

# Financiële druk bij de zieken- huizen: theorie en praktijk

*A.F. Roos en drs. H.P.M. Kreemers*  
RVZ

Achtergrondstudie bij het advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg

Den Haag, 2008

## Voorwoord

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is gevraagd te adviseren over Duurzaam Uitgavenmanagement. Het verzoek van Minister Klink voor een advies over dit onderwerp komt niet uit de lucht vallen. Het politieke vraagstuk van collectieve versus private verantwoordelijkheid binnen de zorg staat in het middelpunt van de belangstelling. De houdbaarheid van het systeem van budgettering en aanbodregulering staat onder druk, terwijl pakketmaatregelen en eigen betalingen weinig robuust blijken. Daarnaast worden kostenramingen met grote regelmaat overschreden. Een antwoord op de vraag ‘Hoe houden we de gezondheidszorg de komende decennia betaalbaar?’ is daarom dringend gewenst.

Binnen het adviesproject over Duurzaam Uitgavenmanagement is een aantal vragen geformuleerd. In deze achtergrondstudie staat de financiële druk in (algemene) ziekenhuizen centraal. Hierbij komt aan de orde: ‘Hoe gaan instellingen en beroepsbeoefenaren om met financiële druk? Welke keuzen maakt men? en Hoe worden financiële problemen uiteindelijk opgelost?’.

## Samenvatting

Het door de overheid begrote makro-kader wordt veelvuldig overschreden. De overheid tracht de kosten niet boven het begrote kader te laten stijgen. In het algemeen wordt aangenomen dat tekortschietend uitgavenmanagement op microniveau zorgt voor de overschrijding op macroniveau. Ziekenhuizen genereren een groot deel van de zorgkosten. Het overheidsingrijpen heeft daarom vaak het karakter en de vorm van een doelmatigheidskorting waarbij ziekenhuizen gekort worden in het beschikbare budget. Zo probeert de overheid het macrotekort te compenseren. Er wordt gekozen voor kortingen omdat de overheid zo lang mogelijk wil uitstellen, de burger te raken.

Het makro-kader wordt de afgelopen jaren echter stelselmatig overschreden. Dit roept de vraag op of de ingrepen die de overheid doet om de kosten te beteugelen, namelijk de doelmatigheidskortingen, wel zo effectief zijn. In deze studie wordt onderzocht wat het effect is van de kortingen en of deze aan het, door de overheid beoogde, effect (meer doelmatigheid) voldoen. Bovendien wordt onderzocht hoe het kan dat de geraamde kaders telkens overschreven worden en wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn.

Voor deze achtergrondstudie zijn jaarverslagen onderzocht en is literatuur bestudeerd. Daarnaast is gesproken met ziekenhuizen, de NVZ en VWS. Zowel de NVZ als de ziekenhuizen geven aan begrip te hebben voor het streven van de overheid om de kosten van de zorg te beteugelen. Zij hebben daarom ook begrip voor het gebruik van de ramingen. Deze partijen zijn het er echter niet mee eens dat de ziekenhuizen op deze manier gekort worden. De ramingen zijn volgens de ziekenhuizen en de NVZ niet reëel: het aantal patiënten groeit en de vraag neemt toe waardoor (een sterkere) stijging (dan geraamd) van de zorguitgaven onvermijdelijk is. Zij hebben bovendien het idee dat de korting het gewenste effect niet bereikt. Hoewel doelmatigheidswinst nog wel te halen is binnen de sector, zien de belanghebbenden ook andere manieren om prikkels vorm te geven. De zorgaanbieders geven aan dat zij door de prikkels in het B-segment meer doelmatig zijn geworden. De ziekenhuizen ondernemen allerlei initiatieven. Zo werken zij geregeld samen met andere instellingen, proberen zij hun processen te stroomlijnen en trachten zij met verzekeraars afspraken te maken. De prikkels in het systeem werken elkaar echter tegen. Bovendien geven de ziekenhuizen aan dat de rek eruit is. De groei van de kosten is, volgens hen, vooral te wijten aan een (autonome) stijging van het volume.

Deze uitspraken worden betwist door de overheid. Onderzoek (RIVM 2008:180) toont dat er nog aanzienlijke doelmatigheidswinst in de sector te behalen valt. De overheid heeft daarom het idee dat er nog lucht in de sector zit. Cijfermateriaal wijst erop dat er grote verschillen bestaan tussen

ziekenhuizen en de marges die zij behalen. Deze verschillen kunnen er op duiden dat bepaalde ziekenhuizen hun processen doelmatiger inrichten dan anderen, maar zeggen mogelijk ook iets over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Zo wordt in de jaarverslagen niet altijd ondersteuning gevonden voor de door de instellingen gedane uitspraken. De gegevens die de overheid verzamelt, ondersteunen de overheid bovendien in de overtuiging dat nog meer doelmatigheidswinst te boeken valt. Overigens bevestigen de ziekenhuizen dit ook, maar ter nuancering stellen zij dat ondanks de mogelijke doelmatigheidswinst de uitgaven zullen stijgen tengevolge van de toenemende vraag naar zorg. Bovendien hebben de ziekenhuizen niet het idee dat kortingen effectief zijn omdat de prikkels in het bekostigingssysteem pervers zijn en de kortingen hooguit een korte termijneffect tot gevolg (kunnen) hebben. De kortingen belemmeren de begrotingscyclus van de ziekenhuizen onnodig en de leidinggevendenden hebben moeite nut en noodzaak van de jaarlijks terugkerende aanslag uit te leggen aan de achterban. Deze achterban ervaart de kortingen als onrechtvaardig. De ziekenhuizen reiken andere opties aan, zoals het hanteren van een meerjarenplan en het van te voren aankondigen van kortingen. Daarnaast wordt geconstateerd dat, naast de doelmatigheidskortingen, beter nagedacht moet worden over de mogelijkheid ook andere instrumenten (beperken budget en eigen bijdragen) gecombineerd in te zetten in een poging de macrokosten te beheersen.

## Verantwoording

Deze achtergrondstudie is uitgevoerd door A.F. (Anne-Fleur) Roos, studente Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam en drs. H.P.M. (Bert) Kreemers, adjunct algemeen secretaris, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Voor dit onderzoek is literatuur bestudeerd. Bij de bestudering daarvan valt op dat veel studies zich richten op het ontstaan en de effecten van financiële druk op macroniveau. Naar het effect van deze druk op het niveau van het ziekenhuis en naar de manier waarop ziekenhuizen vervolgens trachten hun begroting op orde te krijgen, is maar mondjesmaat onderzoek verricht, terwijl een belangrijk deel van de totale zorguitgaven in ziekenhuizen wordt gegenereerd. Daarom is het niet alleen van belang inzicht te verkrijgen in de manier waarop financiële druk op macroniveau wordt gehanteerd, maar ook hoe ziekenhuizen hun financiën op orde proberen te krijgen.

We willen effecten van financiële druk en mogelijke manieren waarop ziekenhuizen de financiële druk op de begroting kunnen verminderen in kaart brengen. Voor de studie zijn, naast een onderzoek naar de jaarverslagen, daarom tevens gesprekken gevoerd met personen in een aantal algemene ziekenhuizen in Nederland, bij het ministerie van VWS en bij de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. De keuze voor de ziekenhuizen is gebaseerd op een financiële analyse van de ziekenhuizen. Zo zijn wij uitgekomen op een drietal ziekenhuizen waarvan de één een moeizame financiële situatie kent, een ander opkrabbelt van een moeilijke financiële periode en de laatste, al een aantal jaren, vrij goede financiële jaarcijfers kent. Daarnaast is geselecteerd op regionale locatie. In willekeurige volgorde is gekozen voor een ziekenhuis in de Randstad (verder: Ziekenhuis Randstad Centraal), Randstad periferie (verder: Ziekenhuis Randstad Periferie) en een ziekenhuis in het Oosten van het land (verder: Ziekenhuis Oost). Het betreft geen steekproef. De selectie van de nader onderzochte ziekenhuizen en de in dat kader gevoerde gesprekken waren bedoeld als verificatie van informatie uit andere bronnen, zoals jaarverslagen. We hebben omwille van een zo volledig mogelijke medewerking aan het onderzoek ervoor gekozen om de ziekenhuizen te anonimiseren. Het resultaat van het onderzoek ligt voor u.

## 1 Inleiding

Lukt het om de groei van de zorguitgaven op de economische en maatschappelijke draagkracht af te stemmen? En als dat niet lukt: wat moet er dan gebeuren om deze afstemming wel te bereiken? Dat zijn vragen waar het in het advies van de RVZ over Duurzaam Uitgavenmanagement om draait. Sinds de economische recessie in de jaren zeventig dwingen het kostenniveau en de sterke ontwikkeling daarvan als het ware tot overheidsingrijpen in de gezondheidszorg. De zorguitgaven groeien jaarlijks sneller dan de groei van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De overheid beschikt over en maakt gebruik van verschillende methoden om de groei van de collectieve lasten te beperken.

We richten ons in deze achtergrondstudie op een belangrijk onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg; namelijk de algemene ziekenhuizen. In Nederland liggen 141 ziekenhuislocaties verspreid, welke zijn georganiseerd in 93 organisaties (waarvan acht academische instellingen). Deze organisaties genereren een belangrijk deel van de totale zorgkosten: de sector ziekenhuiszorg neemt ongeveer 30 procent van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in beslag (RIVM 2008:142). Dat is ongeveer 15 miljard euro per jaar. Tegenover deze aanzienlijke zorguitgaven, staan uiteraard ook baten. De gezondheidswinst die in ziekenhuizen behaald wordt, is echter lastiger monetair vast te leggen dan de uitgaven en valt bovendien niet binnen het kader van deze studie. Dit rapport richt de aandacht namelijk op de kosten die met zorg gepaard gaan en de manier waarop op macro- én microniveau getracht wordt deze kosten te beheersen.

Het onderzoek wordt uitgevoerd omdat de uitgavenkaders van de overheid veelvuldig overschreden worden, wat de vraag oproept of de ingezette instrumenten effectief zijn. Eén van de door de overheid gebruikte instrumenten om de overschrijdingen van de zorgkosten te reduceren is de doelmatigheidskorting waarbij ziekenhuizen worden gekort op het beschikbare budget. Iedere regeerperiode wordt een zorguitgavenraming gemaakt en op basis van deze zorguitgavenraming wordt het BKZ bepaald. Bij overschrijding van het BKZ wordt tot kortingen beslist. De doelmatigheidskortingen veroorzaken financiële druk op de ziekenhuisbegroting.

De uitgaven op macroniveau hangen dus direct samen met de uitgaven op microniveau. Er wordt dan ook vaak gesteld dat de uitgavenproblemen op macroniveau veroorzaakt worden door tekortschietend uitgavenmanagement op microniveau. Inzicht in de (on)mogelijkheid van ziekenhuizen om financiële druk op de bedrijfsvoering te matigen, is daarom belangrijk. De effectiviteit van doelmatigheidskortingen en van andere strategieën vormt onderdeel van dit onderzoek. Overigens komen los van doelmatigheidskor-

tingen ook andere oorzaken van financiële druk op het microniveau voor. Daarom worden in deze achtergrondstudie eerst kort de (mogelijke) oorzaken van financiële druk geïnventariseerd. Vervolgens komt de vraag aan de orde hoe instellingen met deze druk omgaan. Het doel van de studie is inzicht te verkrijgen in de manier waarop ziekenhuizen omgaan met financiële druk op de ziekenhuisbegroting. Deze vraag wordt gesteld en benaderd vanuit een macro-economisch kader, waardoor in het stuk steeds van perspectief gewisseld wordt.

In dit onderzoek staan vier vragen centraal:

Wat zijn de oorzaken van financiële druk binnen Nederlandse ziekenhuizen?

Hoe zou met deze financiële druk kunnen worden omgegaan in een planmatige en doelmatige begrotingscyclus?

Hoe bezuinigen instellingen in de praktijk? Hoe worden financiële problemen uiteindelijk opgelost?

Welke (macro- en micro)strategieën zijn effectief, welke zijn minder effectief?

Het antwoord op de eerste vraag komt aan de orde in hoofdstuk 2. We beginnen dit hoofdstuk met een historisch overzicht van zorgkostenbeheersing op macroniveau en werken zo, via het mesoniveau van belangenorganisaties, toe naar de effecten van deze collectieve kostenbeheersing op het microniveau van alledag. Vanaf hoofdstuk 3 treffen we de kern van het probleem en het antwoord op de vraag of het beoogde doel van de kortingen ook behaald wordt. In dit hoofdstuk wordt een normenkader geschetst. Dit normenkader schets de ideale aanpak om in de begrotingsplanning van ziekenhuizen de oorzaken van financiële druk te neutraliseren en een planmatige, efficiënte begrotingscyclus te doorlopen. De beschrijving van deze ideaaltypische methode vormt een antwoord op deelvraag 2. We zien in hoofdstuk 3 ook dat met name de doelmatigheidskortingen van VWS in de praktijk (deelvraag 3) zorgen voor een belemmering van de ideale begrotingscyclus en geven aan waarom de kortingen niet effectief zijn. Deelvraag vier komt in hoofdstuk 4 aan de orde. Daar wordt ook gekeken naar alternatieven van de huidige aanpak. In hoofdstuk 5 worden conclusies getrokken.

## 2 Oorzaken van financiële druk

In dit hoofdstuk worden de oorzaken van financiële druk in de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen en binnen de Nederlandse (algemene) ziekenhuizen in het bijzonder in historisch perspectief geplaatst.

### 2.1 De Nederlandse gezondheidszorg

Artikel 22 van de Grondwet stelt als opdracht aan de overheid dat deze maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. In Nederland bestaat geen recht op gezondheidszorg zoals in enkele andere Europese landen (bijvoorbeeld Italië). Artikel 22 van de Grondwet is een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting. De overheid moet zich inspannen voor de bevordering van de volksgezondheid, maar kan niet afgerekend worden op het resultaat. Algemene notie is dat aan deze opdracht voldaan wordt als het recht van de burger op een kwalitatief verantwoorde, toegankelijke en doelmatige gezondheidszorg wordt gegarandeerd (Van der Grinten & Meurs 2004:219). Het gaat, kortom, om borging van de publieke belangen. Publieke belangen onderscheiden zich van maatschappelijke belangen doordat ze zonder eindverantwoordelijkheid van de overheid niet goed tot hun recht zouden komen (Van der Grinten 2006:7). De overheid bepaalt aan welke belangen zij zich wenst te committeren (WRR 2000:48). ‘Kwalitatief verantwoord’ is wat door professionele standaarden wordt gedekt, ‘toegankelijk’ is de noodzakelijke zorg die financieel en fysiek bereikbaar is en ‘doelmatig’ slaat zowel op het totaal van de collectieve middelen dat voor de gezondheidszorg ter beschikking wordt gesteld, als op de eis dat instellingen en beroepsbeoefenaren zuinig met deze middelen omspringen (Van der Grinten 2006:7).

Vanaf omstreeks 1970 zijn de (financiële) grenzen aan de zorg onderwerp van het maatschappelijke en politieke debat. Dit was enerzijds het gevolg van de (stijgende) kostenontwikkeling, maar ook de voortdurende, autonome introductie van wetenschappelijke en technologische vernieuwingen en de toenemende medicalisering van de samenleving vormden aanleiding tot debatten (Boot & Knapen 2005:236). Tot die tijd was een beheerste, maar in feite onbegrensde, ontwikkeling van de gezondheidszorg uitgangspunt van het overheidsbeleid (2005:236).

De sterke ontwikkeling van het kostenniveau vormde in de economische recessie van de jaren zeventig een belangrijk motief voor het overheidsingrijpen in de gezondheidszorg. Het ingrijpen van de overheid leidde tot bezuinigingsmaatregelen en tot overheidsbemoeienis om de financiële taakstellingen te realiseren. Jarenlang heeft de overheid met behulp van de aanbodsturing en budgettering getracht de publieke belangen binnen de



zorg te waarborgen. Bezien vanuit het oogpunt van de kostenbeheersing was het beleid succesvol (Schut 2003:10), maar het sturingsconcept kon niet tegemoet komen aan de met de welvaart stijgende maatschappelijke verwachtingen voor het leveren van zorg-op-maat (Schut 2004:225). De opvatting dat (meer) overheidsingrijpen het antwoord zou moeten zijn op het kostenprobleem is de laatste jaren daarom op haar retour. Verder was een groot aantal veldpartijen van mening dat het binnen zekere kaders en randvoorwaarden mogelijk was de aanbieders van medisch-specialistische zorg meer vrijheid te gunnen ten aanzien van prijzen en volume van hun producten. Veel van de recente voorstellen en herzieningen in het stelsel van de structuur en financiering van de gezondheidszorg zijn daarom gericht op het terugdringen van de rol van de overheid.

De vernieuwing loopt langs twee sporen: verandering van de sturingsmechanismen in de zorg (meer ruimte en verantwoordelijkheden voor partijen om een doelmatig en hoogwaardig zorgaanbod te realiseren) en vervanging van de duale verzekeringsstructuur door één algemene verzekering voor curatieve zorg (Groenenboom 2007:5). Het laatste spoor is met de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) volbracht, terwijl de veranderingen langs het eerste spoor een meer evolutionair karakter kennen. Stap voor stap wordt toegewerkt naar vrije, maar gereguleerde, marktwerking. Een verandering van sturingsmechanismen betekent een gedragsverandering. Het gaat daarbij niet alleen om aanpassingen in het gedrag van partijen in het veld. Een andere opstelling van de overheid wordt ook gevergd. “De overheid (...) zal veel discipline moeten opbrengen om niet alles te willen blijven regelen en controleren. De overheid moet durven loslaten en niet op basis van incidenten blijven re(a)geren.” (Groenenboom 2007:10). Wel kent de overheid een eindverantwoordelijkheid bij de behartiging van de publieke belangen (kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg). Wat dat betreft neemt de overheid een dubbelrol op zich binnen de Nederlandse gezondheidszorg: enerzijds willen loslaten, en anderzijds een vorm van controle (moeten) blijven houden.

De traditionele actoren in de zorg zijn de overheid, zorgaanbieders en koepels, zorgverzekeraars en koepels, consumenten en patiënten, en adviesorganen en uitvoeringsorganen (RVZ 1998:107). Mede onder invloed van de geïntroduceerde marktwerking vervullen ook ondernemingen binnen de gezondheidszorg steeds vaker een maatschappelijke dubbelrol. De Nederlandse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door “het ontbreken van een machtscentrum dat materieel voldoende is toegerust om eenzijdig en zonder medewerking van de uitvoerenden in te kunnen grijpen in de organisatie, de bedrijfsvoering en de kwaliteit van de zorg” (Van der Grinten & Meurs 2005:221). Dit maakt de Nederlandse gezondheidszorg bijzonder. De overheid is niet bij machte om haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid op eigen kracht waar te maken. Bij de borging van de publieke belangen is de overheid daarom in grote mate

afhankelijk van de inspanningen van het veld. De Nederlandse gezondheidszorg wordt aldus gekenmerkt door wederzijdse afhankelijkheden en pluriformiteit (Putters & Van der Grinten 2001:114). Dit betekent dat de maatschappelijke ondernemingen “aan de ene kant hun achterban vertegenwoordigen en het particuliere belang en aan de andere kant wordt van hen enige compromisbereidheid verwacht in het licht van het publieke belang” (RVZ 1998:51). De organisaties zijn hybride. Ze vervullen een rol richting de overheid en een rol richting de private sector. Dit kan leiden tot spanningen op het terrein van legitimiteit, presteren en gezag als in meerdere richtingen onvoldoende aan de behoeften en wensen wordt voldaan (RVZ 1998:56).

Deze specifieke kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg verklaren mede waarom het borgen van de publieke belangen veelal in handen ligt van private organisaties, terwijl de overheid een toezichhoudende en kaderstellende rol inneemt.

