maatschappelijk leven hebben." (NCCZ e.a., 1993, blz 19). Het aanstellen van een zorgcoördinator is een stap in de goede richting. Deze kan ervoor zorgen dat iemand niet langer dan nodig in de diagnostische fase verkeert en dat andere instellingen tijdig worden aangesproken.

In veel ziekenhuizen zijn in de laatste jaren specialistische consulenten of verpleegkundigen aangesteld, bijvoorbeeld voor reuma, astma en diabetes.

Verloop verpleegdagen ziekenhuis per chronische aandoening. Absolute aantallen (x 1000), afgerond

Ziektecategorie	1980/81	1985	1988
<i>Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten</i>			
Diabetes mellitus	408	350	323
Cystische fibrose	?	?	?
<i>Psychische aandoeningen</i>			
Dementie	84	77	77
<i>Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen</i>			
Parkinson-syndroom	63	65	63

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Multiple sclerose	37	34	30
Epilepsie	86	100	93
Migraine	8	7	6
Staar (cataract)	124	150	167
<i>Ziekten van de bloedsomloop organen</i>			
Hartdecompensatie	305	348	391
Cerebrovasc. aandoeningen	630	642	665
<i>Ziekten van de ademhalingsorganen</i>			
CARA	396	436	415
<i>Ziekten van de spijsverteringsorganen</i>			
Ziekte van Crohn	41	41	42
Colitis ulcerosa	29	28	34
Coeliakie	?	?	
<i>Ziekten van de urogenitaal organen</i>			
Chronische nierinsufficiëntie	23	32	41
<i>Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel</i>			
Psoriasis	37	31	24
Decubitus	?	?	?
<i>Ziekten van de bewegingsorganen</i>			
Reumatoïde artritis	154	135	110
Artrose	291	314	322
Subtotaal	2716	2790	2803
Subtotaal	2716	2790	2803
Overige ziektecategorieën	17813	15956	14351
Totaal	20529	18746	17154

Bron: SIG, CBS.

Tabel is overgenomen uit de beleidsnotitie Chronisch-ziekenbeleid (Tweede Kamer, 1991).

Bijlage 10

Regelgeving (bureaunotitie)

In het kader van de werkzaamheden van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg is een inventarisatie gemaakt van regelgeving die direct, dan wel indirect van toepassing is (zie hoofdstuk 3 en bijlage 1 van het rapport). In de indirecte sfeer, dit wil zeggen niet specifiek geschreven voor ziekenhuizen, gaat het om meer regels dan waaraan in eerste instantie gedacht zou worden. Naast regelgeving op bijvoorbeeld het terrein van arbeid, milieu, kern-energie en geneesmiddelen, gelden ook regels voor de restauratieve en winkelveorzieningen, de ziekenhuisomroep en de feitelijke bouw.

In deze beschouwing gaat het evenwel om de directe regelgeving, en kan worden volstaan met de voornaamste daarvan. De kern van ziekenhuisregelgeving wordt gevormd door een cluster van wetgeving rond aanbod/toetreding, prijsvorming, zorgaanspraken/bekostiging en overige regels (met name rond kwaliteit). Het is niet de bedoeling de regels uitvoerig te bespreken; het gaat erom de huidige systematiek, de voorgenomen wijzigingen en de rol van overheid en betrokkenen te benoemen.

Aanbod/toetreding

Voor de toegang tot de ziekenhuismarkt is de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) het belangrijkste instrument. Deze wet beoogt het aanbod te beheersen en de doelmatigheid te bevorderen. In beginsel is het niet toegestaan zonder vergunning een ziekenhuis(voorziening) te bouwen, alhoewel in sommige gevallen volstaan kan worden met een melding. De facto is er sprake van een verbodssysteem. Op grond van de WZV is het ook mogelijk ziekenhuizen te saneren, bijvoorbeeld bij sluiting of reductie van beddenaantal. Het WZV-planningssysteem voor ziekenhuizen is inmiddels losgelaten, maar door middel van een systeem van bouwprogrammering worden prioriteiten gesteld bij bouwinitiatieven en gelden over de provincies verdeeld. In de systematiek van de WZV is een sterk sturende rol weggelegd voor de overheid. Het afgelopen decennium is om verschillende redenen steeds meer kritiek op de WZV gekomen. Met name de doelmatigheid en handhaafbaarheid laten te wensen over. De systematiek is te star. In reactie hierop heeft het kabinet aangekondigd de WZV te dereguleren. Een voorstel van Wet bouw zorgvoorzieningen ligt momenteel ter advisering bij de Raad van State. In de nieuwe, beoogde regeling wordt het verbodssysteem vervangen door een