## **2.2 Kostenontwikkelingen en overheidsingrepen in de zorg**

Kwaliteit en toegankelijkheid vormden reeds lange tijd onderdeel van het overheidsbeleid, terwijl het financiële gevolg van de onbegrensde ontwikkeling van de gezondheidszorg pas later onder verantwoording van de overheid kwam. In de jaren zestig en zeventig leidde een combinatie van het ontbreken van prikkels voor een doelmatig gebruik van voorzieningen bij patiënten en verzekeraars, positieve productieprikkels bij de zorgaanbieders en een snelle medisch technische ontwikkeling tot een enorme expansie van de gezondheidszorg en daarmee tot een explosieve toename van de zorguitgaven (Schut 2003:8).

Van 1960 tot 1980 verdubbelde het aandeel van de zorguitgaven in het BBP van 3,8 tot 7,5 procent (Schut 2003:8). De periode tussen 1960 en 1975 wordt daarom ook wel getypeerd door groei en open einde (Lapré & Vandermeulen 2001:41). In deze periode ontstonden, naast een grote groei van de zorguitgaven, grote economische problemen: een sterk gestegen collectieve druk, een hoog opgelopen macro-economisch financieringsstekort, sterk stijgende arbeidskosten door de bestaande afwentelingsmechanismen van de collectieve druk op de loonontwikkelingen en een hoge inflatie en gevaar van krimpende werkgelegenheid (2001:42). In 1976 besloot het kabinet-Den Uyl daarom tot het in gang zetten van een reeks bezuinigingsoperaties. Bezuinigingen of ombuigingen zijn “beleidsmatige verlagingen van het niveau van publieke uitgaven ten opzicht van de situatie bij ongewijzigd beleid zoals die eerder is vastgelegd in meerjarenramingen” (Toirkens 1988:4).

Ook binnen de zorg probeerde de overheid greep te krijgen op de onge-remde stijging van de zorguitgaven (Schut 2003:8). Daarmee kwam het financiële gevolg van de publieke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg onder verantwoording van de overheid. Deze periode wordt ook wel de periode van limitering en dominante overheidsregulering genoemd (Lapré & Vandermeulen 2001:41). De periode die daarop volgde (1985 tot 2000), wordt getypeerd als een periode van limitering en geregleerde concurrentie (2001:41). In deze periode namen de zorguitgaven ten opzichte van het BBP nog steeds toe, maar in minder grote mate dan in de periode van groei en open einde.

#### **Kabinet Den Uyl 1973-1977**



Bron: Parlement.com

In de periode 1975-1985 trok de centrale overheid dus op veel gebieden de regie naar zich toe en creëerde stuurinstrumenten om de kosten van de gezondheidszorg in het spoor te laten lopen van de macrobudgetten voor diverse sectoren van zorg (Lapré & Vandermeulen 2001:45). Deze instrumenten bestaan, in enigszins aangepaste vorm, nog steeds. De regering stelt het macrobudget voor de gezondheidszorg vast. Bij het opstellen van het budget is de overheid de afgelopen twintig jaar steeds meer rekening gaan houden met macro-economische overwegingen, zoals de collectieve druk, het financieringstekort, werkgelegenheid en het niveau arbeidskosten (2001:45). Door middel van de zogenaamde Zorgnota werd een overzicht van de ontwikkelingen in de zorg gegeven. De Zorgnota voor het jaar t gaf aan in hoeverre de zorguitgaven in jaar t-2 binnen de budgetdiscipline waren gebleven. Als (structurele) overschrijdingen werden geconstateerd, leidden deze tot compensatie.

In de periode van het kabinet Kok-I hebben zich jaarlijks overschrijdingen van het budget voorgedaan (2001:47). Omdat in die jaren sprake was van

meevallende economische ontwikkelingen in de budgetdiscipline van de sociale zekerheid, besloot de overheid echter geen ‘intertemporele compensatie’ toe te passen (2001:47). Intertemporele compensatie houdt in dat overschrijdingen uit het verleden cumulatief in de sector zelf verrekend moeten worden (2001:47). Daar waar te veel wordt uitgegeven, wordt ook gekort, zo is het idee.

#### **Kabinet Kok-I 1994-1999**



Bron: Parlement.com

De overheid zag de intertemporele compensatie en de zogenaamde instellingsbudgettering als belangrijke instrumenten om de, op basis van het macro-economische beleid noodzakelijk geachte, ombuigingen te realiseren (Lapré & Vandermeulen 2001:53). De instellingsbudgettering is met ingang van 1 januari 1983 van kracht gegaan. Budgetfinanciering op instellingsniveau betekent dat vooraf wordt aangegeven binnen welk bedrag de uitgaven in een instelling het komende jaar moeten blijven. Hoewel de budgettering duidelijk voordeel opleverde voor de overheid, zagen ook instellingen voordeel in het systeem omdat zij de mogelijkheid hadden om binnen het toegewezen budget en binnen de toegewezen functies te substitueren (2001:53). Vanaf 1985 werd het budget opgebouwd uit een capaciteitsgebonden (vast) deel en een productiegebonden (variabel) deel. Na een aantal verdere ontwikkelingen werd in 1988 de zogenaamde functiegerichte budgettering ingevoerd.

Binnen de functiegerichte budgettering wordt uitgegaan van drie kostenbegrippen: exploitatiekosten, instellingsbudget en opbrengsten. Exploitatiekosten zijn de uitgaven van instellingen. Het instellingsbudget bestaat uit de ‘aanvaardbare kosten’. Dit is het budget waar een instelling binnen een jaar over kan beschikken. De opbrengsten, ten slotte, “geven de liquiditeitsstroom van financiers aan de instellingen weer” (Lapré & Vandermeulen 2001:55). Het is de taak van het instellingsmanagement om met de

exploitatiekosten binnen het instellingsbudget te blijven. Aan het eind van een kalenderjaar worden alle budgetten van alle ziekenhuizen bij elkaar opgeteld. Dit vormt het totaalbudget. Als dit totaalbudget het macrokader overschrijdt, kon het College Tarieven Gezondheidszorg (nu: Nederlandse Zorgautoriteit), op aanwijzing van de minister, maar ook op eigen initiatief, de budgetparameterwaarden neerwaarts bijstellen. Dat worden generieke kortingen genoemd. Na verwerking van de eventuele kortingen wordt het budget voor elk ziekenhuis bepaald. In de praktijk werd van de mogelijkheid tot het geven van budgetkortingen echter nauwelijks gebruik gemaakt.

Een marktsysteem kent imperfecties, maar ook een budgetsector heeft te maken met specifieke problemen. Deze problemen doen zich voor in de vorm van non-marketimperfections. Wolf (1979 in Groot en Van Helden 2007:23) bracht de kosten van non-marketimperfections in kaart. Daarbij worden drie categorieën onderscheiden: interne effecten, afgeleide marktimperfections en verdelingseffecten. Interne effecten waren vooral in de Functiegerichte budgetteringssystematiek aanwezig. Het ontbreken van duidelijke marktsignalen en mogelijkheden voor voortdurende externe beoordeling leidde ertoe dat non-profitorganisaties zelf beheersingssystemen moeten ontwerpen en toepassen. De lokale beslissers waren slechts ten dele in staat het algemene belang in oog te houden. Het eigen belang ging al gauw boven de eisen van een effectieve en efficiënte dienstverlening. In de publieke sector leidde dit tot een streven naar budget- en outputmaximalisatie (Groot & Van Helden 2007:23).

Naast deze algemene problemen, kende de Functiegerichte budgetteringssystematiek twee specifieke nadelen: zorgaanbieders konden geen naar individuele zorgverzekeraars gedifferentieerd arrangement aanbieden en het systeem was erg globaal waardoor het lastig was om rekening te houden met specifiek gewenste ontwikkelingen (Vandermeulen 2006:25). Verder bestond weinig transparantie over de casemix en zorgprofielen van de diverse patiëntengroepen (2006:25).

Omdat het oude systeem niet bleek te voldoen, werd langzaam naar een ander systeem toegewerkt. In dit kader wordt verwezen naar het moderne gedachtegoed van New Public Management (NPM). Formeel gezien doelt NPM op verbeteringen van de bedrijfsvoering in overheidsorganisaties, maar veel van het gedachtegoed is ook toepasbaar op zelfstandige non-profitorganisaties (zoals ziekenhuizen) (Groot & Van Helden 2007:25). Twee basisgedachten staan centraal in NPM: de introductie van marktconforme bedrijfsvoeringmethoden en de besturing van prestaties (Groot & Van Helden 2007:26). NPM wordt onder andere gekenmerkt door budgetten gericht op besparing en efficiëntieverbetering, afspraken op basis van contracten, competitieve verhoudingen, overname van stijlen uit de particuliere sector en beheersing op basis van producten en resultaten (Groot &

Van Helden 2007:27). Al deze strategieën zijn in meer of minder mate tegenwoordig ook zichtbaar in de zorgsector.

De verandering komt echter met vele, kleine stappen tot stand. De Studiegroep Begrotingsruimte adviseerde in juli 1993 de toenmalige minister van Financiën om een trendmatig begrotingsbeleid te voeren. “De kern van een trendmatig begrotingsbeleid is dat een norm voor de reële ontwikkeling van de netto collectieve uitgaven wordt vastgesteld” (Lapré & Vandermeulen 2001:49). In het voorjaar van 1995 werd voor de zorgsector een nieuwe budgetdiscipline van kracht. Deze staat inmiddels bekend onder de naam ‘Budgettair Kader Zorg’, ofwel het BKZ (2001:49). In tegenstelling tot de oude budgetdiscipline wordt onder het BKZ ook compensatie gezocht voor *incidentele* tegenvallers. Overschrijdingen van het BKZ konden binnen de zorgsector worden gecompenseerd via een beperking van het aanbod, aanpassing van de prijzen of een verhoging van de doelmatigheid (ECORYS 2007:17).

In 2000 vond een trendbreuk plaats. Veelal wordt aangenomen dat de kostenbeheersing had geleid tot de lange wachtlijsten in de meeste zorgsectoren. In het FB-systeem zou geen relatie bestaan tussen de werkelijke kosten en de uiteindelijke bekostiging, en dus ondoelmatigheid worden bevorderd. Het ontstaan van de wachtlijsten wijt Vandermeulen (2006:26) echter aan de lumpsum-systematiek (ingevoerd in 1995), waarin medisch specialisten werden ontmoedigd om te produceren (Lapré & Vandermeulen 2001:26). Er werkten in feite twee bekostigingssystemen naast elkaar: één voor de instelling en één voor de maatschappen. Deze systemen kenden verschillende (en tegengestelde) prikkels. In ieder geval was het ontstaan van wachtlijsten in deze periode een feit. Rechtszaken, aangespannen door patiënten die niet langer wilden wachten, maakten een einde aan deze situatie. Het tweede kabinet-Kok verhief het ‘recht op zorg’ daarom tot beleidsuitgangspunt.

#### **Kabinet Kok-II 1998-2002**



Bron: parlement.com

Vanaf deze periode gold het ‘boter-bij-de-vis’-principe: extra afgesproken zorg diende geleverd te worden (Lapré & Vandermeulen 2001:45). Als er meer of minder behandelingen werden verricht dan vooraf was overeengekomen, werd met zorgverzekeraars overlegd over de mate waarin het externe budget werd aangepast (Heezen 2005:255). Als gevolg hiervan was in deze periode een sterke versnelling van de groei van de zorguitgaven waar te nemen. Tot 2000 groeiden de uitgaven twee tot drie procent per jaar. Na 2001 veranderde dit in een stijging van zeven tot tien procent per jaar (RVZ 2003:11).

**Tabel 2.1 Chronologisch overzicht overheidsbeleid 1960-2000**

<i>1960-1975</i>	<i>Periode van groei en open einde</i>
<i>1975-1985</i>	<i>Periode van limitering en dominante overheidsregulering</i>
1976	Bezuinigingsoperaties Kabinet-Den Uyl
1983	Instellingsbudgettering
1988	Invoering Functiegerichte Budgettering
<i>1985-2000</i>	<i>Periode van limitering en gereguleerde concurrentie</i>
1991	Budgettering ziekenfondsen
1995	Invoering budgettair kader zorg
<i>Vanaf 2000</i>	<i>‘Boter-bij-de-vis’-principe – Sterke stijging zorgkosten</i>

In december 2002 besloot de Tweede Kamer tot een parlementair onderzoek naar de effectiviteit van de besteding van veertien miljard euro extra investeringen in de gezondheidszorg sinds 1994. De sterke stijging van de zorguitgaven werd gezien als problematisch omdat hierdoor óf de collectieve lasten zouden stijgen óf de naleving van EU-afspraken over het begrotingstekort in gevaar zou komen. Verder hield de ontwikkeling van de performance geen gelijke tred met de investeringen. Het doel van het onderzoek was inzicht in de effectiviteit van de uitgaven te verkrijgen en in de factoren die hier van invloed op zijn (TK 2002-2003 28852-1). Conclusie van het onderzoek was dat in de periode 1994-2002 een volumestijging van 8,3 miljard euro heeft plaatsgevonden. Dat wil overigens niet zeggen dat er sprake was van een reële stijging van het volume van 8,3 miljard euro. De volumegroei in de zorgsector wordt gemeten in geld en niet in aantallen, terwijl “volumestijgingen zich [kunnen] manifesteren in productiestijgingen, maar [ook bijvoorbeeld kunnen] zijn aangewend voor kwaliteitsverbetering, werkdrukvermindering of meer overhead” (TK 2003-2004 28852-2:28).

Een deel van de 8,3 miljard euro was bestemd voor de opvang van autonome volumegroei ten gevolge van (vooral) demografische ontwikkelingen. Verder rekende de toenmalige minister van VWS (Borst-Eilers) de volumegroei toe aan vier categorieën: wachtlijsten/productie, werkdruk en arbeidsmarkt, beheer en administratie, kwaliteit en overige (TK 2003-2004

28852-2:29). Veel van deze extra middelen hadden dus maar weinig met de werkelijke patiëntenaantallen te maken.

**Minister Borst-Eilers (minister van VWS Kabinet Kok-I en Kok-II)**



Bron: Parlement.com

De Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) concludeerde verder dat door de vormgeving van het zorgstelsel, met bestedingsvrijheid voor instellingen, en het gehanteerde bekostigingsstelsel op macroniveau, onderscheid gemaakt werd naar middelen, maar dat dit onderscheid door de allocatiewijze van deze middelen op microniveau niet altijd werd doorgezet (TK 2003-2004 28852-2:29). Dit komt mede doordat de middelen niet expliciet vooraf door de minister over de vier categorieën waren verdeeld. Van een ex ante koppeling tussen doelen en middelen was op macroniveau dus geen sprake (TK 2003-2004 28852-2:29).

Hoewel een stijging van de kosten waar te nemen was, had het ministerie van VWS dus geen zicht op de vraag wie of welke categorie hoeveel geld in totaal had ontvangen. Het is ook de vraag of het mogelijk is om later te achterhalen waar het geld naartoe is gegaan, als de personen in kwestie geen afspraken hebben gemaakt om op bepaalde punten metingen uit te voeren. De TCOZ (TK 2003-2004 28852-2:29) stelde vast dat in de toezichtketen vooral de nadruk heeft gelegen op het vaststellen van de rechtmatigheid van de uitgaven, en niet op het vaststellen van de doelmatigheid (TK 2003-2004 28852-2:31). Hoewel de toenmalige minister van VWS (Hoogervorst), bij de uitkomst van dit onderzoek, concludeerde dat de wachtlijstaanpak had geleid tot extra productie (TK 2003-2004 28852-2:87), wilde dit volgens de TCOZ niet zeggen dat het beleid gegeven de omvang van de beschikbaar gestelde middelen, de technologische ontwikkelingen en de feitelijke prijsontwikkeling ook werkelijk als doelmatig kon worden bestempeld (TK 2003-2004 28852-2:33). Verder concludeerde de TCOZ dat

“er teveel is gedacht dat het uittrekken van een bepaald extra bedrag voor bijvoorbeeld wachtlijstbestrijding één op één tot een wachtlijstproductie zou leiden, terwijl er in de praktijk geen zekerheid vooraf bestaat



dat het extra geld daar aan besteedt wordt en er achteraf ook geen afzonderlijke verantwoording over extra middelen wordt afgelegd” (TK 2003-2004 28852-4:8).

**Minister Hoogervorst (minister van VWS Kabinet Balkenende-II en Balkenende-III)**



Bron: Parlement.com

Het was, kortom, niet mogelijk op macroniveau of per sector een conclusie te trekken over de effectiviteit van alle beschikbaar gestelde extra middelen. De TCOZ concludeerde, onder andere, dat als de Kamer specifieke doelstellingen wilde verwezenlijken in de verschillende sectoren van de zorg, dit gedaan moest worden door middel van doelgerichte en geormerkte budgetten (TK 2003-2004 28852-2:37). Het stellen van voorwaarden vooraf heeft echter als nadeel dat het de autonomie van de instellingen beperkt. Daarom stelde de TCOZ voor om in ieder geval voorwaarden te stellen aan de wijze waarop de besteding van middelen inzichtelijk wordt gemaakt en eisen te stellen aan de transparantie waarmee door de instelling gemaakte keuzes worden verantwoord (TK 2003-2004 28852-4:18). Minister Hoogervorst reageerde met zijn plannen voor de ontwikkeling van een twejaarlijkse Zorgbalans (TK 2004-2005 28852-6:5). Boorsma (1980:4) veronderstelde echter dat niet-gespecificeerde ombuigingen in ieder geval niet in de begroting worden aangebracht en ook niet in het beleid worden gerealiseerd. Hetzelfde lijkt de TCOK in 2005 te concluderen. De Commissie gaf daarom aan dat als de overheid op macroniveau met zekerheid algemene uitspraken wilde kunnen doen over de doelmatigheid van de besteding van algemene middelen de budgetten meer dan nu geormerkt moesten worden (TK 2003-2004 28852-4:18).

Het is dus lastig om over de feitelijke werking en de effectiviteit van het 'boter-bij-de-vis'-systeem conclusies te trekken. De noodzaak tot dit in-

zicht leek echter wel te blijven bestaan in de Tweede Kamer. In een debat naar aanleiding van het onderzoek van de Commissie Onderzoek Zorguitgaven werd gesteld “de zorg is een zwart gat waar miljarden euro’s in gaan en waarvan je niet weet wat er aan extra zorg uitkomt, waar die terecht komt, wie die ten goede komt en wie ervan profiteren” (TK 2005 88-5297:1), maar Minister Hoogervorst concludeerde dat het boter-bij-de-visprincipe vanaf het jaar 2000 een belangrijke verbetering is geweest, die ertoe heeft bijgedragen dat een beter en duidelijker verband is gelegd tussen extra geld en extra zorgverlening, al vond hij ook dat het nog niet voldoende was (TK 2005 88-5297:5). De minister gaf verder aan (TK 2005 88-5297:6) dat in het nieuwe stelsel niet in overheersende mate gestuurd wordt via input maar dat voornamelijk gewerkt wordt aan het uitbrengen van een tweejaarlijkse zorgbalans, die inzicht moet geven in de vraag of de centrale doelstellingen wel gehaald zijn. In de zorgbalans worden input, proces en output tweejaarlijks in kaart gebracht, zodat ingegrepen kan worden waar dat nodig blijkt. In 2006 presenteerde het RIVM de eerste zorgbalans (RIVM 2006). In juni 2008 verscheen de tweede Zorgbalans (RIVM 2008).

### **2.3 Kostenbeheersing op macroniveau**

Met de Zorgbalans en het Jaardocument Zorg (nog in ontwikkeling) tracht de overheid meer inzicht te verkrijgen in de vraag of de centrale doelstellingen behaald zijn. Daarmee is de discussie over de stijging van de zorgkosten en de oorzaken daarvan, echter nog niet opgelost. Een overschrijding van ramingen blijkt sinds de jaren negentig een redelijke constante binnen de Nederlandse gezondheidszorg. De overheid probeert de stijging van de zorgkosten te beperken.

Lapr e en Vandermeulen (2001:48) onderscheiden verschillende mogelijkheden die door de overheid gehanteerd kunnen worden om te komen tot beheersing van de gezondheidszorgbestedingen en de verdeling van de beschikbare middelen over de zorgaanbieders op zowel macro- als micro-niveau.

**Tabel 2.2** Mogelijke strategieën tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg

	<b>Macroniveau</b>	<b>Microniveau</b>
<b>Vraagzijde</b>	Preventieprogramma's Beperking dekking verstrekkingspakket Budgettering zorgverzekeraars	Eigen betalingen o Eigen betalingen o Eigen risico Concurrentie zorgverzekeraars Persoonsgebonden budget (PGB)
<b>Aanbodzijde</b>	Centrale / Regionale capaciteitsplanning Budgettering zorgaanbieders Prijnsregulering Loonkostenbeheersing	Bonus-malussysteem Prijskoncurrentie Aangewezen zorgaanbieders

ECORYS (2007:24) meent dat de overheid globaal drie mogelijkheden tot haar beschikking heeft om de kosten te beheersen:

- Beperking van het collectief verzekerde pakket
- Verhoging van de eigen betalingen
- Verhoging van de doelmatigheid

Over de inzet van deze instrumenten zijn de meningen verdeeld. Door middel van de in de inleiding geïntroduceerde doelmatigheidskortingen wordt voornamelijk ingezet op de laatste mogelijkheid, maar Minister Klink (2008) heeft onlangs aangegeven tevens te kijken naar de oorzaken van de overschrijdingen in de zorguitgaven. Daarbij wordt, naast de mogelijkheid van maatregelen bij de ziekenhuizen, tevens gezocht naar andere mogelijkheden om de zorguitgaven te beheersen.

**Minister Klink (minister van VWS Kabinet Balkenende-IV)**



Bron: minVWS.nl

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) (2008c) geeft aan blij te zijn met een dergelijke uitspraak. Wel meldt zij dat het geen concrete, duidelijke uitspraken zijn. In ons gesprek met het ministerie van VWS (2008) wordt verklaard zo lang mogelijk te willen wachten met opties die burgers raken. “Het is nog niet nodig om de burgers te belasten. Er is echt nog veel ruimte voor doelmatigheid” (VWS 2008). Deze conclusie wordt ook verwoord in de nieuwste Zorgbalans. Er zijn in Nederland verschillende studies uitgevoerd naar de efficiënte binnen zorgsectoren, waaronder de ziekenhuissector. “Voor ziekenhuizen wordt over het algemeen een gemiddelde inefficiënte van ongeveer 10 à 20 procent gevonden” (RIVM 2008:182), maar hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat een toename van doelmatigheid van zorgaanbieders niet per definitie leidt tot een toename van doelmatigheid op stelselniveau, bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders minder goed samenwerken of bepaalde patiënten weren (2008:182).

De mogelijkheid tot het genereren van doelmatigheidswinst blijkt overigens niet alleen uit verscheidene studies, ook de NVZ en de afzonderlijke ziekenhuizen (Ziekenhuis Oost 2008, Ziekenhuis Randstad Periferie 2008 en Ziekenhuis Randstad Centraal 2008) onderschrijven de mogelijkheden daartoe. De NVZ is echter van mening dat de vraagzijde te marginaal betrokken wordt in de uitgavendiscussie. Door demografische en medisch-technologische ontwikkelingen stijgen de totale kosten en het gevraagde zorgvolume. Dat de overheid een beroep doet op doelmatigheidswinst is niet onlogisch, aldus de NVZ (2008d), maar daarnaast zou erkend moeten worden dat de zorgomzet tevens groeit door ontwikkelingen aan de vraagkant. Maatregelen als aanpassing van het verzekerde pakket en vergroting

van de eigen bijdragen zijn, zoals hierboven gesteld (ECORYS 2007:24), dan opties.

De afgelopen jaren is getracht de vraag naar zorg te beperken, waarbij niet alle pogingen succesvol zijn gebleken. Zowel de eigen betalingen als inkrimping van het verzekeringspakket roepen maatschappelijke en politieke tegenstand op. Doelmatigheidskortingen, die effect hebben op de aanbodkant van de zorgverlening, worden echter al een aantal jaren doorgevoerd. Daaruit blijkt dat de scheidslijn tussen micro- en macro-uitgavenmanagement smal is. Eventueel tekortschietend uitgavenmanagement op microniveau leidt, bij een overschrijding van het macrokader, tot kortingen die direct effect hebben op de te besteden middelen in een volgend jaar. Overigens is het daarbij opvallend dat het Ministerie aangeeft de effecten van de doelmatigheidskortingen niet individueel, per ziekenhuis, te volgen, temeer omdat inzicht in het behalen van centrale doelstellingen (waaronder vergroting van de doelmatigheid van zorg wellicht gerekend kan worden) en de reactie daarop als kern van de methoden werd genoemd om zorgkosten in de toekomst te beperken (TK 2005 88-5297:6). Het ministerie (VWS 2008) geeft desgevraagd aan waarom het effect van doelmatigheidskortingen niet individueel gevolgd wordt:

“Dat is voor het verwerken van de macrokorting ook niet nodig. De NZa boekt de korting, vaak op basis van de door VWS verstrekte aanwijzing met daarin de omvang van de macrokorting en de wijze van toedeling naar individuele ziekenhuizen, bij de individuele ziekenhuizen in. Uit de rapportages van de NZa blijkt dat de kortingen zijn doorgevoerd. Voor het volgen van de realisatie van de korting is het dus niet van belang om te volgen hoe een korting binnen een instelling wordt opgevangen. Er is dus geen zicht op de doorwerking bij de individuele ziekenhuizen. Het effect van de bezuiniging is enkel op macroniveau duidelijk. Zolang het macro-resultaat behaald wordt, wordt er geen onderzoek naar de individuele ziekenhuizen ondernomen” (VWS 2008).

Ook de NVZ houdt het effect van de korting niet per individueel ziekenhuis bij: “Nee, de NVZ probeert de uitwerking van de bezuinigingen niet te volgen. Dat zou door de afzonderlijke ziekenhuizen ook niet op prijs worden gesteld.”

## **2.4 Kostenontwikkelingen in de ziekenhuiszorg**

In de voorgaande paragrafen komen de kostenstijgingen in het algemeen tot 2000 aan bod. Maar ook na 2002 stegen de kosten van de zorg sneller dan was voorzien en afgesproken. Op 6 oktober 2006 meldde het ministerie van VWS dat vooral gebleken was dat de groei van de ziekenhuiszorg en de daarmee samenhangende uitgaven in 2005 en 2006 hoger waren

uitgevallen dan was voorzien (in ECORYS 2007:13). Een verhoging van het BKZ was mogelijk, maar zou leiden tot een hogere bijdrage van werkgevers, en een hogere nominale premie voor de verzekerde. Dit zou een negatief effect hebben op de betaalbaarheid van de zorg (2007:13). Daarom besloot het ministerie de overschrijding van de collectieve uitgaven te beheersen door middel van een doelmatigheidskorting.

ECORYS deed, in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), onderzoek naar de oorzaken van de kostenontwikkelingen in de ziekenhuiszorg. Daarbij was de vraag wat de oorzaak is van vraagontwikkelingen en eventuele kostenstijgingen in de ziekenhuiszorg voor de komende jaren (ECORYS 2007:7). Er werd in het onderzoek een onderscheid gemaakt tussen de ontwikkeling van de zorgvraag, zoals demografische en sociaaleconomische ontwikkelingen, en factoren aan de aanbodzijde, zoals innovaties in de zorg (2007:14). Verder deed ECORYS onderzoek naar de gesignaleerde ontwikkelingen en mogelijke verklaringen in relatie tot de door het CPB opgestelde ramingen (2007:14).

In de periode 1998 tot 2005 namen de totale uitgaven aan zorg met gemiddeld 8,3 procent per jaar toe (ECORYS 2007:27). De uitgaven aan ziekenhuiszorg laten vergelijkbare cijfers zien. De gemiddelde groei van ziekenhuizen lag jaarlijks ongeveer een halve procentpunt boven de groei in de totale zorg (2007:27). Opvallend was de lage groei in uitgaven voor 2001, en de relatief hoge groei in de periode daarna (2007:27). Deze ontwikkeling hangt uiteraard samen met het boter-bij-de-vis-principe waar in dit hoofdstuk eerder aandacht aan is besteed. Ter illustratie toont het onderstaande staasje de toename in volumegroei bij ziekenhuizen en specialisten, welke mede bepalend is voor de stijgende zorguitgaven, in de periode voor en na 2001 (CPB 2007:31).



Ongeveer tweederde van de toegenomen zorguitgaven werd veroorzaakt door prijsstijgingen, zo ontdekte ECORYS (2007:35). Daarnaast was sprake van een toename van het aantal ziekenhuisopnamen in combinatie met een daling van de bedden capaciteit en de gemiddelde opnameduur. Prismant (2006:4) maakte deze trend in de groei van het productievolume en de prijsontwikkeling inzichtelijk door middel van onderstaande gegevens.

**Tabel 2.3 Berekeningen op basis van de LMR en de EJZ, diverse jaren (Prismant 2006:4)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	gem.jrl groei '98- '05	groei 2005
opnamen #	1.323.782	1.296.506	1.263.456	1.264.130	1.328.995	1.365.412	1.423.613	1.458.018	1,2%	2,4%
CMI opnamen	3,37	3,39	3,39	3,42	3,42	3,40	3,38	3,37	0,1%	-0,4%
productievol opnamen	4.458.731	4.393.788	4.287.845	4.327.960	4.547.355	4.645.189	4.815.278	4.909.699	1,3%	2,0%
dagopnamen #	669.069	699.566	744.845	817.000	888.257	946.729	1.101.043	1.182.869	8,7%	7,4%
CMI dagopnamen	0,75	0,76	0,77	0,79	0,79	0,79	0,80	0,80	1,1%	0,5%
productievol dagopnamen	501.527	532.144	576.863	641.658	701.235	752.540	881.185	951.763	9,8%	8,0%
epb's # excl.	5.359.384	5.478.602	5.577.011	5.591.566	5.660.465	5.801.050	5.897.583	5.990.661	1,6%	1,6%
CMI epb	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,14	0,14	1,1%	0,5%
prodvol epb's	684.707	710.293	736.165	748.483	761.630	790.722	804.458	821.549	2,7%	2,1%
prod vol zorg	5.644.965	5.636.225	5.600.874	5.718.100	6.010.220	6.188.451	6.500.921	6.683.012	2,4%	2,8%
prod vol reg zorg index	100,0	99,8	99,2	101,3	106,5	109,6	115,2	118,4	2,4%	2,8%
prijsontwikkeling zorg index	100,0	104,3	109,5	118,9	122,9	126,6	128,0	129,6	4,2%	1,3%
productiewaarde reguliere zorg	5.155.805	5.371.600	5.600.874	6.211.776	6.744.336	7.157.780	7.600.921	7.913.413	6,7%	4,1%

Ook onderzoeksbureau Gupta Strategists concludeerde in een recent onderzoek dat de kosten van ziekenhuiszorg gestegen zijn. Het totaal aan ziekenhuiskosten nam in 2006 met ruim vijf procent toe (Gupta Strategists 2007:47). Daarmee zijn de kosten sneller gestegen dan de omzet en het aantal patiënteenheden. Verder heeft er een sterke stijging van het B-segment (het segment met de vrije prijs- en volumevorming) plaatsgevonden (2007:35). Vektis (2008:2), in samenwerking met The Boston Consulting Group (BCG), wijst op een groeipercentage van bijna twaalf procent. Daarvan wordt tien procent volgens Vektis verklaard door een verhoging van het volume (het aantal behandelingen). Onderzoeksbureau Gupta Strategists (2007:37) geeft aan dat een zeer grote groei van het B-segment in combinatie met de budgetrestricties in het A-segment het potentiële risico in zich draagt dat onvoldoende tegemoet gekomen wordt aan de vraag naar zorg uit het A-segment.

Op 21 april 2008 werd echter bekend (Piersma 2008b:3 en NVZ 2008b) dat het volume van de Nederlandse ziekenhuiszorg in 2007 minder snel gestegen is dan in de jaren daarvoor. Met een volumegroei van 2,5 procent zit de ziekenhuissector vooralsnog op het groeipad dat het CPB de afgelopen jaren heeft geraamd (Piersma 2008b:3), maar omdat de definitieve

nacalculatie 2007 nog niet is verwerkt, is het mogelijk dat het percentage van 2,5 procent een onderschatting is.

Ook de NZa (2008:67) concludeerde recent dat de volumegroei in het B-segment in de periode 2005-2007 sterker lijkt toegenomen dan de groei in het A-segment, terwijl op basis van voorlopige cijfers deze volumetoename in het B-segment zich in 2007 lijkt af te vlakken. De prijzen in het B-segment zijn in de periode 2005-2006 volgens gegevens van de NZa (2008:54) nominaal gelijk gebleven, terwijl in de periode 2006-2007 een stijging van 2,1 procent zichtbaar wordt (NZa 2008:54). Toch zijn de prijzen in het B-segment in 2006 minder hard gestegen dan de prijzen in het A-segment. In 2007 lijken de verhoudingen omgedraaid. Volgens de NZa is de prijsontwikkeling in het B-segment in 2007 sterker door de budgetkorting neerwaarts bijgestelde prijsontwikkeling in het A-segment (NZa 2008:54).

Zonder enig oordeel uit te spreken over de (on)juistheid van de ramingen, blijkt een overschrijding van ramingen in ieder geval een redelijke constante binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In discussies omtrent overschrijdingen is de vaststelling van de hoogte van het BKZ cruciaal. Vooral omdat het de vraag blijft

“in hoeverre de huidige modellen voldoende precisie en transparantie kennen om tot houdbare en verifieerbare afspraken te komen tussen alle partijen over middelen en prestaties over een periode van vier jaar. De afgelopen jaren hebben laten zien dat de onzekerheid over de ramingen partijen de vrijheid gaf om een eigen interpretatie te geven aan niet voorspelbare kostenstijgingen” (ECORYS 2007: 56).

Overschrijdingen van het BKZ leiden er, binnen de huidige systematiek, toe dat óf wordt ingegrepen in de kosten van de zorg óf dat een verhoging van macro prestatiebedrag wordt toegestaan (ECORYS 2007:24). Het CPB-model geeft mogelijk een onderschatting van de toekomstige kosten- en volumeontwikkelingen in de ziekenhuiszorg. ECORYS concludeert dat de aanpassingen van het BKZ in de jaren negentig beneden de groei van het BNP lagen wat er op duidt dat de voortdurende overschrijdingen van het BKZ eerder te wijten zijn geweest aan een te krap vastgesteld kader dan aan het feit dat de zorgsector in onvoldoende mate in staat is geweest de kosten te beheersen (2007:18). Prismant, dat onderzoek deed naar de ramingen in opdracht van NFU, NVZ en ZN, kwam tot dezelfde conclusie. Het CPB raamt voor de totale curatieve sector een groei van 3 – 3,5 procent per jaar. De sector ziekenhuizen komt uit op eenzelfde percentage. Prismant, daarentegen, raamt voor de ziekenhuissector een minimale volumegroei van 3,5 procent per jaar, ofwel 1,5 procent boven de groei van het BBP (1,75 procent aldus het CPB 2007b:13) (Prismant 2007:41).



## 2.5 Oorzaken financiële druk ziekenhuiszorg

Kosten in de ziekenhuiszorg stijgen dus, maar omdat deze groei niet ongeïmitteerd is, neemt de financiële druk toe. Vaak bestaat het idee dat de overschrijdende uitgavenkaders in de zorg, ontstaan op het microniveau. Vandaar dat hieronder een overzicht volgt van een aantal oorzaken (niet uitputtend) van financiële druk op de ziekenhuisbegroting. Het gaat in deze studie echter niet alleen om de oorzaken van financiële druk, maar vooral om de manier waarop instellingen met deze druk omgaan. De studie richt zich voornamelijk op mogelijkheden om het macrotekort effectief op het microniveau van de instellingen te beteugelen. Daarom wordt kort aandacht besteedt aan de variabelen die financiële druk veroorzaken en wordt vervolgens vooral inhoudelijk ingegaan op mogelijke strategieën om die druk te verminderen.

### 2.5.1 Doelmatigheidskortingen (convenanten/afspraken)

Ramingen voor kosten in de zorg kunnen uiteen lopen. Bovendien wordt er veelvuldig over de betekenis van deze ramingen gediscussieerd. In de Zorgnota 2005 wordt gesteld:

“De zorgcijfers die het kabinet op Prinsjesdag presenteert, moeten niet gezien worden als louter ramingen, maar als het bedrag dat het kabinet steeds bereid is voor de zorg te bestemmen. Als de werkelijke ontwikkelingen van de productie de uitgaven laat stijgen boven niveaus die door het kabinet als acceptabel worden beschouwd, moeten maatregelen ter compensatie worden genomen” (TK 2004-2005. 29800 XVI-2:252).

Meerjarenramingen worden echter vaak gezien als minimum en niet als maximum-ramingen. Toirkens (1988:329) signaleerde dat in 1988 en ook nu nog geeft ministerie van VWS (2008) aan dat de grote vraag is of het BKZ nu een raming is of normatief. “VWS gaat van een normatief aspect uit: zoveel zijn we bereid uit te geven” (VWS 2008). De ziekenhuizen gaan hier niet zondermeer van uit:

“Het punt is dat die ramingen niet reëel zijn. Ze zijn bedacht door Den Haag en passen precies binnen het macroplaatje. Dat is een omgedraaid standpunt, je begint als het ware aan het eind. De ramingen zijn zo politiek wenselijke verhalen geworden en dat heeft niet alleen een weerslag op de hoogte van de kortingen, dat gaat nog verder. De zorgverzekeraars komen hier en houden vast aan die getallen die door het CPB zijn berekend, en het komt er eigenlijk op neer dat ze hier niet van afwijken. Dat is niet terecht en bovendien geen onderhandelen. Die getallen zijn begroot binnen het macroverhaal en niet op de reële groei. Er is echt meer vraag dan aanbod, maar de verzekeraars leggen de bewijslast eigenlijk bij ons neer. Een heel omgedraaide wereld” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008).

Hoewel de ziekenhuizen beweren dat het gaat om een autonome volume-groei, betwijfelt het ministerie van VWS dat: “Aanbodgeïnduceerde vraag wordt misschien overschat, maar het kan nooit zo zijn dat het niet voorkomt. De volumes zijn de afgelopen jaren sterker gestegen dan volgens de normale verwachting te verwachten was.” Daartegenover stelt de NVZ (2008d) dat eventuele aanbodgeïnduceerde productie niet verantwoordelijk gehouden kan worden voor de stijging van de totale kosten en het gevraagde zorgvolume ten gevolge van veranderingen in demografie, medisch-technologische ontwikkelingen en autonome vraagontwikkeling.

Het voorgaande toont dat de ramingen onderwerp van discussie zijn. Ongeacht de uitkomst van deze discussie, werden tussen 2003-2007 de uitgavenkaders Zorg stelselmatig overschreden. Tabel 2.4 toont deze overschrijding.