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

stimuleringsregeling. Op basis van sectorale zorgvisies worden bouwinitiatieven getoetst. Bij een positief oordeel worden ze geplaatst op een bouwprogramma en komen daarmee in aanmerking voor bekostiging uit collectieve middelen. Bouwen buiten het programma is niet verboden, maar wordt wel belemmerd omdat de financiering uit collectieve middelen ontbreekt. Ook voor ver- en nieuwbouw worden de regels herzien. Instellingen krijgen meer eigen verantwoordelijkheden bij de instandhouding. Vooruitlopend op de nieuwe wet zijn een aantal uitvoeringsregelingen van de WZV al sterk vereenvoudigd. De rol van de overheid is in de nieuwe wet beperkt tot sturing op hoofdlijnen, terwijl de verantwoordelijkheden van instellingen toenemen.

Prijsvorming

In de gezondheidszorg is geen sprake van prijzen zoals we die elders in de samenleving kennen en waarbij een verband bestaat tussen de aard van een prestatie en de kosten daarvan. De prijsvorming in de gezondheidszorg is een sterk gereguleerd systeem om exploitatiekosten van bijvoorbeeld ziekenhuizen te dekken. Hiervoor zijn tarieven in het leven geroepen. De regulering verloopt via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Er is een onderscheid tussen ziekenhuiszorg en medisch-specialistische hulp. Tarieven voor de medisch-specialistische hulp worden landelijk vastgesteld en afzonderlijk door specialisten in rekening gebracht bij een patiënt of verzekeraar. Tarieven voor ziekenhuiszorg verschillen per ziekenhuis en worden ook per ziekenhuis vastgesteld. Het ziekenhuis onderhandelt daartoe met het regionale ziekenfonds en een vertegenwoordiger van de particuliere ziektekostenverzekeraars, conform voorschriften uit de WTG. Jaarlijks wordt een ziekenhuisbudget overeengekomen, waarvan de tarieven worden afgeleid (zie ook notitie bekostiging). Aan de hand van de te innen tarieven dekt een ziekenhuis de jaarlijkse exploitatiekosten. Een ziekenhuis mag alleen goedgekeurde tarieven in rekening brengen.

Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) moet de overeengekomen tarieven goedkeuren of kan deze op verzoek vaststellen. Dit gebeurt aan de hand van richtlijnen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) moet deze richtlijnen goedkeuren en kan ook een aanwijzing geven voor het opstellen van bepaalde richtlijnen. Op deze manier heeft de overheid een sterk sturende rol in de prijsvorming van ziekenhuiszorg en kunnen de macrokosten beheerst worden.

Inmiddels heeft het kabinet aangekondigd ook de WTG te willen

herzien. De verantwoordelijkheid voor de beheersing van het volume van zorg en de prijzen wordt in grotere mate bij verzekeraars gelegd. Verzekeraars moeten gaan sturen op de variabele kosten, kosten die samenhangen met de productie van ziekenhuizen. Op termijn zou de WTG-regulering voor het variabele deel van het tweede compartiment, waartoe ook ziekenhuiszorg behoort, moeten vervallen. Een voorwaarde hiervoor is dat er meer inzicht ontstaat in de werkelijke kosten van ziekenhuiszorg. Daartoe is het van belang dat verschillende aspecten van die zorg als producten worden gedefinieerd, waarvoor vervolgens de werkelijke variabele kosten worden berekend. Er ontstaat daarmee een systeem van 'outputpricing'.