**Tabel 2.4 Overschrijding van het hoofdlijnenakkoord Zorg in miljarden euro's volgens de Macro Economische Verkenning**

Jaar	2003	2004	2005	2006	2007
Overschrijding ten opzichte van Hoofdlijnenakkoord Zorg (in miljarden euro's)	1 ¼	1 ½	¾	½	¼

Bron: CPB 2007:119)

In 2003 had de toenemende zorgvraag tot een overschrijding van 105 miljoen euro geleid en in 2004 was de verwachting dat er 135 miljoen euro meer zorg zou worden verleend dan geraamd was in het Macro-Budgettair Kader Zorg (BKZ). Er moest iets gebeuren, maar de oude systematiek van korten mocht niet meer zomaar door de overheid gehanteerd worden. In april 2004 werd een prestatiecontract afgesloten tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland (verder: ZN). De NVZ presenteerde het voornemen als een wens om een bijdrage te leveren aan de doelstelling van het kabinet om het begrotingstekort niet verder op te laten lopen (NVZ 2004). De regering zag zich in 2004 namelijk geplaatst voor een overschrijding van de begroting van meer dan drie procent (Hoogervorst et al. 2004). In het kader van het Europese Stabiliteitspact diende deze overschrijding te worden teruggedrongen tot de binnen het pact overeengekomen norm van drie procent. Ieder departement leverde een bijdrage aan de oplossing.

In het prestatiecontract geven de NVZ, ZN en VWS aan dat zij het ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid noodzakelijk achten een oplossing te vinden voor de problematiek. “In de uitwerking [van het contract] wordt rekening gehouden met de bedrijfsvoering van de instellingen en ingespeeld op het vermogen van de sector om de

noodzakelijke groei van het zorgvolume voor een deel te financieren uit doelmatigheidsverbetering” (Hoogervorst et al. 2004:2).

Kern van het contract vormden vier afspraken (Hoogervorst et al. 2004:3):

- De minister is verplicht om de toegankelijkheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de curatieve gezondheidszorg te garanderen;
- De zorgverzekeraars behartigen de belangen van hun verzekerden;
- De ziekenhuizen zijn verplicht kwalitatief hoogwaardige, professionele zorg te leveren;
- In de overbruggingsperiode (1 januari 2004 tot 31 december 2007) wordt op macroniveau een productietoename gerealiseerd die uitgaat boven de groei van de beschikbare middelen, indien de zorgvraag daartoe noodzaakt. In 2005 wordt er een extra volume bovenop het beschikbare makro-kader van 1,15 procent afgesproken en vanaf 2006 gaat het om 2,3 procent extra volume.

Bij het prestatiecontract hoorde een verdeelsleutel. Niet iedere instelling werd daarom in gelijke mate gekort. Doelmatige ziekenhuizen hoefden relatief minder extra doelmatigheid te realiseren (Prismant 2004:5). De Differentiatie Indicator (DI) was gebaseerd op een combinatie van een ligduurratio en de potentiële dagbehandelingen per ziekenhuis. De meest efficiënte ziekenhuizen konden daarom in 2003 ruim dertig procent minder worden gekort dan het minst efficiënte ziekenhuis (Prismant 2004:17). Overigens wordt door de NVZ gesteld dat door de wijze waarop de verdeelsleutel uiteindelijk is toegepast, de differentiatie-indicator weinig verschil maakte tussen doelmatige en ondoelmatige ziekenhuizen. De impact van de differentiatie was daarom relatief beperkt (NVZ 2008c).

Medio 2006 kondigde minister Hoogervorst een compenserende korting in de tarieven voor 2007 aan. De tarieven van ziekenhuizen zouden in 2007 worden gekort met een bedrag van 192 miljoen euro omdat de ziekenhuizen in 2005 en 2006 te veel hadden uitgegeven. Dit betekende een korting van 1,6 procent op het totale budget. Deze overschrijding liep in 2007 op tot 291 miljoen euro (Klink 2007:2).

De NVZ uitte ernstige bezwaren (NVZ 2006). Uit een onderzoek van de NVZ blijkt dat het gemiddelde exploitatieresultaat van ziekenhuizen ongeveer 1 tot 1,3 miljoen euro per ziekenhuis bedraagt. Met de korting van 190 miljoen euro over ca. 100 instellingen dreigde dit resultaat te verdampen, aldus de NVZ (Sijmons 2006:22). Ziekenhuizen zijn niet verantwoordelijk voor de omvang van het vraagvolume, zo betoogde de NVZ verder, hooguit voor een eventuele inefficiënte zorgverlening. De minister maakt de ziekenhuisbranche vrijwel eenzijdig verantwoordelijk voor de overschrijdingen, terwijl de NVZ van mening was zich te hebben gehouden aan de afspraken: zij hebben aantoonbaar doelmatiger gewerkt zoals in het

prestatiecontract van 2004 was overeengekomen. Ander argument is dat de overschrijding het gevolg is van onrealistische ramingen van de zorgvraag door VWS. Hoewel VWS steunde op het idee dat zorgverzekeraars terughoudend zouden contracteren, mislukte deze inzet, aldus de NVZ. Hier voelt de NVZ zich niet verantwoordelijk voor.

Ziekenhuis Oost (2008) legt uit waarom dergelijke doelmatigheidsingrepen als onrechtvaardig worden bestempeld.

“Het worden efficiëntiekortingen genoemd, maar het zijn eigenlijk gewoon budgetkortingen. Bij ons valt de korting hoog uit. De hoogte van de korting is niet beïnvloedbaar, dat frustrereert. Eigenlijk worden we dubbel gestraft. Ziekenhuizen maken immers afspraken met verzekeraars over de volumegroei. Als het ziekenhuis daarbinnen blijft, is er niets aan de hand. Als zij het echter overschrijden, wordt dat niet vergoed. Vervolgens krijgen ziekenhuizen ook nog een korting over zich heen. Het komt er op neer, en dat maakt het zo moeilijk uitleggen aan je achterban, dat er ziekenhuizen in de Randstad zijn die weinig efficiënt werken, terwijl wij dat wel doen en vervolgens worden wij gekort omdat een landelijk kader is overschreden. Die kortingen worden onterecht bij ons als efficiënt ziekenhuis neergelegd. Dat kader is ‘niets’. Dat kader is groot, wordt door de overheid vastgesteld, maar houdt geen rekening met de ziekenhuizen onderling en hun plek in de keten.”

De rechter verhinderde de aanwijzing, in een kort geding van november 2006. Het kort geding had tot gevolg dat “de drie partijen [NVZ, ZN en VWS] opnieuw met elkaar om de tafel moesten over de overschrijding en daarbij de pijn evenwichtig moesten verdelen” (NVZ 2007a). Het lag niet in de rede dat uitsluitend de ziekenhuizen de gevolgen van de overschrijding zouden dragen, aldus de rechter. Uitkomst van deze hernieuwde besprekingen was het convenant dat op 11 januari 2007 getekend werd. In het convenant werd overeen gekomen dat de ziekenhuizen voor de helft zouden bijdragen aan het oplossen van de overschrijding en de overheid (de premiebetaler) voor de andere helft (Klink 2007:2). Afgesproken werd dat VWS een aanwijzing aan de NZa stuurde inzake de korting van 145,5 miljoen euro per 1 januari 2007 (Hoogervorst et al. 2007:2). De ‘harde’ bezuiniging (totaal bij de ziekenhuizen), die gekenmerkt wordt door aanpassing van regelgeving, concrete verlaging van programma’s, en /of verlaging van taakstellende programma’s (Toirkens 1988:29), werd daarmee omgezet in een ‘zachte’ bezuiniging (iedere partij de helft), door gebruik te maken van financieringsverschuivingen (Toirkens 1988:273).

In september 2007 signaleerde de NVZ door een stapeling van effecten een ‘onverantwoorde situatie’ (NVZ 2007b). In oktober 2007 meldde zij dat, wederom door een opeenstapeling van effecten, de continuïteit van ziekenhuizen en het aanbod van patiëntenzorg in 2008 in gevaar komt (NVZ 2007c). Een reactie van de minister is niet bekend en de patiënten-

zorg lijkt vooralsnog niet in acuut gevaar te verkeren. Wel kondigde minister Klink in 2007 wederom een korting aan voor 2008. Het gaat ditmaal om een aanwijzing van 160 miljoen euro (2007:1). De korting kent geen verdeelsleutel en wordt daarom ook wel aangeduid met de term 'kaas-schaafmethode'. Er wordt in de verdeelgrondslag wel rekening gehouden met de omvang van het vrije B-segment (Klink 2008b:2). Doordat de korting op voorhand is aangekondigd, vergroot deze het plannings- en begrotingsperspectief van de ziekenhuizen.

De NVZ heeft, onder andere, deze aanwijzing onderdeel gemaakt van de in 2008 gestarte bodemprocedure om "duidelijkheid te krijgen over de verantwoordelijkheid in het systeem voor ziekenhuisbekostiging. De ziekenhuizen vinden dat de verantwoordelijkheid voor het volume de afgelopen jaren ten onrechte op hen is afgewenteld" (NVZ 2008). De NVZ (2008c):

"Doel van de rechtszaak is om er achter te komen of de kortingen nu echt bedoeld zijn om de doelmatigheid te verbeteren of dat de regering gewoon bezig is om een overschrijding te dekken. Voor het laatste willen de deelnemers van de NVZ zich niet laten lenen. Er moet systeemduidelijkheid komen, het moet duidelijk zijn dat en of de kortingen te rijmen zijn met de marktwerking. Volgens de NVZ kan dat niet. Een vrije markt en kortingen kunnen niet samen. Dat gaat tegen de filosofie van de marktwerking in."

Het ministerie van VWS (2008) stelt hier tegenover dat "de doelmatigheidskortingen inderdaad niet meer op het B-segment kunnen worden opgelegd. Maar de kortingen zijn niet geoormerkt. Als de instellingen dus zelf besluiten dat binnen het B-segment nog de meeste doelmatigheid te bereiken valt, zijn ze daar vrij in." De uitspraak van de bodemprocedure wordt eind 2008/begin 2009 verwacht. De minister heeft echter recent besloten dat de voorgenomen maatstafconcurrentie, waarvan de invoering in de bodemprocedure tevens wordt betwist, voorlopig van de baan is. Daarmee zou de bodemprocedure ook gestaakt worden. De NVZ geeft echter aan dat procedure tegen de bezuiniging van 160 miljoen alleen gestaakt wordt als de ziekenhuizen volledig worden gecompenseerd voor de financiële nadelen die zij ondervinden van het bouwregime (Kiers 2008). Een reactie van de minister is nog niet bekend. Ondertussen wordt de taakstelling doorgezet. In 2008 is inmiddels 160 miljoen euro structureel verwerkt en in 2009 zal de taakstelling in totaal 175 miljoen euro bedragen. Dat betekent dat in 2009 15 miljoen euro in mindering zal worden gebracht op de FB-budgetten van de individuele instellingen (Klink 2008b:2).

In april 2008 hebben ziekenhuizen en zorgverzekeraars de overheid toegezegd hun best te doen om de kosten in 2009 niet uit de hand te laten lopen. "De minister houdt [echter wel] een alternatieve prijsmaatregel in 2010 achter de hand." (Piersma 2008c:1). Vraag is of deze maatregel effectief is en hoe dergelijke kortingen doorwerken in het beleid van de instel-

lingen. Volgens de NVZ (2008c) hebben kortingen ook een (doelmatigheids)effect, maar, voegt de NVZ daaraan toe, de achterban voelt zich in zekere mate ook onheus bejegend door de kortingen. Hoewel de NVZ en de afzonderlijke ziekenhuizen onderschrijven dat er nog doelmatigheids-winst te behalen valt (RIVM 2008:182), vinden zij ook dat er wel eens (te) luchthartig over deze verbeteringen wordt gedaan en dat er te weinig aandacht wordt besteedt aan andere mogelijkheden om overschrijdingen te beperken.

### 2.5.2 Overige oorzaken

De doelmatigheidskortingen die door de overheid opgelegd worden, zijn direct bedoeld om te bezuinigen. Uiteraard zijn meer oorzaken van financiële druk op de ziekenhuisbegroting aan te wijzen. Deze oorzaken zijn vaak minder direct bedoeld als ombuiging, maar kunnen indirect wel tot gevolg hebben dat ziekenhuizen meer financiële druk ervaren. Hoewel in deze paragraaf aandacht wordt besteed aan de overige oorzaken van financiële druk (niet uitputtend) staan de zojuist beschreven kortingen en hun effecten in deze studie centraal. Dat komt omdat de kortingen een duidelijk verband leggen tussen uitgavenmanagement op macro- en op microniveau. In het uitgavenmanagement van de overheid vormen de kortingen een belangrijke methode om de kosten van de zorg niet boven een bepaald kader te laten stijgen. Bovendien zijn de kortingen concreet, is het een (directe) maatregel van de Rijksoverheid en is het een maatregel die stevig betwist wordt door de ziekenhuizen. Verder geldt de korting voor alle ziekenhuizen en zijn er vrij duidelijk omschreven doelen aan verbonden, namelijk doelmatigheidsverbetering en kostenbesparing. Omdat de kortingen niet geoormerkt zijn, kunnen ziekenhuizen zelf bepalen hoe ze met een dergelijke druk om zullen gaan.

Mogelijke andere oorzaken van financiële druk die in de literatuur genoemd worden, zijn in onderstaande tabel kort weergegeven. In bijlage 1 zijn deze oorzaken verder uitgewerkt. Naast algemene literatuur zijn de jaarverslagen van de casussen bestudeerd. In deze jaarverslagen komt tevens een aantal oorzaken van financiële druk aan het licht. Ook deze zijn in het overzicht meegenomen.

**Tabel 2.5 Oorzaken van financiële druk**

<b>Exogene ontwikkelingen</b>	<b>Institutionele wijzigingen</b>	<b>Bedrijfsvoering</b>
Demografische ontwikkelingen	Maatstafconcurrentie	Kapitaallasten
Schaarste op de arbeidsmarkt	Afschaffing Lumpsum	Te veel geleend voor korte perioden
Technologische ont-	Nieuwe koers (o.a. uit-	Afstemming processen

wikkelingen	breiding B-segment)	
Mondigheid van de patiënt		Hogere meerkosten die samenhangen met de geleverde meerproductie
Veranderende regelgeving bouw		Onderprestatie
Energiekosten (vooral gas en elektriciteit) door de blijvend hogere olieprijs		Tegenvallende kostenbeheersing
		Onzorgvuldige DBC-registratie
		Financieringsoverschot

### **3 Theorie en praktijk van het bezuinigen**

We belanden in dit hoofdstuk bij een belangrijk onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg: de instellingen. In dit hoofdstuk wordt zichtbaar hoe het eerder geschetste macrosysteem de dagelijkse praktijk van het bezuinigen in instellingen beïnvloed. Het normenkader dat in dit hoofdstuk geschetst wordt betreft een ideale aanpak om in de begrotingsplanning van ziekenhuizen rekening te houden met financiële druk. Daarbij maken we gebruik van de planmatige en efficiënte begrotingscyclus, terwijl ter illustratie voorbeelden uit de praktijk worden aangedragen. Zo wordt de stevige relatie tussen het uitgavenmanagement op macroniveau en het financiële management op microniveau (nogmaals) aangetoond. Belangrijke bron is het boek van Groot en Van Helden (2007) waarin stapsgewijs aandacht wordt besteed aan financieel management binnen non-profitorganisaties. De praktijkvoorbeelden zijn ontleend aan jaarverslagen en interviews met personen binnen de geselecteerde algemene ziekenhuizen en andere belanghebbenden.

#### **3.1 Financieel management in de gezondheidszorg**

In organisaties met een winstoogmerk is het doel van het management het maximeren van winsten (Berger 2002:6). Zorginstellingen, waaronder ziekenhuizen, hebben (nog) niet de mogelijkheid om winst uit te keren, al wordt er wel naartoe gewerkt dat dit rond 2012 mogelijk zal zijn. Door de invoering van de marktwerking ontplooiën meer zorginstellingen marktgerichte initiatieven. Op 14 maart 2008 (Coerts 2008:4) werd bekend dat het ziekenhuis in Weert aandelen gaat verkopen aan een private partij. Het ondernemerschap zou moeten leiden tot efficiëntere, betere en klantvriendelijkere zorg. Daarnaast wordt er in de Nederlandse ziekenhuiswereld druk geëxperimenteerd met de BV-vorm (zie de berichtgeving omtrent de Isala Klinieken – Piersma 2008:4) en richten ziekenhuizen zelf privé-klinieken op of nemen hieraan deel. Toch zijn het nog organisaties zonder winstoogmerk. Dat betekent niet dat ziekenhuizen niet streven naar een positief rendement. De financiële armslag is immers belangrijk om de ideale doelstellingen uit te voeren. Een doelmatiger gebruik van de middelen kan direct leiden tot meer en betere dienstverlening. Verder is een positief resultaat noodzakelijk om reserves te kweken zodat de continuïteit van de organisatie voor de toekomst veilig gesteld is (Groot & Van Helden 2007:14).

Het winststreven staat bij de instellingen dus niet op zichzelf, maar is een middel om andere doelen te realiseren. Managers in zorginstellingen kennen een hybride rol. Zij zijn maatschappelijke ondernemers. Dat betekent dat van hen wordt verwacht dat zij de best mogelijke financiële resultaten



realiseren, terwijl zij daarbij de publieke belangen in het oog houden. Maatschappelijk gezien is dat het meest gunstige resultaat. In de praktijk gaat het wel eens anders, zo blijkt uit de interviews. Verzekeraars hebben in het nieuwe zorgstelsel een belangrijke rol toebedeeld gekregen. Zij onderhandelen met de aanbieders over het aanbod van zorg en de prijzen. Het is de bedoeling dat verzekeraars selecteren op kwalitatief goede en efficiënte producten voor de beste prijs. Door zich te richten op inkoop van kwaliteit kunnen zorgverzekeraars zich profileren (RVZ 2008:142). Het is namelijk aannemelijk dat zorgverleners zich straks in de slag om de gunst van de klant vooral moeten onderscheiden op de exclusiviteit van de ingekochte zorg. Op prijs en service kunnen zij zich dan niet meer onderscheiden (RVZ 2008:9). Voor het welslagen van het zorgstelsel is het belangrijk dat verzekeraars deze taak op zich nemen, maar: “zorginkoop gaat niet in de praktijk niet om de inhoud. De verzekeraar komt een aantal keer langs en vraagt naar zorgpaden, wil spreken met artsen, maar daarna, als de onderhandelingen beginnen en het onderwerp ‘geld’ ter sprake komt, merk je gewoon dat het hele voortraject van tafel wordt geveegd. Het gaat om het geld” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008). Overigens past ter nuancering wel de opmerking dat zorgverzekeraars jaarlijks meer initiatieven tot selectieve zorginkoop ondernemen (zo maakte verzekeraar CZ bekend dat verzekerden die zich in 2009 laten behandelen in een voorkeursziekenhuis, geen eigen risico in 2009 hoeven te betalen (CZ 2008)), maar bij de zorgverleners bestaat het beeld dat kwaliteit (nog) geen prominente rol speelt bij de onderhandelingen. Ook in de Zorgmonitor van de NZa (2007:43 e.v.) wordt dit beeld verwoord. Het RIVM (2008:196) verklaart dat dit mede te wijten is het aan de afwezigheid van substantiële financiële risico’s bij zorginkopers waardoor verzekeraars niet geprikkeld worden tot scherpe concurrentie. Omdat er bij onderhandelingen nog weinig aandacht is voor het kwalitatieve aspect van zorgverlening, worden zorginstellingen weinig gestimuleerd om bij de bedrijfsvoering de nadruk te leggen op de zorginhoud en krijgt het financiële plaatje steeds meer de nadruk.

Financieel management neemt dus, net als in het bedrijfsleven, in zorginstellingen een belangrijke plek in binnen het algemeen management. Bij financieel management gaat het om “het aantrekken, beheren en besteden van middelen ten behoeve van de taakuitvoering en van het doen van investeringen, alsmede om het afleggen van verantwoording daarover” (Groot & Van Helden 2007:42). Het algemeen management draait om twee hoofdactiviteiten: ‘planning’ en ‘beheersing’. In elk van deze fasen speelt financieel management een belangrijke rol. We behandelen, als inleidend kader, zowel de fase planning als de fase beheersing, in theorie en praktijk.

### **3.2 Planning**

Inzicht in financiële resultaten is belangrijk voor een organisatie. Strategische besluiten worden niet genomen zonder inzicht te hebben in het eco-

nomische resultaat. Bij het besturen van een organisatie is de doelstelling van de organisatie leidend. Op basis van deze doelstelling worden subdoelstellingen geformuleerd, waarna de subdoelstellingen vertaald worden in concrete plannen. (Heezen 2005:252). In deze plannen wordt vastgesteld welke doeleinden worden nagestreefd, en in hoeverre en op welke wijze deze zullen worden gerealiseerd. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden naar lange termijn en korte termijn plannen (Heezen 2005:252). Een voorbeeld van concrete plannen is het aantal behandelingen dat, in overeenstemming met de wensen van de verzekeraar, per afdeling of specialisme geleverd zal worden. Op basis van deze plannen is theoretisch gezien op voorhand vast te stellen wat het macrobedrag is wat jaarlijks aan zorg zal worden uitgegeven, terwijl op het microniveau de plannen leidend zijn voor de dagelijkse gang van zaken.

Als de instelling in negatieve zin te veel uit de koers dreigt te raken (en dus teveel afwijkt van de plannen), moet het bestuur ingrijpen. In de huidige zorgpraktijk is overproductie zonder extra vergoeding een veel voorkomend probleem. Ziekenhuizen blijken veelvuldig boven het maximum aantal afgesproken behandelingen te produceren (Ziekenhuis Randstad Centraal 2008, Ziekenhuis Randstad Periferie 2008 en Ziekenhuis Oost 2008). De overproductie is volgens de ziekenhuizen te wijten aan autonome volumegroei, en vormt een probleem omdat deze voor eigen rekening van het ziekenhuis komt. “Je zegt niet, kijkt u nog maar even verder. Dus neem je het voor eigen rekening” (Ziekenhuis Oost 2008). In de jaarverslagen wordt niet altijd expliciet op deze problematiek ingegaan. Twee van de drie ziekenhuizen kampen met een daling van of gelijkblijvende reserves. Dit zou kunnen betekenen dat aanspraak is gemaakt op het eigen vermogen om onvergoede zorg toch te financieren. Eén ziekenhuis maakt in het jaarverslag expliciet melding van de overproductie en verwijst in dit kader naar het prestatiecontract tussen ZN, VWS en NVZ. Een dergelijk probleem zou aanleiding kunnen zijn voor het bestuur om in te grijpen en te bezuinigen. Bovenstaand voorbeeld toont aan dat plannen zeer gevoelig zijn voor externe invloeden (bijvoorbeeld een autonome groei van de zorgvraag waardoor meer behandelingen worden uitgevoerd dan vooraf gepland).

Uit onderzoek blijkt dat organisaties gelimiteerd zijn in hun keuze voor aanpassingsgedrag. Veranderingen in de context kunnen tot gevolg hebben dat het behaalde resultaat van de plannen afwijkt. Deze variabele context kan tevens van invloed zijn op de planningsstijl. De keuze voor een bepaalde strategie correleert echter vaker met het idee van het (top)management over de effectiviteit van bepaalde aanpakken (Miles et al. 1978:558). Door Groot & Van Helden (2007:51 e.v.) worden globaal vier planningsstijlen onderscheiden: inactivisme, reactivisme, pro-activisme en interactivisme.

### *Inactivisme*

Inactivisme kenmerkt zich door de gedachte dat actuele problemen een tijdelijk karakter hebben. De tijdelijkheid maakt het niet noodzakelijk veranderingen te entameren. Er wordt een stabiele situatie nagestreefd en veranderingen worden zo veel mogelijk voorkomen. De planning blijft als het ware leidend voor de organisatie die deze planningsstijl aanhouden. Als een context echter erg variabel is, is het lastig om deze stijl te handhaven.

### *Reactivisme*

Reactivisme kenmerkt zich door de overtuiging dat de situatie in het verleden beter was dan de huidige en dat de actuele omstandigheden alleen nog maar slechter worden. Hierdoor wordt het reactivisme gekenmerkt door het adagium ‘terug naar vroeger’. De organisatie doet geen moeite om veranderingen voor te zijn en reageert alleen als het echt niet anders kan. Deze stijl werd in de zorg nogal eens gehanteerd, maar lijkt met betrekking tot het macrosturingssysteem op zijn retour. Het oude (budgetterings)systeem kende zeer veel nadelen en de wil bestaat om juist niet te blijven hangen in de budgettering, en vooral vooruit te gaan; naar de vrije prijsvorming toe, want “dan kun je tenminste onderhandelen, tenminste praten met verzekeraars” (Ziekenhuis Oost 2008). Binnen het microniveau wordt een reactieve houding echter nog wel eens gesignaleerd. Met betrekking tot de invoering van de DBC's was er een aantal ziekenhuizen dat een afwachtende houding aannam. Een ander deel investeerde bij voorbaat in administratiesystemen en anticipeerde zo op de komst van het nieuwe systeem (VWS 2008b).

### *Pro-activisme*

Pro-activisme staat voor de opvatting dat getracht moet worden het best haalbare te bereiken. Prikkel in de gezondheidszorg zijn wel eens tegengesteld met als resultaat dat het meest optimale niet altijd nagestreefd wordt. Bij de NVZ en de afzonderlijke ziekenhuizen bestaat de mening dat het systeem zoals dat nu gehanteerd wordt, perverse prikkels in zich draagt: “de prikkels zijn tegenstrijdig: enerzijds krijg je door de FB-budgetten een soort maximumplafond opgelegd zodat je gestimuleerd wordt minder te produceren of in ieder geval voor minder geld, anderzijds worden artsen door de verandering in honoreringsstructuur geprikkeld op volume. De artsen gaan door de afschaffing van de lumpsum juist meer produceren en dat botst” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008). Het uitgangspunt dat met een nieuwe sturingsfilosofie betere resultaten behaald kunnen worden, kan gezien worden als een teken van pro-activisme. Bovendien kan de poging buffers op te bouwen om niet ten onder te gaan aan (te hoge) financiële druk, gezien worden als een pro-activistische houding van instellingen.

### *Interactivisme*

Het vooruitzien naar de toekomst kan getypeerd worden met de term interactivisme. Interactivisme kenmerkt zich door het niet als een gegeven accepteren van de huidige omstandigheden. Kansen worden niet alleen benut, maar ook gecreëerd, bedreigende omstandigheden worden niet alleen voorspeld, maar ook voorkomen. In de zorg blijkt deze houding vaak relevant. De zorg bevindt zich in een veranderende omgeving, waardoor kansen en bedreigende omstandigheden zich gemakkelijk en onverwacht kunnen voordoen. Chenhall (2003 in Crom 2005:59) trekt de conclusie dat naarmate organisaties de externe financiële druk als meer bedreigend ervaren, zij over het algemeen meer nadruk leggen op 'tight control' waartoe een sterke sturing op budgetten hoort. Het actief reageren op veranderende, (potentieel) kansrijke of bedreigende omstandigheden is, zo blijkt uit de interviews, een veel gebruikte strategie. De vele innovatieve ideeën zijn illustratief voor deze houding.

Strategieën om te reageren op veranderingen zijn dus divers en tevens afhankelijk van de omgeving. De NVZ (2008c) signaleert onder haar leden verschillende strategieën om met de door de overheid doorgevoerde kortingen om te gaan:

“Je hebt bij dit soort kortingen over het algemeen twee reacties. Er is een aantal ziekenhuizen dat het ziet als onheil. Pas als de korting echt is doorgevoerd, ondernemen die ziekenhuizen actie. Andere ziekenhuizen houden rekening met de korting die ieder jaar wordt doorgevoerd. Je kunt er als ziekenhuis vanuit gaan dat de korting ieder jaar ongeveer  $\frac{3}{4}$  tot 1 procent is. Daar kun je in je begroting rekening mee houden, en is er een jaar geen korting dan is dat een meevaller”.

Ziekenhuis Randstad Centraal (2008) probeert deze laatste (pro-activistische) strategie toe te passen:

“We houden er nu meteen rekening mee. Dat wil zeggen: bij het maken/vaststellen van de begrotingen zeggen we dat we een bepaald bedrag te besteden hebben, minus een voor ons reëel geschat bedrag aan kortingen. En daar gaan we het van doen. Dat lukt natuurlijk niet helemaal, maar we houden er in ieder geval rekening mee. Dus kijk ik niet raar op als we in 2009 een korting krijgen voor de omzet die we in 2007 gedraaid hebben. En komt die korting niet, dan valt het mee.”

Hoewel de ziekenhuizen aangeven dat zij begrip hebben voor het gebruik van een macrokader, geven zij ook aan dat de kortingen de planningscyclus van het ziekenhuis belemmeren. Ziekenhuis Randstad Centraal (2008) probeert, zoals hierboven gesteld, enigszins

rekening te houden met de komst van de kortingen. Wel geeft het ziekenhuis aan (2008):

“Het probleem is dat je de kortingen achteraf krijgt. Je kunt ze daarom eigenlijk niet inboeken, maar naderhand er vanaf halen is ook geen optie. Het is raar besturen, en eigenlijk gewoon onaardig. Dat krijg je niet uitgelegd aan de organisatie. Mensen begrijpen dat gewoon niet, zien het als een straf. Waarom krijgen wij nu een boete voor het resultaat in 2005?”

Ook Ziekenhuis Oost (2008) heeft begrip voor het macrokader, maar zegt:

“Het grote probleem is gewoon dat de kortingen ex-post worden doorgevoerd. Het moet gemotiveerd worden, maar dat gebeurt niet genoeg. Hoe kan ik het dan aan de achterban uitleggen, elk jaar opnieuw?”

Tussen de overschrijding van het macrokader en de korting zitten twee kalenderjaren. De ziekenhuizen worden gekort op een moment welke niet meer in relatie staat met het jaar waarin sprake was van de overschrijding. Dit gegeven maakt het moeilijk voor de bestuurders om de korting aan de achterban uit te leggen, maar maakt het bovenal lastig om de jaarlijkse planningscyclus rond te krijgen.

### **3.3 Beheersing**

Naast planning is beheersing een bepalend onderdeel van het algemeen en financieel management. Als een instelling te veel afwijkt van de voorop gestelde plannings, moet iemand ingrijpen. Dat ingrijpen wordt beheersing genoemd. Daarnaast valt het “beïnvloeden van gedrag van personen in de organisatie, zodat zij op effectieve en efficiënte wijze de organisatie-doelstellingen realiseren” (Groot & Van Helden 2007:60) onder beheersing. Beheersing heeft betrekking op de activiteiten waarneming, beoordeling en bijsturing van organisatieactiviteiten (Groot & Van Helden 2007:60).

Het beheersingssysteem maakt deel uit van de organisatiestructuur en de organisatiecultuur. “De organisatiestructuur is een verzameling van onderdelen waaruit de organisatie bestaat en de relaties tussen die onderdelen” (Groot & Van Helden 2007:61). De structuur vormt als het ware de randvoorwaarde voor communicatie en bestuur binnen een organisatie. Naarmate de structuur omvangrijker en complexer wordt, is meer informatie nodig om de beheersing naar behoren uit te voeren. Dat kan door de informatieverwerkende capaciteit van het systeem te verbeteren, of door veranderingen aan te brengen in de organisatiestructuur. Nu de macrosturingsfilosofie verandert in de zorg, proberen ook veel ziekenhuizen de interne sturingsfilosofie aan te passen. De structuur en de processen bin-

nen de organisatie worden complexer waardoor het lastiger wordt om de organisatie topdown aan te sturen of te beheersen. In de structuur kunnen incentives worden ingebouwd waardoor professionals geprikkeld worden te voldoen aan de door de omgeving en organisatie gestelde eisen. Op die manier kan de doelmatigheid worden gestimuleerd die door te kortingen wordt bewerkstelligd:

“De professionals hebben helemaal niet het idee dat ze inefficiënt werken en ze werken ook heel hard. Daartegenover staat dat onder professionals nog wel vaak het idee heerst dat zij doen, en wij als management wel betalen. Dat is het andere uiterste en ook niet helemaal terecht en daarom veranderen wij ons sturingsparadigma.” (Ziekenhuis Oost 2008).

De organisatiecultuur, het andere deel van de organisatie waar het beheersingssysteem nauw mee samenhangt, is “een door de leden van een organisatie geaccepteerde verzameling van met elkaar samenhangende sociale normen en waarden die op haar beurt het denken en handelen van de organisatiegenoten beïnvloedt” (Groot & Van Helden 2007:62). De reactie van leden in de organisatie op het beheerssysteem kan in grote mate afhankelijk zijn van culturele normen. Deze reactie bepaalt mede de effectiviteit van de beheersingsinstrumenten. De tegengestelde prikkel die ontstond door de afschaffing van de lumpsum is zo’n voorbeeld:

“De landelijke nieuwe honorariumcomponent prikkelt specialisten tot productie en dan kunnen wij, als bestuur, niet zeggen ‘ho maar, ophouden met produceren want wij krijgen van de verzekeraar niet meer dan een bepaalde productiestijging vergoed’. Dat zou betekenen dat je in feite tegen specialisten zegt ‘jullie mogen je inkomen niet op peil proberen te houden door harder te gaan werken’ en dan kun je medewerking aan efficiënter produceren als ziekenhuisbestuur wel op je buik schrijven” (Ziekenhuis Oost 2008).

Bovenstaande voorbeelden tonen hoe de effectiviteit van systemen binnen een zorgorganisatie beïnvloed wordt door de omgeving (in het bijzonder: macro-ingrepen), terwijl de effectiviteit van een beheerssysteem tevens in hoge mate afhankelijk is van de organisatiecultuur en –structuur. Beheersing zich houdt zich daarom met veel verschillende dimensies van taakuitvoering bezig. Dat heeft als resultaat dat de systemen voortdurend veranderen. Politieke, strategische en financiële (macro- én micro)problemen zijn onderwerp van aandacht, maar bijvoorbeeld ook de kwaliteit van dienstverlening. Het is door deze veelheid aan onderwerpen niet mogelijk te komen tot een algemene maatstaf van beheersing (Groot & Van Helden 2007:64). Hoewel meer beheersing beter lijkt dan minder beheersing, is complete beheersing praktisch niet mogelijk. Bovendien is het twijfelachtig of meer beheersing (gezien de meerkosten) ook altijd economisch wenselijk is (Groot & Van Helden 2007:65). Daarenboven is het idee van de nieuwe (macro-)sturingsfilosofie binnen de zorg juist gericht

op het afschaffen van de centrale controle en het toewerken naar de tucht van de markt. Overigens betekent dit niet dat daarmee de controle op het microniveau ook afneemt. Sterker: de controle kan, met een vermindering van de controle op macroniveau, op instellingsniveau juist toenemen.

Beheersingssystemen spelen in de begrotingscyclus van ziekenhuizen een belangrijke rol. Bovendien kan het een rol spelen bij het doorvoeren van bezuinigingen. Beheersingssystemen zijn ingebed in de structuur en cultuur van een organisatie. De structuur en cultuur zijn sterk afhankelijk van het institutionele klimaat. Het macrosysteem kent diverse prikkels die elkaar binnen organisaties kunnen tegenwerken. Eén en ander heeft ook effect op het resultaat van de doorgevoerde kortingen: terwijl de kortingen kunnen stimuleren tot meer doelmatigheid, levert de afschaffing van de lumpsum reden tot meerproductie (en deze meerproductie hoeft niet per definitie doelmatig te zijn). Omdat de organisaties telkens andere prikkels krijgen toebedeeld, wordt de beheersingscyclus belemmerd.

### **3.4 Interne budgettering**

Zojuist hebben we bekeken hoe financieel management binnen zorginstellingen in theorie en praktijk plaatsvindt. We hebben kunnen concluderen dat planning en beheersing sterk afhankelijk zijn van de omgeving en de personen die in het proces participeren. In het voorgaande hoofdstuk is aandacht besteed aan budgettering op macroniveau en de manier waarop de overheid probeert te bezuinigen. Ook binnen instellingen wordt gebudgetteerd. In het interne budget geeft het management aan welke taken door welke afdelingen gedaan mogen worden en voor welke kosten. In dat proces komen de eerdere onderdelen van planning en beheersing samen.

De interne budgettering begint met het maken van een langetermijnplanning. De plannings op lange termijn hebben de vorm van een prognose en zijn, juist door de lange termijn waarop ze betrekking hebben, omgeven met onzekerheid. De financiële vertaling van de langetermijnplanning leidt tot de meerjarenbegroting (Heezen 2005:265). Een planning die meer jaren omvat, heet een meerjarenraming.

De planning op korte termijn heeft meestal de vorm van een begroting. Een begroting beschrijft de activiteiten die verschillende afdelingen moeten uitvoeren. Het gaat dan om een schatting van kosten in een toekomstige periode, meestal een jaar. Als de begroting is goedgekeurd, krijgt het een taakstellend karakter. Dit wordt een budget genoemd. Het budget beschrijft wie welke bedragen voor welke taak mag besteden. Uit deze gebudgetteerde cijfers wordt een voorgerecalculeerde resultatenrekening en een voorgerecalculeerde balans opgesteld (Heezen 2005:265). Achteraf kan worden bekeken of de werkelijke uitgaven afgeweken zijn van de in het budget

opgenomen bedragen. Het budget dient dan als controlemiddel (Heezen 2005:253). Omdat het door de komst van de DBC's gemakkelijker is te zien wat wordt geproduceerd door wie, is de toewijzing van budgetten nauwkeuriger mogelijk en kan het budget gemakkelijker als controlemiddel worden gebruikt.

Voor de interne financiële besturing van een organisatie is inzicht in het primaire proces van de organisatie dus noodzakelijk. Vanaf 1 januari 2005 zijn de externe inkomsten van ziekenhuizen onderverdeeld in twee segmenten: het A-segment, en het B-segment. DBC's in het B-segment zijn relatief eenvoudige, planbare ingrepen. Voor het B-segment mag ieder ziekenhuis met verzekeraars onderhandelen over de hoogte van de tarieven. De tarieven voor de DBC's uit het A-segment worden landelijk vastgesteld. Ongeveer tachtig procent van de opbrengsten van ziekenhuizen is afkomstig uit het A-segment, waar (nog) een budgetsystematiek geldt. De prijzen en het aantal behandelingen van de overige twintig procent staat open voor onderhandeling met verzekeraars. In 2009 wordt het vrije deel uitgebreid van 20 naar 34 procent. De geplande liberalisering van 70 procent is daarmee voorlopig van de baan (Piersma 2008c:1).

In het B-segment stelt de behandelend arts een diagnose vast op basis van de klachten van de patiënten en koppelt daaraan een DBC. Als een andere behandeling noodzakelijk is dan de arts op voorhand had gedacht, is het mogelijk een andere DBC te openen (Steinbusch et al. 2007:292). Als een behandeling echter complexer en duurder is dan het ziekenhuis had bedacht, is compensatie bij de verzekeraar geen automatische optie. Daarom is het belangrijk dat het ziekenhuis de zogenaamde productspecificaties van tevoren, bij de onderhandeling met de verzekeraar, goed inschat (Heezen 2005: 261 e.v.).