Een parallelle ontwikkeling is de integratie van de kosten van medisch-specialistische hulp in het ziekenhuisbudget.

Zorgaanspraken

Aanspraken op zorg zijn geregeld via de Ziekenfondswet (ziekenfondsverzekerden) of via de polis (voor particulier verzekerden). Via de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) bepaalt de overheid ook de inhoud van de polis van bepaalde categorieën particulier verzekerden. Ziekenhuiszorg is een verstrekking van de Ziekenfondswet en daarmee voor deze verzekerden ook financieel toegankelijk. Een instelling die ziekenhuiszorg verleend moet door het ministerie van VWS zijn toegelaten en is daarbij gehouden aan bepaalde voorschriften. Toelating vormt een vereiste voor bekostiging door ziekenfondsen, die een contracteerplicht hebben met ziekenhuizen die in het werkgebied zijn gelegen of waarvan de bevolking regelmatig gebruik maakt.

Van belang voor de toekomst zijn de compartimentering van zorg, flexibilisering van een deel van de aanspraken en vergroting van het risico van verzekeraars. Alle vormen van zorg worden verdeeld over drie compartimenten. Ziekenhuiszorg komt terecht in het tweede compartiment, evenals een deel van de thuiszorg die nu nog in het eerste compartiment zit. De verwachting is dat ziekenhuiszorg waar mogelijk wordt vervangen door de goedkopere thuiszorg. Daartoe zal de huidige verstrekking ziekenhuiszorg anders worden omschreven.

Via de zogenoemde flexibilisering krijgen ziekenfondsen de vrijheid om een klein deel van de wettelijk vastgestelde aanspraken van de verzekerden anders in te vullen. De verwachting is dat mede hierdoor substitutie van ziekenhuiszorg zal plaatsvinden. Deze flexibilisering hangt samen met de vergroting van het risico van verzekeraars. Naar mate de verevening en nacalculatie vermin-

deren zijn verzekeraars genoodzaakt om zelf meer de kosten van zorg te beheersen. Meer vrijheid in de toepassing van de wettelijke aanspraken is een van de instrumenten daartoe.

Overige regelgeving

Van de overige regelgeving is met name de wetgeving van belang die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg. Voor de individuele beroepsbeoefenaren gaat het om de Wet beroepen individuele gezondheidszorg en voor het ziekenhuis zelf om de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wetgeving van vrij recente datum wordt gekenmerkt door regels op hoofdlijnen, die via nadere regels of via zelfregulering nader ingevuld worden. De overheid heeft hierbij gekozen voor een terughoudende opstelling, met algemene normstelling vooraf en indien nodig toetsing achteraf. Ook andere wetten zijn van invloed op de kwaliteit, zoals de regelgeving rond genees- en hulpmiddelen. Daarnaast zijn de afgelopen jaren enige wetten op het terrein van patintenrecht in werking getreden waarin onder meer de relatie tussen patint en hulpverlener aan bepaalde regels wordt gebonden. Indirect zijn deze eveneens van invloed op de kwaliteit van de zorgverlening.

Bijlage 11

Financiering ziekenhuiszorg (bureaunotitie)

Door de stijgende vraag naar voorzieningen, de demografische ontwikkelingen en ook door de voortschrijdende technologie stijgen de kosten van de gezondheidszorg jaarlijks. Ook de kosten van ziekenhuiszorg zijn fors gestegen; de uitgaven bedroegen in 1994 16,4 miljard gulden. Met behulp van omvangrijke wet- en regelgeving heeft de overheid getracht deze kostenontwikkeling zoveel mogelijk te beheersen. Vanaf de jaren zeventig valt een toenemende overheidsbemoeienis te constateren.

De financiering van ziekenhuiszorg verloopt via een complex van wetgeving, te onderscheiden in bekostigings-, structuur- en prijswetgeving. Via de bekostigingswetgeving (ZFW, AWBZ) wordt de toegang tot ziekenhuiszorg geregeld; een verzekerde kan aanspraak maken op ziekenhuiszorg. Structuurwetgeving (onder meer WZV) regelt het beschikbare volume van zorg. Op de prijsvorming in de gezondheidszorg is de WTG van toepassing. Een onderscheid moet worden gemaakt tussen budget, kosten en prijzen.