De ziekenhuizen hebben steeds meer zicht op de patiëntenmix, en daarmee ook op problemen die er mee samenhangen. Ziekenhuis Oost (2008): "Een probleem vormen de dure voorzieningen. We zouden eigenlijk moeten denken in twee maatstaven: één voor de, wat ik noem, highcare en één voor de basiszorg." Het ziekenhuis is van mening dat het onvoldoende compensatie krijgt voor dure zorg. In de praktijk leidden dit soort situaties er nogal eens toe, voor de invoering van de DBC, dat algemene ziekenhuizen dure zorg op academische ziekenhuizen afwentelden, omdat deze hiervoor wel gefinancierd werden en algemene ziekenhuizen niet (Crom 2005:26). Dit was dus een direct gevolg van het niet adequaat vergoeden van kosten. Crom (2005:26) spreekt de hoop uit dat deze problematiek verdwijnt na de invoering van de DBC's. Algemene ziekenhuizen, en dan met name topklinisch ziekenhuizen, lijken echter nog steeds te kampen met (gedeeltelijk) onvergoede zorg. Voor Ziekenhuis Oost (2008) geldt: "Stoppen met die behandelingen? We zeggen het wel eens bravourichtig: waar we geen geld meer voor krijgen, doen we niet meer. Maar de patiën-



ten zijn er. Dat maakt het lastig, want zeg maar eens nee. Dat doe je niet en je neemt het maar weer voor eigen rekening.” Toch hebben de ziekenhuizen wel voorkeur voor uitbreiding van het B-segment omdat onderhandeling daar mogelijk is.

In het algemeen kunnen interne budgetten op verschillende manieren worden vastgesteld. Ze kunnen gebaseerd worden op inputfactoren, processen en output. In theorie worden de verwachte geleverde diensten als uitgangspunt van het masterbudget genomen (Heezen 2005:267). Het verwachte volume wordt dan vermenigvuldigd met de verwachte verkoopprijzen. In werkelijkheid worden overigens vaak niet de verwachte geleverde diensten als uitgangspunt genomen, maar de verwachte inkomsten van budgetten. De verwachting is dat dit door de komst van de DBC's en de bijbehorende declaratiesystemen gedeeltelijk vermeden wordt. Als het budget is vastgesteld, is het de taak van de leiding van de instelling om de deelbudgetten op elkaar af te stemmen (Heezen 2005:265).

Het masterbudget is het resultaat van lange communicatieprocessen binnen de organisatie. Eerst stellen de hoofden van de afdelingen vast welke resultaten van de afdelingen worden verwacht. De managers bepalen vervolgens tegen welke kosten zij de gestelde doelen denken te realiseren. Deze voorstellen worden besproken met de leiding van de onderneming. De controller, ten slotte, is degene die belast is met de beheersing van het budgetteringsproces (Heezen 2005:265). Budgettering is het eindpunt van de planingscyclus en tegelijkertijd het startpunt voor de uitvoering en evaluatie van de resultaten daarvan (Groot & Van Helden 2007:124). Om de activiteiten die in het budget zijn opgenomen te kunnen uitvoeren, wordt de budgethouder gemachtigd het bedrag dat in het budget staat vermeld te besteden. Na afloop van de budgetperiode worden de verschillen tussen de werkelijke resultaten en het budget geanalyseerd. Door middel van een verschillenanalyse kan duidelijk worden voor welk verschil welke budgethouder verantwoordelijk is (Heezen 2005:267). Vervolgens kunnen maatregelen genomen worden.

Het gaat in een organisatie echter niet alleen om geld: er moet immers ook bepaald worden welke activiteiten de organisatie uit gaat voeren en wat het doel is. In een ziekenhuis wordt bijvoorbeeld besloten of het zich toe gaat leggen op specifieke behandelingen of juist alles aan wil blijven bieden. Dit type vragen kan worden beantwoord door (interne) prestatie-indicatoren te formuleren en deze vervolgens te meten (Groot & Van Helden 2007:135). Deze meting kan aanleiding zijn voor het formuleren van nieuwe doelen.

In 2005 (Crom 2005:88) werd onderzocht wat de invloed was van externe budgetparameters op interne budgettering in academische ziekenhuizen.

Daarbij bleek dat de budgetten van divisies worden bepaald door het gerealiseerde budget van het voorgaande jaar waar vervolgens mutaties op zijn aangebracht. “Waar academische ziekenhuizen zich van elkaar onderscheiden is de mate waarin ze externe budgetparameters toepassen bij het bepalen van de hoogte van die mutaties” (2005:88). In het algemeen blijken externe budgetparameters bij de budgettering van afdelingen door het divisie management een veel minder sterke rol te spelen dan bij de budgettering van divisies door de Raad van Bestuur. Hetzelfde geldt waarschijnlijk ook voor algemene of topklinisch ziekenhuizen. Het ministerie van VWS (2008b) heeft in ieder geval het vermoeden dat “het financieel beheer ook per ziekenhuis op een andere manier wordt ingericht.” Bevestiging van deze vermoedens wordt gevonden in het feit dat sommige ziekenhuizen de DBC-systemen op orde hebben en andere niet.

### **3.5 Het managen van zorginstellingen en het afleggen van externe verantwoording**

In het voorgaande werd duidelijk hoe organisaties bestuurd en beheerst kunnen worden en hoe de dagelijkse gang van zaken samenhangt met de gebeurtenissen op het macroniveau. Zorginstellingen zijn bijzondere organisaties, mede omdat het non-profitorganisaties zijn. Doelstellingen van non-profitorganisaties worden vaak gedomineerd door politieke besluitvorming, waardoor deze op korte termijn sterk aan verandering onderhevig kunnen zijn (Groot & Van Helden 2007:86 e.v.). Enerzijds is een dergelijke bemoeienis noodzakelijk om op de meest recente voorvallen te kunnen reageren. Anderzijds betoogt Tonkens (Volkskrant 2 februari 2008) dat media en politiek een negatieve invloed kunnen hebben op de gezondheidszorg. “Ze [politiek en media] kijken naar het hier en nu, naar vandaag en misschien gisteren of morgen, maar zelden naar vorig jaar of vijf jaar verder”. Ziekenhuis Randstad Periferie (2008) geeft aan:

“Natuurlijk begrijpen we ook wel dat we te maken hebben met een omgeving. Maar realiseer je goed: wij zijn één van de grootste werkgevers in Nederland. Ik kan niet besturen op de politieke Waan van de Dag. Ik heb mensen in dienst, ik zal toch moeten sturen op duurzaam beleid” en “Je krijgt als ziekenhuis nauwelijks de tijd om je systemen er op in te richten. Het lijkt alsof er geen fundamenteel inzicht bestaat. Wat is doelmatigheid? De spelregels veranderen steeds. Dan is het weer DBC's, dan weer maatstafconcurrentie, dan weer honoraria, dan weer kapitaallasten, dan weer B-segment anders inrichten en anders vormgeven. Het gaat maar door. Je kunt het als ziekenhuis gewoon niet meer bijbenen wat opgelegd wordt. Alles komt van buiten, maar je hebt nauwelijks tijd om te anticiperen”.

Daarnaast wordt de non-profitsector gekenmerkt door het ontbreken van prijssignalen, is er sprake van onevenredige machtsverhoudingen tussen consument en producent (in de zorg: patiënt en aanbieder), bemoeilijkt de aard van de dienstverlening een goede outputmeting en is het vrijwel onmogelijk input en output in geld te waarderen (Groot & Van Helden 2007:86 e.v.). In de praktijk van de bedrijfsvoering van zorgorganisaties was bijvoorbeeld het waarderen van input en output lastig omdat de vergoedingen geen afspiegeling waren van de werkelijke uitgaven. Inzicht in wat geproduceerd werd en hoeveel was daarom niet aanwezig. Door de invoering van DBC's wordt hier verandering in gebracht.

De beheersingsproblemen, waaronder bijvoorbeeld de eerder genoemde overschrijdingen van het budget kunnen vallen, kunnen, we zeiden het al eerder, niet los gezien worden van de context (omgeving, strategie, cultuur, structuur en logistieke operaties) waarin het systeem functioneert (Groot & Van Helden 2007:97). Algemene ziekenhuizen bevinden zich in een sterk institutionele omgeving (Groot & Van Helden 2007:95). De technische omgeving, de manier waarop organisaties werken onder de tucht van de markt, is ook vrij dominant. Daarom zou een ziekenhuis zowel beoordeeld moeten worden op *wat* de organisatie presteert, als op de manier *hoe* de organisatie de taken uitvoert (2007:95). Binnen de ziekenhuizen lijkt echter het idee te bestaan dat zij extern vooral beoordeeld worden op het *wat* en niet op het *hoe*. Door de doelmatigheidskortingen ligt de nadruk op geld. “Als we erg efficiënt te werk gaan, worden we het volgend jaar toch weer gekort omdat het landelijk kader wordt overschreden. Dat is nauwelijks aan de organisatie uit te leggen. Waarom? Hoe leg je dat uit?” (Ziekenhuis Oost 2008) en “hele goede projecten als Sneller Beter worden inmiddels behoorlijk geassocieerd met sanering, niet meer met werk beter/leuker doen” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008). Dat het ministerie van VWS op geen enkele manier tracht inzicht te verkrijgen in de uitwerking van de kortingen vinden de ziekenhuizen op zijn minst vreemd. Hoe kan het ministerie beweren dat er nog lucht in de ziekenhuizen zit, als er niet wordt gekeken naar de feiten? Het ministerie van VWS (2008) stelt echter: “de Sneller Beter-projecten laten zien dat er (nog) veel mogelijk is”. Daarnaast houdt het ministerie de doelmatigheid van de gehele sector wel in de gaten. De grote verschillen die tussen ziekenhuizen bestaan, laat vermoeden dat er nog mogelijkheden tot doelmatigheid zijn (Ministerie van VWS 2008b). Dit blijkt bovendien uit verschillende onderzoeken (RIVM 2008:182).

De koppeling tussen het macro- en microbeleid wordt het meest duidelijk als de organisatie aan het eind van een kalenderjaar met behulp van onder andere de jaarrekening (externe) verantwoording aflegt over het gevoerde beleid in een bepaalde periode (2007:202). De organisaties binnen de zorg verantwoorden aan tal van partijen. In de non-profitsector worden de organisaties beoordeeld op de financiële situatie, maar ook op het behalen van de maatschappelijk gestelde doelen. Een non-profitorganisatie met een groot financieel resultaat (winst), maar met ineffectief beleid in de ogen van donoren, sponsors en/of cliënten, heeft een slechte prestatie geleverd (2007:206). Op basis van de Wet toelating Zorginstellingen (art. 15 en Regeling verslaggeving WTZi) worden eisen gesteld aan de financiële verantwoording van instellingen.

Een belangrijke onderdeel van het jaarverslag vormt de jaarrekening. De jaarrekening bestaat in het algemeen uit een drietal componenten: de rekening van baten en lasten (exploitatierekening), de balans en de toelichting. In de jaarrekening van non-profitorganisaties wordt niet alleen verantwoording afgelegd over de financiële gang van zaken, maar ook vaak informatie gegeven over ontplooidde activiteiten in relatie tot de gestelde doelen. Dat doen ziekenhuizen steeds vaker door gebruik te maken van (vooral verplichte) prestatie-indicatoren. Het presenteren van prestatie-indicatoren is overigens niet onomstreden omdat het onderscheid tussen interne en externe prestatie-indicatoren niet altijd duidelijk is (Berg & Schellekens 2002). Daarnaast zorgt het invullen voor administratieve lasten:

“Eerst moesten we ze voor de IGZ [Inspectie van de Gezondheidszorg] invullen. Toen kwam een aantal verzekeraars met eigen indicatoren. Dat breidde zich steeds verder uit, totdat er ongeveer vijftien verschillende setjes waren die we moesten invullen. En dat kost per set natuurlijk niet veel, maar het geheel wel. Dus zijn we een project gestart, met alle belangengroepen bij elkaar, om dat, net als het jaardocument Zorg, allemaal weer bij elkaar te brengen, zodat nog maar één ding ingevuld hoeft te worden. Maar het is wel vermoeiend allemaal. Het één heb je nog niet verwerkt of het volgende komt al weer langs. Het geld wordt minder; terwijl de administratieve last alleen maar hoger wordt.” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008).

Om de administratieve lasten te verminderen en meer inzicht te krijgen in het behalen van centraal gestelde doelen, is initiatief genomen tot het, al eerder genoemde, jaardocument Zorg. De zorginstellingen stellen hun jaarverslaggeving op aan de hand van een model dat in overleg met de betrokken partijen tot stand komt en wordt onderhouden. Het doel van de maatschappelijke verantwoording in de zorg is dat belanghebbenden zich een goed beeld kunnen vormen van de zorg- en dienstverlening, economische aspecten, milieuaspec-

ten en sociale aspecten van de zorgonderneming (Klink 2007b:11). Het openbaar afleggen van verantwoording is een maatschappelijke plicht. Het jaardocument bevat een maatschappelijk verslag en de jaarrekening. De basisgedachte voor het model-jaardocument is dat de gevraagde verantwoordingsinformatie zo dicht mogelijk aansluit op de bedrijfsprocessen van zorginstellingen (Klink 2007b:11).

Het document wordt gebruikt om algemeen belanghebbenden van de instelling inzicht te verlenen in de situatie waarin de instelling verkeert. Daarnaast kan het door de overheid gebruikt worden om inzicht te verkrijgen in de vraag of de centrale doelstellingen behaald worden. Eén van de doelstellingen is het leveren van doelmatige zorg, maar de richtlijnen (VWS 2007) schrijven niet voor dat instellingen inzicht moeten verlenen in de mate waarin zij de doelstelling van de doelmatigheidskortingen behalen. Uit ons gesprek bij het ministerie van VWS (2008b) blijkt dat dit de doelstelling van de gegevens ook niet is. “Het document is primair bedoeld als lastenverlichting en als hulpmiddel voor de instellingen om te voldoen aan de wettelijke verplichting tot verantwoording.” In het jaardocument Zorg is alles meegenomen wat wettelijk verplicht is gesteld. Doordat verschillende wettelijke eisen aan de zorginstellingen gesteld werden, week de externe verantwoording bij de ziekenhuizen eerst onderling behoorlijk uiteen waardoor vergelijking niet mogelijk was. Het Jaardocument Zorg is een verzamelend document.

Het project staat overigens nog in de kinderschoenen. Het ministerie is, in samenspraak met de veldpartijen, bezig met de ontwikkeling. “We hebben bewust een scheiding aangebracht tussen het ontwikkelen van het document en het daadwerkelijk iets met de gegevens doen” (2008b). Rond de zomer zal de ontwikkeling afgerond zijn. De eerste gegevens die het document daardoor bevat, zullen die van 2007 zijn. Toch is een vergelijking over jaren mogelijk: “Uit voorgaande jaren hebben we ongeveer 60 procent van de gegevens verzameld. Daar zou je dus best iets mee kunnen doen”. In theorie zou het dus na de ontwikkelingsfase mogelijk moeten zijn om doelmatigheid door middel van het jaardocument Zorg te meten. Zoals eerder gesteld ziet het Ministerie hier geen noodzaak toe (2008).

Voor dit onderzoek zijn een aantal jaarverslagen van (ziekenhuis)instellingen bestudeerd. De inhoud van de verslagen komt redelijk overeen, door de invoering van het jaardocument Zorg. Opvallend is dat de zorginstellingen in de jaarverslagen hooguit een zin of korte alinea wijden aan de kortingen of andere oorzaken van financiële druk. De pijn van de kortingen, een maatregel die direct effect heeft op de te gebruiken gelden, krijgt weinig echo in de jaarverslagen. Het effect van de kortingen, zoals in de gesprekken toegelicht, komt schriftelijk dus niet of nauwelijks aan de orde, terwijl het effect van de kortingen op de bedrijfsvoering groot

is (Ziekenhuis Oost 2008). In de jaarverslagen wordt niet goed duidelijk waar de kortingen terecht komen, of zij het gewenste effect hebben, en of en welke neveneffecten zij tot gevolg hebben. Hoewel we eerder hebben kunnen concluderen dat de kortingen de begrotingscyclus en de dagelijkse bedrijfsvoering belemmeren, komt dit dus nauwelijks ter sprake in de jaarverslagen. Ziekenhuis Randstad Centraal (2008):

“Dat zit denk ik in twee dingen. De ziekenhuizen zijn blijkbaar in staat nog vrij flexibel om te gaan met de financiën. Op één of andere manier lukt het telkens toch om de begrotingen en uitgaven weer op orde te krijgen. Aan de andere kant zijn we blijkbaar niet genoeg in staat om echt te roepen, om echt lawaai te maken, om echt aan het Binnenhof te laten weten hoe vervelend het is. Blijkbaar komt er iets niet aan.”

VWS (2008) geeft dan ook aan dat het voor het ministerie moeilijk is om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de korting intern wordt verwerkt. Deze onduidelijkheid blijkt mede voort te komen uit een angst te laten weten dat het niet zo goed gaat met het ziekenhuis: “De begroting is heel positief opgesteld, maar je moet ook een achterban tevreden houden en die accepteert geen verliezen die bij voorbaat bekend zijn.” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008). En: “Blijkbaar geven we als sector dus een contrasignaal af. We houden ons een beetje stoer.” (Ziekenhuis Randstad Centraal 2008). Aangezien de jaarverslagen zijn goedgekeurd door accountants, mag er overigens wel van uit gegaan worden dat deze correcte informatie bevatten. NVZ (2008c): “Je probeert zo lang mogelijk negatieve signalen te vermijden en dat is ook mogelijk want de kosten en opbrengsten zijn vaak nog in overeenstemming.” Het voortbestaan van de instellingen lijkt daarom niet direct in gevaar. Het probleem van de ziekenhuizen bevindt zich eerder in de smalle marges en de marginale opbouw van een eigen vermogen voor de toekomst, aldus de NVZ (2008c).

### **3.6 Onzekerheid**

Mede door de intrede van de marktwerking komt de nadruk binnen de gezondheidszorg steeds meer op de financiële verantwoording te liggen. De bedrijfsvoering professionaliseert, wat een gunstige ontwikkeling is. Het marktdenken is in de plaats gekomen van centrale planning, waardoor de instellingen moeten leren op eigen benen te staan. Het risico voor de zorginstellingen wordt daardoor groter. Het aanhouden van een reservevermogen kan dan van belang zijn om aan deze toenemende risico's hoofd te bieden (Groot & Van Helden 2007:225). Bij non-profitorganisaties zijn de reserves meestal de enige bestanddelen van het eigen vermogen (2007:224). In de zorg geldt dat als een instelling minder uitgeeft dan het budget, terwijl de afgesproken productie gewoon gehaald wordt, het ziekenhuis dit overschot mag behouden als een positieve reserve. Deze post wordt Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) genoemd. De RAK is een

egalisereserve. Ook tekorten die veroorzaakt worden door inefficiënte handelingen in het verleden, moeten hieruit worden betaald. De RAK kan dus zowel positief als negatief zijn.

De NZa signaleerde in haar 'Monitor vermogens zorgaanbieders' dat het gemiddeld eigen vermogen van zorgaanbieders gestegen is met ongeveer tien procent. Dat betekent dat het eigen vermogen van de gemiddelde zorgaanbieder in de Cure in 2006 met ruim één miljoen euro is gestegen. Eén op de vier zorgaanbieders binnen de Cure laat echter een negatieve mutatie van het eigen vermogen zien. Bovendien heeft één op de drie zorgaanbieders volgens deze monitor een negatief exploitatieresultaat (NZa 2007b:21 e.v.).