Ziekenhuisbudgettering

Specifieke prijswetgeving op het terrein van ziekenhuiszorg heeft betrekking op de zogenoemde budgettering. Voor 1983 was er sprake van een open-eind financiering. Via ziekenhuisbudgettering wordt getracht de kostenontwikkeling beter te kunnen beheersen. De budgettering betekent in feite dat vooraf wordt bepaald hoeveel een ziekenhuis in een bepaald jaar vergoed kan krijgen. Het budget wordt bepaald in overleg tussen ziekenhuis en verzekeraars, waarbij zij rekening houden met de WTG-richtlijnen.

In 1983 is gestart met de budgettering van algemene ziekenhuizen, op basis van historische kosten. In 1986 is de functiegerichte budgettering ingevoerd. In deze systematiek wordt het budget bepaald aan de hand van vier componenten, te weten:

- locatiegebonden budgetcomponent (infrastructuur)
- beschikbaarheidscomponent (adherente inwoners)
- capaciteits- en functiegebonden budgetcomponent (erkende bedden en gewogen specialistenplaatsen)
- productiegebonden budgetcomponent (opnamen, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken, dagbehandeling en eventuele bijzondere functies).

Bij de locatiegebonden component wordt rekening gehouden met

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

de werkelijke kosten. De productiegebonden component is daarentegen variabel omdat daarover productieafspraken worden gemaakt.

Als een ziekenhuis erin slaagt de totale kosten in een bepaald jaar onder het vooraf bepaalde budget te houden (zonder de productieafspraken te schenden), dan wordt er 'winst' gemaakt. Intern bepaalt het ziekenhuis een verdeling van de productie over de verschillende specialismen.

Tarieven

Het budget is het vooraf overeengekomen bedrag dat een ziekenhuis maximaal in een jaar mag uitgeven. In de loop van dat jaar wordt het budget gedekt door tarieven die het ziekenhuis declareert bij de verzekeraar. Declaraties worden onderscheiden in neventarieven en verpleegdagentarieven. Het ziekenhuis mag voor bepaalde verrichtingen, zoals laboratoriumonderzoek en bepaalde vormen van medisch-specialistische diagnostiek en behandeling, landelijke vastgestelde neventarieven declareren. Opbrengsten uit neventarieven en overige inkomsten worden in mindering gebracht op het budget. Het resterende bedrag, gedeeld door het aantal verpleegdagen is het verpleegtarief. Het verpleegtarief is een sluittarief en bedoeld om het vooraf overeengekomen budget dekkend te krijgen. Kenmerkend voor dit tarief is dat er geen verband bestaat tussen de prestatie en de werkelijke kosten ervan. In het verpleegtarief zijn allerlei kosten verdisconteerd die niet op een andere wijze gedeclareerd kunnen worden.

Rol overheid

Alhoewel het budget in overleg tussen ziekenhuis en verzekeraars wordt vastgesteld heeft de overheid indirect een grote invloed op dit proces. Het is verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomstig de WTG is goedgekeurd of vastgesteld. Met deze goedkeuring of vaststelling is het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) belast, conform richtlijnen die het COTG zelf vaststelt. Bij de onderhandelingen over het budget zijn de richtlijnen eveneens van invloed.

De richtlijnen moeten door de minister worden goedgekeurd en deze kan door middel van een aanwijzing de totstandkoming van bepaalde richtlijnen ook bevorderen. Op deze wijze kan de minister ook een koppeling leggen tussen het macrobudget van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) en de uitgaven op microniveau. Als het makro kader in een bepaald jaar is overschreden, kan de

minister in een van de latere jaren bijvoorbeeld een bezuiniging afdwingen (via een aanwijzing, doorwerkend in een richtlijn).

Verzekeraarsbudgettering

De financiering van ziekenhuiszorg moet in samenhang worden bekeken met de budgettering van ziekenfondsen, waarmee in 1991 is gestart. Daarmee is een voorzichtig begin gemaakt met het inbrengen van meer vraaggerelateerde elementen in de zorgmarkt. De overheid wil terugtreden en meer verantwoordelijkheid leggen bij zorgverzekeraars, verantwoordelijkheid in de zin van zorg-opmaat, doelmatigheid en kostenbeheersing. De verzekeraarsbudgettering leidt ertoe dat vanuit de centrale kas jaarlijks budgetten aan de ziekenfondsen worden toegekend. Dat gebeurt via een normuitkeringstelsel dat uitgaat van de criteria leeftijd, geslacht, regio en (in de toekomst) arbeidsongeschiktheid.

De toegekende budgetten zijn niet geheel dekkend voor de uitgaven van de ziekenfondsen. Het resterende deel moet worden gedekt uit de nominale premies. Door gericht inkoopbeleid van verzekeraars kan de hoogte van de nominale premie worden beïnvloed. Verzekeraars lopen een beperkt eigen risico bij de uitvoering van de Ziekenfondswet, in 1995 zo'n 2,5%. Dat risico wordt momenteel in belangrijke mate afgedekt via een systeem van verevening en nacalculatie. Ziekenfondsen die in eerste instantie te weinig budget hebben, worden daarvoor achteraf gedeeltelijk gecompenseerd. Het is de bedoeling om vanaf 1996 de verevening en nacalculatie de komende jaren af te bouwen, zodat het eigen risico voor ziekenfondsen fors toeneemt.

Dubbele budgettering

Het systeem van gelijktijdige budgettering van ziekenhuizen en verzekeraars leidt tot enige knelpunten, deels van tijdelijke aard, deels van inhoudelijke aard. Tijdelijk, omdat op termijn de verzekeraarsbudgettering geheel operationeel moet worden en de ziekenhuisbudgettering kan vervangen.

In de overgangsfase geldt voor ziekenfondsen als knelpunt dat zij bepaalde risico's lopen, zonder invloed te kunnen uitoefenen op de uitgaven van zorg. Een belangrijk deel van de budgetten van ziekenfondsen heeft betrekking op uitgaven waarop zij - anders dan door middel van productieafspraken die zij met ziekenhuizen maken - geen invloed kunnen uitoefenen.

De oplossing voor dit knelpunt is gevonden in het splitsingsmodel dat in 1996 in de verzekeraarsbudgettering is geïntroduceerd. Het

ziekenfondsbudget wordt gesplitst naar kosten die wel en die niet door ziekenfondsen zijn te beïnvloeden. Hiertoe dient een dubbele splitsing te worden aangebracht in het budget. Allereerst wordt een onderscheid gemaakt naar een deel overige verstrekkingen en een deel ziekenhuisverpleging. In het ziekenhuisdeel vindt vervolgens een tweede splitsing plaats. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen een deel dat betrekking heeft op de vaste (niet-productiegebonden) kosten en een deel dat betrekking heeft op de variabele kosten.

Op de vaste kosten kunnen de ziekenfondsen weinig of geen invloed uitoefenen. Voor dat deel van het budget blijft dan ook een volledige of hoge verevening en nacalculatie van kracht. Het variabele deel van de ziekenhuisverpleging en de overige verstrekkingen bevatten kosten die door ziekenfondsen wel zijn te beïnvloeden, omdat ziekenfondsen daarover productieafspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Over die delen gaan, conform het kabinetsbeleid, de ziekenfondsen dan volledig risico lopen door een stapsgewijze afbouw van de verevening en de nacalculatie.

De dubbele splitsing vindt zowel op macroniveau (macro beschikbare bedrag) als op microniveau (afzonderlijke ziekenfondsbudgetten) plaats en leidt in feite tot een driedeling in het budget. Elk van de drie onderdelen kent een eigen specifieke verdeelmethodiek, verevening en nacalculatie. In het tot 1996 toegepaste budgetmodel werd één verdeelmethodiek gehanteerd en gold één verevenings- en één nacalculatiepercentage.