In de zorg wordt ook wel gerekend met het zogenaamde weerstandsvermogen (of solvabiliteit). Dat wil zeggen: het eigen vermogen ten opzichte van de omzet. De gewenste hoogte van het weerstandsvermogen hangt af van de ontwikkeling van de bedrijfsrisico's. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector acht een weerstandsvermogen van tien à vijftien procent gepast, gegeven de toenemende risico's. Zeker voor ziekenhuizen lijkt eerder vijftien procent dan tien procent als richtsnoer aan te bevelen (WfZ 2008). Indien in de komende periode integrale tarieven worden ingevoerd (een voornemen dat, aangaande het A-segment, tot nader orde is uitgesteld), nemen de exploitatiefluctuaties alleen maar toe, zo legt het Fonds op de website uit (2008), en een te laag weerstandsvermogen belemmert het slagvaardig opereren op een concurrerende markt. Het Waarborgfonds (Boschman 2007:36) waarschuwt voor een penibele financiële situatie. Door de invoering van het voorgenomen kabinetsbeleid zouden grote financiële consequenties ontstaan, aldus directeur Bellers (in Boschman 2007:36), omdat ziekenhuizen "te weinig vlees op de botten hebben om financiële tegenvallers te verwerken". Bellers (in Boschman 2007:36): "Ziekenhuizen maken in het algemeen nauwelijks winst en hebben weinig vermogen. Ongeveer één op de vijf draaide in het afgelopen jaar zelfs met verlies". Dit gegeven wordt door de ziekenhuizen (Ziekenhuis Randstad Centraal 2008, Ziekenhuis Randstad Periferie 2008 en Ziekenhuis Oost 2008) en de gegevens van het NZa (2007:22) bevestigd. Overigens heeft het ministerie van VWS (2008 en 2008b) twijfels over het exogene karakter van het probleem: "Juist het feit dat de financiële positie per ziekenhuis zo verschillend kan zijn, doet vermoeden dat de marges niet voor elk ziekenhuis hetzelfde zijn en dat het financieel beheer ook per ziekenhuis op een andere manier wordt ingericht". Bosman en Van Baalen (2008:6) maakten hier de kanttekening bij dat de grote ver-

schillen tussen ziekenhuizen bijna onmogelijk zijn. Zij trekken de kwaliteit van de aangeleverde gegevens daarom in twijfel.

Toch stemt recente informatie (Piersma 2008b:3) ook positiever dan Bellers (in Boschman 2007:36) wil doen geloven. Gegevens van de NVZ (in Piersma 2008b:3) laten zien dat het weerstandsvermogen van ziekenhuizen inmiddels rond de tien procent ligt. Dit is een lichte stijging ten opzichte van vorig jaar. Daarmee zijn de ziekenhuizen echter nog niet waar ze zouden moeten zijn, gezien de aanbeveling een weerstandsvermogen (van 15 procent) op te bouwen. Ziekenhuizen over de marges:

“De begroting van 2008 is n t sluitend. Dat kostte ons veel moeite en eigenlijk is het ook wishful thinking, maar we zullen het zien. We hebben de afgelopen week rond de tafel gezeten over de jaarrekeningen van 2007 en dan hebben we echt puur operationeel gezien een heel klein kader. Als je dus echt kijkt naar wat we operationeel verdienen dan is de marge zeer klein, terwijl de omzet per FTE maximaal is” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008) en “Den Haag zegt dat er lucht in de zaak zit. Maar die lucht is er niet. Natuurlijk kan iets goedkoper, maar het houdt een keer op. Het meest is nu te halen door dingen te laten.” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008) en “Wat mij het meest opvalt zijn de kleine marges waarbinnen gewerkt wordt in ziekenhuizen. Het rendement van de ziekenhuissector ligt jaarlijks rond de 0,6 procent! Dat is echt heel erg laag. Je moet werken met zeer, zeer smalle marges. Daar ben ik van geschrokken. In Den Haag wordt gemakkelijk gesproken over de zogenaamde lucht in de sector. Dat is onterecht, die marges zijn er niet, het is gewoon erg schraal. Op dit moment geldt voor sommige behandelingen, ook in het A-segment, die bij voorbaat verliesgevend zijn: ‘Minder verlies is ook een verbetering’”. (Ziekenhuis Oost 2008).

Hoewel in de bestudeerde jaarverslagen nauwelijks woordelijk aandacht gevraagd wordt voor dit probleem, tonen de jaarrekeningen inderdaad lage stijgingen van het eigen vermogen of zelfs een daling en ook het RAK laat vergelijkbare cijfers zien. Volgens het RIVM (2008:149) steeg de gemiddelde RAK dit jaar met ongeveer 0,4 procent. Dat is niet veel, maar toch een stijging.

De NVZ (2008c) signaleert met de instellingen een gevaar in de onvoldoende grote marges:

“Probleem van de kortingen is vooral dat de ziekenhuizen onvoldoende financiële buffers kunnen opbouwen. Het probleem zit helemaal niet in het in overeenstemming brengen van kosten en opbrengsten: dat doen de ziekenhuizen al jaren. Nu de marktwerking echter intrede doet, hebben de ziekenhuizen een buffer nodig, en dat kunnen ze niet opbouwen. In 2004, een jaar zonder kortingen, had de sector een opvallend



hoog rendement. In 2005 en 2006, jaren met kortingen, daalde dit rendement stevig.”

Gegevens van het RIVM (2008:148) ondersteunen deze uitspraak. In 2006 nam de rentabiliteit, de indicator die iets zegt over de winstgevendheid van instellingen, met 0,4 procent af (van 1,3 procent tot 0,9 procent). Voor 62 procent van de instellingen was de rentabiliteit in 2006 lager dan in 2005. Dat is dus een meerderheid van de in Nederland werkzame instellingen. De financiële positie van de zorginstellingen is volgens het RIVM in de periode 2004-2006 dan ook weinig verbeterd. Uit de winst en verliesrekeningen maakt het instituut op dat de winstgevendheid van zorginstellingen gemiddeld achteruit is gegaan. Mede door de kleine marges is de solvabiliteitspositie van instellingen nauwelijks gestegen (volgens de NZa is deze zelfs helemaal niet gestegen (NZa 2008:28)). De vermogenspositie van de instellingen zit over het algemeen ruim onder de ‘marktconforme’ vermogens eis. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat het voor instellingen moeilijk wordt om meer risico’s te dragen (2008:151). Ondanks deze risico’s, zien de partijen ook kansen. In het volgende hoofdstuk zal duidelijk worden of en wat voor mogelijkheden er nog zijn om (doelmatigheids)winst in de zorg te behalen.

## 4 Alternatieven voor de huidige aanpak

In de praktijk leidt de financiële druk op macroniveau tot een ingreep, de doelmatigheidskorting, die leidt tot meer financiële druk op het microniveau. De doelmatigheidskorting zouden moeten aanzetten tot meer doelmatigheid, maar belemmerd ook de ideale begrotingscyclus, zo zagen wij in hoofdstuk 3. De kortingen lijken een groot effect te hebben op de financiële gezondheid van de instellingen en op de manier waarop de planning- en beheersingscyclus in Nederlandse algemene ziekenhuizen wordt doorlopen. De druk die ontstaat, leidt tot bezuinigingen. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of de doelmatigheidskorting, ondanks de belemmeringen, toch het nagestreefde resultaat behaalt en hoe effectief deze ingreep is in het beteugelen van de zorguitgaven. We kijken daarbij naar de manier waarop instellingen in de praktijk bezuinigen en hoe zij hun eventuele financiële problemen uiteindelijk oplossen. Eveneens wordt bezien welke strategieën effectief en minder effectief zijn. Aansluitend schenken we aandacht aan de mogelijkheden die veldpartijen bezien om de problemen op te lossen en/of het systeem –eventueel- anders in te richten.

### 4.1 Effecten van de korting

Hoewel de financiële resultaten in de sector misschien niet altijd tot acuut optreden nopen, lijken de kortingen wel belemmeringen op te werpen. Toch benadrukt de NVZ (2008c) dat er vanuit de kortingen een zekere stimulans tot doelmatigheid gaat. Ook de ziekenhuizen hebben wel begrip voor het streven van de overheid om de kosten te beteugelen. Ziekenhuis Oost (2008): “Natuurlijk heb ik begrip voor de druk van macrozijde. Het kan ook generiek voordeliger in het A-segment, maar wel op een andere manier”. Daarnaast vertelde de bestuurder van Ziekenhuis Oost 2008: “Ik ben niet tegen doelmatigheid. Ik geloof echt dat er nog winst te behalen is.” Ook Ziekenhuis Randstad Periferie (2008) ziet positieve kanten: “Je kunt echt nog zoveel geld verdienen in de zorg en we hebben zulke goede ideeën”. Ziekenhuis Randstad Centraal (2008), ten slotte: “Natuurlijk zijn die kortingen niet fijn, maar aan de andere kant begrijp ik heel goed, macro-economisch gezien, dat de overheid een kader wil gebruiken en dit ook doet. Wij als ziekenhuizen zijn ook wel eens goed in het erg flexibel omgaan met kaders. Dat is ook niet goed, dat gaat ook wel eens iets te gemakkelijk.”

Toch zijn de ziekenhuizen het erover eens dat het gebruik van de doelmatigheidskorting niet de juiste manier is om instellingen tot doelmatigheid te dwingen. In het voorgaande hoofdstuk zijn al een aantal problemen aangekaart. Hier zullen deze problemen nogmaals, kort, de aandacht krijgen en zonodig worden aangevuld.

Alle ziekenhuizen (2008) verklaren dat het grootste probleem er in zit dat er bij de raming geen rekening gehouden wordt met de werkelijke groei van de vraag. Daardoor zijn overschrijdingen en bijbehorende kortingen onvermijdelijk. De ziekenhuizen willen geen patiënten weigeren, maar krijgen de geleverde zorg niet vergoed, terwijl zij het idee hebben dat deze gestegen zorgvraag onvoldoende wordt meegenomen in de ramingen. In het tweede hoofdstuk legde Ziekenhuis Randstad Periferie (2008) dat al eens uit: “Het punt is dat die ramingen niet reëel zijn. Ze zijn bedacht door Den Haag en passen precies binnen het macroplaatje. Dat is een omgedraaid standpunt, je begint als het ware aan het eind”. Bovendien hebben de ziekenhuizen het idee dat de tot nu toe behaalde doelmatigheid niet door de kortingen veroorzaakt wordt. Ziekenhuis Randstad Centraal (2008):

“De kortingen frustreren eerder dan dat ze goed doen. De drang naar doelmatigheid wordt echt ingegeven door het B-segment en de marktprikkels die daar in zitten. Die zijn zo ongelooflijk sterk en triggeren iedere arts om meer te doen. We zijn goed, we zijn snel en de patiënten komen. Dat is de echte prikkel tot doelmatigheid. Die komt van binnen.”

Het nut van de kortingen wordt daardoor betwist. De bestuurders zijn het erover eens dat het doelmatiger kan in de gezondheidszorg, maar de zorgaanbieders hebben tijd nodig om te anticiperen op de nieuwe situatie. “Het probleem met de kortingen is ook dat je mensen wel de mogelijkheid moet geven om te anticiperen op de kortingen. Oké, het kan en moet doelmatiger, maar dat kost even tijd en die tijd krijg je eigenlijk niet. Geef de gezondheidszorg de tijd en gelegenheid om iets te doen.” (Ziekenhuis Randstad Centraal 2008). De kortingen hebben vanuit het macrostandpunt wellicht resultaat, maar de ziekenhuizen zien slechts een korte-termijneffect. Omdat er gekort wordt op het beschikbaar budget, worden er adhoc-ingrepen gedaan om de begroting toch rond te krijgen. De kortingen hebben daardoor nauwelijks een lange-termijneffect. De NVZ (2008c) spreekt, in navolging van de ziekenhuizen, de hoop uit dat de zorgmarkt erin slaagt om in het B-segment via de prijzen onderscheid tussen kwaliteit en doelmatigheid tot stand te brengen. De partijen zijn van mening dat de doelmatigheid die dan ontstaat blijvend is.

De ziekenhuizen en verzekeraars hebben echter tijd nodig om alles op een rij te krijgen. Krijgen de professionals deze tijd niet, dan raken zij gedemo-

tiveerd, aldus Ziekenhuis Oost (2008): “Elke keer weer een korting, dat kun je niet naar je achterban verantwoorden. Wij doen het goed, en worden toch gekort. Hoeveel beter moet het deze keer?”. Bovendien hebben de bestuurders moeite het nut en de noodzaak van de jaarlijks terugkerende aanslag uit te leggen aan de Raad van Toezicht.

De ziekenhuizen geven aan dat de sector steeds meer op een gespannen niveau functioneert. De NVZ (2008c) waarschuwt dat een dergelijk signaal niet te snel afgegeven moet worden: “negatieve signalen moet je zo lang mogelijk proberen te vermijden”. De ziekenhuizen geven echter aan dat ze, ondanks de mogelijkheden tot meer doelmatigheid, kwetsbaar zijn:

“Het ziekenhuis staat, maar de muren zijn broos. Er staat een aantal mensen op het puntje van instorten. Het gaat niet meer, en als je nu niet gaat stutten dan valt het om. En dat is een reëel gevaar: het is structureel. Nu ook weer voor de invoering van een bepaald systeem. Voor die implementatie moet je vijftien krachten uitroosteren. Dat valt moeilijk binnen een organisatie, want eigenlijk kun je ze gewoon niet missen. Maar het moet, want anders blijf je achter de feiten aanlopen.” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008).

Ook Ziekenhuis Randstad Centraal (2008) kampt met een dergelijke probleem: “Is de rek eruit? Die vraag krijg ik niet dagelijks, maar wel wekelijks: en nee, de rek zit er op sommige plekken inderdaad niet meer in. Op andere plekken weer wel, maar de rek is eindig, en dan moet je misschien accepteren dat de kosten stijgen”.

Ziekenhuis Oost (2008) en Ziekenhuis Randstad periferie vinden bovendien dat de overheid te gemakkelijk over “lucht in de sector” spreekt. Er is niet zo veel lucht meer, vinden zij. De ziekenhuizen hebben het idee dat er bij de overheid geen goed beeld bestaat over de werkelijke stand van zaken.

Al met al zorgen de kortingen voor heel wat onmin in de sector. De overheid beziet de kortingen echter als effectief omdat de ziekenhuizen telkens in staat blijken meer te doen, voor minder geld zonder dat de geleverde patiëntenzorg acuut in gevaar komt. Bovendien blijkt uit onderzoek dat er nog veel ruimte is voor het verbeteren van de doelmatigheid. Hoe kunnen ziekenhuizen deze doelmatigheid verder verbeteren?

## **4.2 Manieren waarop ziekenhuizen de financiële druk op de begroting verminderen**

Ziekenhuizen ervaren financiële druk, maar geven tevens aan mogelijkheden te zien om de druk op een begroting te verminderen. De cyclus van

planning en beheersing is bedoeld om de financiële situatie van de organisatie op orde te krijgen. Groot en Van Helden (2007:65) identificeren drie manieren om met eventuele beheersingsproblemen om te gaan: het voorkomen van beheersingsproblemen, het indekken tegen negatieve gevolgen van beheersingsproblemen en het toepassen van beheersingssystemen.

We zagen in hoofdstuk 3 dat zorginstellingen zich in een sterk institutionele omgeving bevinden. Hoewel de tucht van de markt een steeds grotere rol krijgt toebedeeld, speelt de overheid (nog) een grote rol. Zo krijgt iedere instelling te maken met de door de overheid gevoerde kortingen. Een positief gevolg van de doorgevoerde gereguleerde marktwerking is dat de bedrijfsvoering van instellingen in de zorg professionaliseert. Het voorgaande liet echter ook zien dat de planning- en beheersingscyclus van de instellingen door de omgeving, en in het bijzonder door de kortingen, sterk beïnvloed wordt. De sleutel tot vermindering van deze druk zit volgens de overheid in doelmatigheidsverbetering. Hoe kunnen zorginstellingen dat aanpakken? Ter beantwoording van deze vraag passen we de drie strategieën (Groot & Van Helden 2007:65) om met beheersingsproblemen om te gaan toe op de praktijk.

Het voorkomen van beheersingsproblemen kan met behulp van twee strategieën: bepaalde handelingen kunnen geautomatiseerd worden, of sommige activiteiten, processen of afdelingen kunnen afgestoten worden. Beide strategieën worden in de zorg toegepast. Door middel van automatisering en nieuwe ICT-applicaties wordt getracht systemen efficiënter en effectiever te laten verlopen. Ziekenhuis Randstad Periferie (2008) verteld: “We doen het Elektronisch Patiënten Dossier, we hebben een Elektronisch Verpleegkundig Dossier, we hebben een logistiek integratiepakket en een maximaal gedigitaliseerde OK en radiologie”. Er valt op dit gebied echter nog een behoorlijke winst te maken. De ICT investeringen in de zorg zijn in vergelijking met andere sectoren namelijk erg laag. De schattingen voor ICT-investeringen in de banksector lopen uiteen van 4,5 tot 8 procent. In de zorg ligt dit percentage rond de 1,5 tot 3,4. Ook de overheid en sectoren zoals transport en distributie geven meer geld uit aan ICT. Hoewel het budget voor ICT in de zorg in de periode van 1993 tot 2006 verdubbeld is, bestaat er geen relatie tussen de uitgaven en de productiviteit van de ziekenhuizen, zo toont een onderzoek van de NVZ (Q-Consult 2008). De ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren vooral geïnvesteerd in ICT om te kunnen voldoen aan wettelijke eisen. Uiteindelijk moeten ICT-investeringen gebruikt worden om het efficiënter herinrichten van de zorgprocessen te borgen (Imtech 2008).

Afstoting is een manier die vooral binnen het facilitaire bedrijf van zorginstellingen heeft plaatsgevonden. Een recent voorbeeld uit de praktijk: “We denken nu aan een zogenaamd twee-bellensysteem. Een bel voor echte verpleeg-technische taken en één voor meer facilitaire taken (sapje, televisie aan, gordijnen dicht enzovoort)” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008). Het gaat hier niet alleen om afstoting, maar tevens om taakherschikking. Ieder geïnterviewd ziekenhuis (2008) onderneemt bovendien initiatieven tot samenwerking. De fusie- en samenwerkingsgolf die de laatste jaren in de zorg heeft plaatsgevonden, illustreert deze neiging. Inkoopcombinaties, voorkeursleveranciers, uitbesteden: het komt allemaal voor.

Verzekering en risicodeling zijn strategieën die gehanteerd kunnen worden bij het indekken tegen negatieve effecten van beheersingsproblemen (Groot & Van Helden 2007:67). Bij risicodeling zoekt het management een partner die bereid is een deel van het risico te dragen (2007:67). Als voren genoemde strategieën niet effectief (kunnen) zijn, worden beheersingsystemen toegepast. Veelal gaat het om een combinatie van beheersingsmethoden. Er worden daarbij globaal drie categorieën onderscheiden: procesbeheersing, resultaatbeheersing en personele beheersing. De personeelsstop die meerdere ziekenhuizen, volgens de jaarverslagen, invoerden is een voorbeeld. Het gaat dan om personele beheersing betreffende selectie en plaatsing. De personeelsstop kon worden ingevoerd, omdat de ziekenhuizen de processen doelmatiger inrichtten zodat minder mensen nodig waren. Dit scheelt behoorlijk wat geld. Volgens gegevens van het ministerie van VWS (2008b) lopen de kosten voor personeel in ziekenhuizen uiteen van 50 procent van de bedrijfsvoering tot ruim 70 procent. Er zijn dus ziekenhuizen die 20 procent minder uitgeven aan personele kosten, dan andere instellingen. Dit is reden voor de overheid om te zeggen dat er binnen dit gebied nog doelmatigheidswinst te behalen valt. Overigens moet hier wel als kanttekening bij worden gesteld dat deze gegevens geen rekening houden met de grootte van de ziekenhuizen, de zorgzwaarte van patiënten, de personeelsstructuur, de productiestructuur en de productiefunctie. Daardoor kunnen de gegevens een wat vertekend beeld geven. Bovendien vinden Bosman & Van Baalen (2008:6) de verschillen tussen ziekenhuizen onwaarschijnlijk groot, zo melden zij in het Financieel Dagblad van 16 juni 2008. Zij trekken daarom de kwaliteit van de door instellingen aangeleverde informatie in twijfel.

Een andere belangrijke methode om met druk op de begroting om te gaan, is het maken van afspraken met verzekeraars. Ziekenhuis Oost (2008) probeert met de belangrijkste verzekeraars in de buurt meerjarenafspraken te maken. Daarbij wordt rekening gehouden met demografische ontwikkelingen en wordt getracht rekening te houden met het toekomstig volume. In de toekomst zou het volume in de discussies daarom geen rol meer

moeten spelen, maar de kortingen belemmeren dergelijke afspraken in de uitvoering, zo zegt Ziekenhuis Oost (2008).