Verdere toekomst: productprijzen

Uit zorginhoudelijke en doelmatigheidsoverwegingen acht de overheid een organisatorische en financiële integratie van medisch-specialisten en het ziekenhuis wenselijk. De bekostigingsstromen van medisch-specialistische zorg en ziekenhuisverpleging zijn nu nog gescheiden. In de reactie op Biesheuvel zegt het kabinet te streven naar een integratie van bekostigingsstromen en dit te zien als een voorwaarde voor financiering op basis van productprijzen.

Het nieuwe bekostigingssysteem zal zowel voor de medisch-specialistische zorg als voor de ziekenhuisverpleging niet meer worden gebaseerd op de afzonderlijke behandelingen en onderzoeken (verrichtingen), maar op de totale behandeling. Het systeem van productprijzen zal het complexe proces van diagnose- en behandelactiviteiten van de medisch-specialistische c.q. ziekenhuiszorg clusteren in productgroepen met vergelijkbare diagnose- en behandelkenmerken. De productprijzen moeten inzicht geven

in de werkelijke integrale kosten van de medisch-specialistische c.q. ziekenhuiszorg. Deze werkelijke kosten zullen in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraars. Op deze kosten zullen de zorgverzekeraars via onderhandelingen invloed kunnen uitoefenen. Voor dit deel van de uitgaven, de variabele kosten, zullen de zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn. De invoering van het nieuwe bekostigingssysteem op grond van productprijzen is voor 1998 voorzien.

Bijlage 12

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
BW	Burgerlijk Wetboek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
JOZ	Jaar Overzicht Zorg
MDW	Marktwerking Deregulering en Wetgevingskwaliteit
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
SIG	Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
WOCZ	Werkverband Organisaties Chronisch Zieken
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektelastenverzekeringen
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
ZBO	Ziekenhuis Beleids Overleg
ZFW	Ziekenfondswet

Bijlage 13

Literatuur

Algra, W. De ziel die erbij hoort, moet nog komen. *Het Ziekenhuis*, 1992, nr. 10.

Alkemade, N.O.E. en Hagen, J.H. Bestaansrecht is bewezen. In: Hagen, J.H. *Kleinere ziekenhuizen, gezonde basis*. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.

Alkemade, N.O.E. en Hagen, J.H. Ontwikkeling in de spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. *ZM magazine*, 1995, nr. 7/8, p. 13-16.

Ankoné, A. Geen evolutie maar revolutie. *Medisch Contact*, 1996, jrg. 51, nr.8, p. 245-246.

Bartels, L.P. *Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens per 1-1-1996*. Utrecht: NZi, 1996.

Bellemakers, C. *Vaste klanten van het ziekenhuis in beeld*. Lezing voor Cap Volmac. S.l.: S.n., 1994.

Bestuurder in de gezondheidszorg. *Het Ziekenhuis*, 1994, nr. 20.

Bestuurders in de gezondheidszorg, bestuur en toezicht, bijdrage aan de begripsvorming. *ZM Magazine*, 1996, themanummer oktober.

Bos, G.A.M. van den. *Zorgen van en voor chronisch zieken*. Proefschrift. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

Bos, G.A.M. van den, *et al.* Veroudering en de kwaliteit van het verlengde leven. In: *Gezondheidszorg en oudere mensen: mythen en feiten over ouderen*. Houten: Bohn, Stafleu en Van Lochem, december 1996.

Broek, G.P.L.A. van den. Het ziekenhuis als hoofdaannemer. *ZM Magazine*, 1994, nr.4, p. 6-8.

Bruijn, de E.M., Lems, P. en Schreuder, R.F. Het ziekenhuis in de 21ste eeuw, toekomstscenario's als aanzet tot een discussie. *Medisch Contact*, 1990, p. 1145- 1148.

Commissie Modernisering curatieve zorg. *Rapport Gedeelde zorg, betere zorg*. S.I. Cmcz, 1994.

Dossier algemene ziekenhuizen. *Zorgverzekeraars Magazine*, juni 1996.

Driel, M. van. *Zelfregulering. Hoog opspelen of thuisblijven*. Deventer: Kluwer, 1989.

Eilander, Ph. Wetgeving en zelfregulering. In: *Recht doen door wetgeving. Opstellen over wetgevingsvraagstukken*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1990.

Frissen, P.H.A. *De virtuele staat. Politiek, bestuur, technologie: een postmodern verhaal*. Schoonhoven: Academic Service, 1996.

Geurtz, G.M.J.T. Zal het de overheid een zorg zijn? Het spanningsveld tussen overheidstaken en maatschappelijke taken in de gezondheidszorg. In: *Recht doen door wetgeving. Opstellen over wetgevingsvraagstukken*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1990.

Grinten, T.E.D. van der, Huijsman, R. Strategische opties voor een transmurale gezondheidszorg. Het niemansland tussen huis en hospitaal. *Medisch Contact*. 1994, p. 1394-1398.

Grinten, T.E.D. van der. Maatschappelijk ondernemerschap. Hoe om te gaan met het publiek domein van de zorg? *Zorgverzekeraars Magazine*. 1995, nr. 11, p. 12-13.

Grinten, T.E.D. van der. *Eerder naar huis; scenario's voor een transmurale gezondheidszorg*. Symposiumvoordracht. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 1996.

Groot, H. de, et al. Kerntakendiscussie bij de rijksoverheid in het perspectief van de welvaartstheorie. In: Sips, C. en Vrancken P.H.J. (red.). *De kerntakenbenadering bij de rijksoverheid*. 's Gravenhage: Instituut voor Onderzoek Overheidsuitgaven, 1994.

Hansen Löve, E. Twee handen op een bedrijfsbuik. *De Volkskrant*, 1996, 5 oktober, p. 45.

Haring, M.H. *Analyse ziekenhuiszorgconsumptie ouderen, 1986-1990*. Utrecht: Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg, 1992.

Kingma, J.H. Specialist, wet, budget, product en integratie. *Medisch Contact*, 1996, nr. 25, p. 838.

Hotterbeekx, J.M.A. en Spoorendonk, P.A.R., *Budgettering in de Ziekenfondswet*. Rijswijk: VWS (VMP/FAV), 1996.

Hurts, H.R., Het Nederlandse model van budgettering van zorgverzekeraars. *Openbare Uitgaven*, 1996, nr. 4, p. 175 e.v..

Idenburg, P. Transmuralisatie en netwerkvorming: een tussenstand. *Zorgvisie*, 1996, maart.

Idenburg, P. VWS wil af van Kampen-syndroom. Het verhaal van de kleinere ziekenhuizen. *Zorgvisie*, 1996, juni.

Jansen van Rosendaal, G. Eigen vermogen ziekenhuizen moet versterkt worden. *Zorgvisie*, 1996, juni.

Jaspers, Fr.C.A. en Oorschot, J.A. van. Perspectieven voor de ziekenhuisdirecteur van (over)morgen. *ZM Magazine*, 1996, nr. 3, p. 9-26.

Kam, C.A. de. Verzelfstandiging en privatisering bij de rijksoverheid. In: Coops, R.H. et al (red.). *Van overheid naar markt. Theorie, praktijk en analyse*. 's Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1995.

Kasdorp, J.P. en Schrijvers, G. Deregulering, een recept voor de gezondheidszorg? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (TSG)*, 1984, jrg 62, nr. 10.

Kemenade, Y.W. van en Velde, L.J.K. van der. Het huidige stelsel. In: Kemenade, Y.W. van en Bakx, K.C.N.M., *Medisch specialisten gehonoreerd?* Utrecht: De Tijdstroom, 1996.

Le Grand-van den Bogaard, M.J.M., Munsterman, D.M. en Spaay, R.L.W.M. Tien jaar na Dekker, een evaluatie vanuit de ziekenhuizen. In: *Revolutie of evolutie? Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997 (in druk).

Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW)-werkgroep ziekenhuiszorg. *Het ziekenhuis ontketend*. S.l.: MDW, 1996.