Ook het B-segment kent behoorlijke prikkels tot efficiëntie. Deze prikkels stimuleren innovatieve ideeën. Samenwerkingsverbanden zijn hier voorbeelden van, maar ook het langer ophouden van de OK's. Bij samenwerkingsverbanden hoeft niet alleen gedacht te worden aan samenwerking met andere ziekenhuizen of de eerste lijn, maar dat kan wel. Veel instellingen bieden samen met andere ziekenhuizen dure ziekenhuisvoorzieningen aan, zoals (pathologische) laboratoria, PET-scans, nucleaire geneeskunde enzovoort, maar ook met onderwijsvoorzieningen worden afspraken gemaakt. In ruil voor goede opleidingsplaatsen, leveren de ziekenhuizen goedkopere zorg in zorghotels of andere ambulante voorzieningen. Ziekenhuis Oost (2008): "Ik geloof zeer sterk in de druk van de concurrentie. Veel dingen zouden hier nooit geweest zijn als er geen druk van buiten geweest zou zijn. En de bedrijfsvoering wordt, mede door de marktwerking, een stuk bedrijfsmatiger." Maar bij de neiging tot samenwerken wordt door Ziekenhuis Oost (2008) wel een kanttekening geplaatst: "Er zitten stevige prikkels in het systeem en daar reageren we op. Maar dat betekent wel schaalvergroting. En dan heb ik het niet automatisch over fusies, maar wel levering van zorg op grotere schaal. Klein is fijn, maar er hangt ook een prijskaartje aan en dát wordt te weinig gerealiseerd."

De ziekenhuizen proberen dus zo optimaal met hun bronnen om te gaan. Ze benadrukken daarbij wel dat er ook binnen de eerstelijns een taak ligt. "De eerstelijns moet je beter gaan regelen. De huisarts moet handiger, de poortwachtersrol moet nog beter gaan functioneren. Bovendien moet je werken aan de inrichting van de Huisartsen Post (HAP). Eigenlijk meer en betere triage aan de poort, anders lukt het niet." (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008). Het Ministerie van VWS (2008) lijkt het hiermee eens te zijn: "We moeten verder werken aan een verschuiving van tweedelijns naar de eerstelijns. De HAP is een mooi voorbeeld."

Verder zijn er ziekenhuisbrede thema's waar doelmatigheid gerealiseerd kan worden. Algemene oplossingen zijn het verminderen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, ligduurbeperving, stroomlijnen van patiëntenlogistiek, vermijden van dubbele diagnostiek, profileren ten opzichte van het marktsegment en adherentiegebied, OK-planning en de kosten van de facilitaire dienst. Door middel van een zogenaamde doorlichting kunnen knelpunten in de ziekenhuislogistiek worden gesignaleerd. Het meer flexibel inzetten van medewerkers en het hanteren van een aannamesop kunnen daarvan het resultaat zijn. Ziekenhuis Randstad Centraal (2008):

"Het aantal fte's neemt af. Maar dat hebben we ook bewust gedaan. We kunnen mensen flexibeler inzetten, waardoor je uiteindelijk minder medewerkers nodig hebt. Afdelingen kun je samenvoegen, en medewerkers kunnen op meerdere afdelingen werkzaam zijn. Vroeger was ie-

mand altijd werkzaam op afdeling A. Nu kan zo iemand ook op afdeling B werkzaam zijn”.

Processen worden ook anders ingericht. Zo vertelde Ziekenhuis Randstad Centraal (2008):

“In 2005 zijn we begonnen met het B-segment en het heeft absoluut effect. Je ziet dat de zorg anders ingericht wordt. Er worden nu veel meer operaties uitgevoerd. Vroeger was het gewoon niet handig ingericht: dan kwam op één dag een knie, een heup, een schouder, een oog, een liesbreuk enz. in de OK. Iedere keer dus weer wachten op artsen en specialisten. Met de komst van het B-segment zijn wij ons gaan afvragen of het niet handiger kan. Waarom zet je de schouder specialist niet op maandagmorgen en laat je hem de vier operaties op één ochtend uitvoeren, die hij anders verspreid over de week deed. ’s Middags komt er weer een ander, bijvoorbeeld de cataractspecialist, en die doet ook achter elkaar een stuk of wat operaties. Ze produceren op die manier meer, in minder tijd: doelmatigheid. Het is gewoon productiedraaien, maar het werkt wel, ook voor de patiënt.”

De NVZ verwijst in dit kader naar een andere strategie: de verhoging van de opbrengsten. NVZ (2008c): “Dat vergeten veel mensen, je denkt meteen aan het verlagen van kosten, maar door efficiëntie kun je natuurlijk ook je opbrengsten verhogen. Dat is een mogelijkheid die veel ziekenhuizen hebben aangegrepen binnen het B-segment”.

Doelmatigheidswinst is dus nog mogelijk, en ook het ministerie van VWS (2008) heeft nog ideeën. Het ministerie ziet belangrijke voordelen in een gezamenlijk inkoopbeleid. Daarnaast zou het B-segment nog goedkoper kunnen en kan er nog voordeel behaald worden door de Sneller Beter projecten. De ziekenhuizen bezien de Sneller Beter projecten als een positieve ontwikkeling en ook de NVZ (2008c) participeert in dergelijke projecten.. Ziekenhuis Randstad Centraal (2008): “Het Sneller Beter project werkt. Ieder ziekenhuis pikt daar de granen van mee.” Wel stelt de NVZ dat het positieve resultaat van Sneller Beter projecten eindig kan zijn. “De ziekenhuizen hebben daar vaak zelf al op bespaard, de mogelijkheden zijn daar dus vrij gering.” (NVZ 2008c).

Het ministerie van VWS (2008) ziet verder mogelijkheden in “concentratie en specialisatie. Laat de markt zijn werk doen, daar komt het eigenlijk op neer.” Bij een vrije markt horen ook andere organisatievormen. Het uitgeven van aandelen of het oprichten van BV's is vanaf februari 2008 uitgebreid in het nieuws geweest. Dit is een vrij recente ontwikkeling binnen de zorg.. De Isala klinieken (Zwolle) maken specialisten eigenaar van een deel van het ziekenhuis. De specialisten hebben dan een direct belang bij het in de gaten houden van hun kosten en baten en zo krijgen de specialisten weer greep op hun eigen activiteiten (Piersma 2008:4). Een meer radicale



variant is de al in het derde hoofdstuk genoemde omvorming van een heel ziekenhuis tot een BV. Het ziekenhuis in Weert is hier het meest bekende voorbeeld van. Dit ziekenhuis vond een private partij die een grote investering wilde doen (Coerts 2008:4). Hoewel de Tweede Kamer zich zorgen maakte over de kwaliteit van zorg, was de minister van mening dat “de eigendomsvorm of ondernemingsstructuur niet van doorslaggevend belang is voor de kwaliteit van het ziekenhuis.” (TK 2007-2008 DMC-K-U-2828483).

Er is dus nog veel mogelijk in de ziekenhuiszorg teneinde doelmatigheid te genereren. Toch is de doelmatigheid volgens de ziekenhuizen eindig. Ziekenhuis Randstad Periferie (2008):

“driekwart van de kosten zit in personeel, verder is het een stukje kapitaal en een klein stukje inkoop. Dat stuk inkoop is nog geen twintig procent. Natuurlijk kan er van alles goedkoper, maar als je nu zou denken dat je met gezamenlijke inkoop binnen het BKZ kan blijven, dan heb je het mis. Dat zijn mooie ideeën uit Den Haag. Als je tien procent met gezamenlijke inkoop verdient, dan is dat nog geen 2 procent op je totale budget. Dat stelt nauwelijks wat voor.”

Het werk in de gezondheidszorg is uiteraard grotendeels arbeidsintensief. Toch valt er nog behoorlijk wat te verdienen met gezamenlijke inkoop, zo beweerd bijvoorbeeld Intrakoop, een coöperatieve inkoopvereniging die werkzaam is binnen de zorg (Intrakoop 2008). Zo geeft Intrakoop (2008b) aan dat er nog mogelijkheden zijn op de gebieden omtrent voeding, energie en disposables.

Hoewel dus nog veel mogelijk is, beweerd Ziekenhuis Randstad Periferie (2008) toch “dat je uiteindelijk alleen die taken overhoudt die alleen door mensen gedaan kunnen worden. En daar zit een volgend probleem, want juist daar heb je hoog opgeleide mensen nodig, en juist daar bestaat nu schaarste. Zo loop je elke keer wel weer ergens tegenaan”. Dit probleem wordt ook in de Zorgbalans aangekaart. Volgens het RIVM stijgt de arbeidsproductiviteit in de zorg, maar is het de vraag of dit helpt bij het oplossen van de arbeidsmarktproblemen. De stijgende arbeidsproductiviteit biedt niet direct een oplossing biedt voor het stijgend aantal mensen dat zorg nodig heeft (2008:155).

Ondanks de vele besparingsmogelijkheden in de zorgsector is het echter de vraag of de doelmatigheidskortingen het juiste middel zijn om deze besparingen af te dwingen. Bezien vanuit een macroperspectief zijn de kortingen wellicht effectief, maar het resultaat lijkt in de praktijk te weinig blijvend. Bovendien bestaat bij velen de verwachting dat de zorgkosten alleen nog maar verder stijgen. Het is de vraag of een ingreep als een korting in de toekomst nog wel hanteerbaar is. Guy Peeters, bestuursvoorzitter van het Academisch Ziekenhuis Maastricht, meldde in een interview met ‘De Lim-

burger' (10 juni 2008): "Doorgaan op de huidige weg is een neerwaartse spiraal. Hogere premies, doorberekend in cao-onderhandelingen, schaden onze internationale concurrentie. Aanhoudende kostendruk op ziekenhuizen verschaalt de kwaliteit van zorg." Hij schetst een explosief groeiende zorgvraag voor de komende decennia. Enerzijds als gevolg van de vergrijzing, anderzijds, en vooral, dankzij de ontwikkeling van preventieve zorg en voorspellende diagnostiek. En ook Ziekenhuis Randstad Centraal (2008) concludeert: "misschien moet je dat ook accepteren, dat de kosten stijgen. Dat ligt behoorlijk in de verwachting tenminste. Onze zorgvraag is echt anders dan die van de mensen twintig jaar geleden. Je kunt dat niet vergelijken."

Hoewel er besparingsmogelijkheden zijn, en hierboven is een groot aantal genoemd, bestaat er dus het idee dat het huidige systeem anders ingericht moet worden om aan het publieke belang van 'betaalbaarheid' te kunnen blijven voldoen. .

### **4.3 Manieren voor verandering van het systeem**

Kort gesteld zijn de partijen het er allemaal over eens dat de zorgkosten moeten worden beheerst. De overheid heeft de taak zorg te dragen voor een betaalbare gezondheidszorg en is bereid jaarlijks een bepaald bedrag aan zorg uit te geven. Bij overschrijdingen van dat kader heeft de overheid globaal een drietal mogelijkheden, die in hoofdstuk 2 nader zijn uitgelegd. De overheid kiest in haar benadering echter vaak voor het gebruik van één van de mogelijkheden: het stimuleren van doelmatigheid. De NVZ is van mening dat deze taak niet enkel bij de afzonderlijke ziekenhuizen neergelegd kan worden. Ziekenhuis Oost (2008) ligt toe: "Het komt er eigenlijk gewoon op neer dat je geen ziekenhuisbeleid kunt voeren als overheid. Ziekenhuizen maken onderdeel uit van een keten. Je kunt dan niet zeggen we pakken alleen de ziekenhuissector aan. Er is dan veel te weinig aandacht voor de plek van het ziekenhuis in het grote geheel." De zorg als geheel genereert kosten, en dat betekent dat iedereen zou moeten meebetalen. De ziekenhuizen vinden de door de overheid gekozen oplossing, generieke kortingen, niet ideaal. De kortingen frustreren en belemmeren een normale begrotingscyclus en lijken bovendien niet blijvend te voldoen aan het gestelde doel, namelijk het verhogen van de doelmatigheid. Het systeem zoals dat nu gehanteerd wordt, met een geleidelijke uitbreiding van het B-segment, het afschaffen van de lumpsum en het tegelijk handhaven van het FB-deel, maakt het onmogelijk om via doelmatigheidskortingen het beoogde resultaat te behalen. Het systeem, zo zagen we ook al in hoofdstuk 2, kent perverse prikkels waardoor doelmatigheidsverbeteringen niet automatisch leiden tot een gezondheidszorg die binnen de vooraf gestelde financiële kaders blijft. Niet alleen de geïnterviewde ziekenhuizen kaarten dit probleem aan. De Volkskrant (Vos 23 augustus 2008:13) berichtte recent

over de tegenstrijdige bekostigingssystemen in de zorg. In het stuk wordt duidelijk dat ziekenhuizen met financiële problemen kampen, terwijl het bekostigingssysteem weinig duidelijkheid en zekerheid biedt. De ziekenhuiswereld bevindt zich in een impasse, waardoor de prikkels in de verschillende segmenten elkaar tegenwerken. Daarenboven worden nog kortingen doorgevoerd. Het systeem moet dus anders ingericht worden. Hoe kan dat?

In hoofdstuk 2 werden meerdere manieren genoemd waarop de overheid kosten zou kunnen besparen. Het bevorderen van de doelmatigheid is hier een voorbeeld van. Doelmatigheid kan echter ook bevorderd worden door het inbrengen van prikkels in het sturingssysteem. Ziekenhuis Randstad Centraal (2008) beweerde dat de sterke drang naar doelmatigheid vooral voortkwam uit de prikkels die ingebouwd zijn in het B-segment en niet door de doelmatigheidskortingen. Ziekenhuis Oost (2008) bevestigt dit en pleit het voor een uitbreiding van het B-segment. Het ziekenhuis heeft het idee klaar te zijn voor de volgende stap: echt onderhandelen met zorgverzekeraars. Het systeem van DBC vertoont echter nog haperingen (Vos in Volkskrant 23 augustus 2008:13) waardoor het lastig is om verdere prijsliberalisering door te voeren. Bovendien zal marktwerking niet van de grond komen zolang de politiek bij elk wissel van de rem trapt (Hartemink 2008 in Vos: Volkskrant 23 augustus 2008:13) en er is duidelijkheid van de overheid nodig omtrent het gevoerde beleid. Ziekenhuis Oost (2008): “We moeten bijvoorbeeld duidelijkheid krijgen over ‘wat te doen met de verzekeraars’”.

Wanneer deze duidelijkheid bestaat, moeten de ziekenhuizen en verzekeraars de mogelijkheid krijgen om echt te onderhandelen. Volgens Ziekenhuis Randstad Periferie (2008) is het (nog) niet mogelijk te onderhandelen met de zorgverzekeraars in de regio en dit frustriert:

“Leg bij verzekeraars en ziekenhuizen een budget neer en laat ze het zelf uitzoeken. We komen er wel uit hoor. Hier hebben wij namelijk verstand van en de nodige ervaring. Zorg voor echte zorginkoop. Niet zoals het nu gaat: de verzekeraar wordt vanuit z’n kantoor gestuurd met een bepaald bedrag en mag er niet onder of boven. Ja, dat is geen onderhandelen. Ga met z’n allen om de tafel en spreek over hoe we dit jaar verkerden gaan sturen, hoe we dubbele diagnoses aan pakken, hoe we met huisartsen om gaan, dat soort dingen. Dát is pas echt onderhandelen.”

Ziekenhuis Oost (2008) heeft, net als de andere ziekenhuizen, begrip voor het makro-kader, maar zegt ook:

“Mijn voorkeur zou uitgaan, naar een instrument aan de voorkant. Dat Den Haag zou zeggen: Goed, we willen jaarlijks gewoon een bepaald aantal generieke druk over de sector verdelen. Daar is op te anticiperen. Ex ante en een goede motivatie, dat is nodig. Het kan immers ook ge-

neriek voordeliger in het A-segment, maar dan moet je het wel van tevoren aangeven, en niet een korting over iets wat twee jaar geleden is gebeurd. (...) Het grote probleem is gewoon dat de kortingen ex-post worden doorgevoerd. Het moet gemotiveerd worden, maar dat gebeurt niet genoeg. Hoe kan ik het dan aan de achterban uitleggen, elk jaar opnieuw?”.

Ziekenhuis Randstad periferie (2008) mist stelselmatige bezinning en pleit vooral voor duidelijkheid in de keten:

“Er wordt niet fundamenteel nagedacht. Het meest vervelende is dat er geen keuzen gemaakt worden. Er wordt niet fundamenteel nagedacht over hoe doen we het hier? Wat doen we hier? Waarom doen we het hier zo? En vooral: hoe kan het beter? Nadenken over vergoedingen en behandelingen gebeurt niet. Het lijkt alsof er geen fundament, geen basis, bestaat, waarop ingrepen gebaseerd worden. (...) Bedenk een plan en houdt je daar aan. Het maakt niet uit wat voor plan, als er maar een plan ligt. Zorg voor stabiliteit, zorg voor rust.”

Deze mening lijkt gedeeld te worden door leden van de vaste commissie voor VWS:

“De pijn ligt in de cumulatie van maatregelen. Het is onvoorspelbaar hoe die maatregelen in de mix voor individuele ziekenhuizen uitpakken. Ziekenhuizen moeten een enorme omslag maken. Daarom is het van belang dat er een strak plan aan deze operatie ten grondslag ligt, maar het plan van de minister is warrig: er moet van alles tegelijk, terwijl betrokken partijen er heel verschillend over denken. Het is van groot belang dat er focus komt in de maatregelen” (TK 2007-2008 27295:1) en “Van de ziekenhuizen verwacht 80% financiële problemen door de stapeling van maatregelen.” (TK 2007-2008 27295:2).

Maar het plan van Ziekenhuis Centraal Periferie (2008) is ideaaltypisch. De zorg heeft nu eenmaal te maken met veel verschillende partijen met ieder eigen belangen. Wat de één een goed plan vindt, wil de ander niet uitgevoerd zien.

De inhoud van het verzekeringspakket is een voorbeeld. Er bestaat in Nederland een breed draagvlak voor solidariteit met zieken en lage inkomens. Wie met wie solidair zou moeten zijn en waarvoor solidariteit wel of niet gevraagd mag worden, zijn vragen die echter steeds weer aan de orde worden gesteld (RVZ 1999:55). Per 1 januari 2005 schrapte de overheid behandelingen tegen snurken, flapoorcorrectie, bovenooglidcorrectie en besnijdenissen uit het verstrekkingenpakket (Trappenbrug 2005:5). Dit leidde tot heftige (maatschappelijke) discussies. Er wordt door de overheid dus wel degelijk nagedacht over het schrappen van verstrekkingen, maar politiek gezien lijkt schrappen in het basispakket niet verstandig. De NVZ (2008):

“Nederland vraagt vrij weinig van haar burgers, in vergelijking met andere landen. Hoe kan het dat het wel lukt in Spanje, en niet hier? De NVZ lobbyed niet op dit punt, maar denkt inderdaad wel eens: blijf nu eens af van die aanbodzijde, en kijk eens naar die vraag. Het pakket verkleinen komt er maar niet doorheen, maar de kortingen worden daardoor te gemakkelijk uit de kast gehaald. Dat is het gevaar. Ze zijn gemakkelijk, vinden weinig weerstand in de Kamer, maar het zou een ultimatum remedium moeten zijn. Het is immers eigenlijk een boete en dat houdt je toch zo lang mogelijk achter de hand? Maar een ultimatum remedium, dat is het in de praktijk allang niet meer. Het pakket aanpakken is misschien lastig, maar hogere eigen betalingen moeten toch mogelijk zijn? Leg het niet altijd zo neer bij één partij