Montfort, A.P.W.P. van, Hirs, D.C. en Vandermeulen, L.J.R.

Ziekenhuizen: medische bedrijven, Structuur en Financiering van de gezondheidszorg. S.l.: s.n., 1992.

Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ). *Anders kijken naar chronisch zieken.* Manifest. Zoetermeer: NCCZ, 1993.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). *Branchebeeld 1996.* Utrecht: NVZ, 1996.

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland. *Techno-society of technocratie.* Invloed van technologie op de organisatie van de gezondheidszorg. 's Gravenhage: PRV, 1996.

Querido, A. *Godshuizen en gasthuizen.* Amsterdam: Querido, 1960.

Rinnooy Kan, A.H.G. Enkele aspecten van het beroepsprofiel van ziekenhuisbestuurders. *ZM Magazine*, 1995, nr. 1, p. 2-10.

Robinson, J.R. en Casalino, L.P. Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Affairs*, 1996, spring.

Roex, A.J.M. en Sindram, J.W. Outputpricing en producttypering. *Medisch Contact*, 1996, nr. 25, p. 847-850.

Stevens, J. en Tulder, F. van. Grootste ziekenhuizen zijn niet het meest productief. *Economische Statische berichten (ESB)*, 1995, nr.4007, p. 403-405.

Schilfgaarde, P. van. *Van de BO en van de NV.* Arnhem: s.n 1995.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). *Het ziekenhuis in de 21ste eeuw, een aanzet tot discussie.* Rijswijk: STG, 1990.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). *Chronische ziekten in het jaar 2005; deel 4: Scenario's voor beleid.* Rijswijk: STG, 1992.

Stuurgroep Producttypering Ziekenhuiszorg (SPZ). *Producttypering Ziekenhuiszorg.* S.l.: SPZ, 1996.

Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking (TVK). *Zuinig met zorg.* Rijswijk: TVK, 1995.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Chronisch-ziekenbeleid: chronische patiënten niet buiten spel*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1990-1991, 22 025, nr. 1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Curatieve Zorg*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1993-1994, 23 619.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1994-1995, 24 036, nrs. 20 en 21.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Prijsbeleid en financieel beleid in de zorgsector*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1995-1996, 24 478, nr. 1.

Tweel, R.J.M. van den en Groot, G.R.J. de. *Ziekenfondsen en ziekenhuizen in het tweede compartiment van de zorgsector: Ondernemingen in de zin van de nieuwe Mededingingswet?*, Memorandum van de landsadvocaat, bijlage van het Rapport van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg. S.l.: MDW, 1996.

Veld, R.J. in 't. De kerntakenbenadering bij de rijksoverheid: onderwerp van gesprek. In: Sips, C. en Vrancken P.H.J. (red.). *De kerntakenbenadering bij de rijksoverheid*. 's Gravenhage: Instituut voor Onderzoek en Overheidsuitgaven, 1994.

Veld, R.J. in 't. *Spelen met vuur. Over hybride organisaties*. 's Gravenhage: Vuga, 1995.

Velde, F.J. van der en Zee, A. van der. De positie van het ziekenhuis in intern perspectief. *Medisch Contact*, 1990, p. 483-485.

Velde, F.J. van der en Zee, A. van der. Het functioneren van het ziekenhuis. *Medisch Contact*, 1990, p. 525-527.

Velden, H. van der. *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*. Rotterdam: s.n., 1993.

Vermaeren, G.J. en Jaspers, Fr.C.A. Waartoe bestaat het ziekenhuis? *ZM Magazine*, 1995, nr 1.

Visser, G.R., et al. *Ondernemend besturen: ziekenhuismanagement van overmorgen*. Assen: Van Gorcum, 1996.

Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening. *Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector*. Advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer: vRVZ, 1995.

Vries, P. de. *Financiering van de gezondheidszorg, leerboek voor het hoger en universitair onderwijs*. S.l.: s.n., 1991.

**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening**

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1996
ISBN: 90-5732-011-8

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,--
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 96/11*

© voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening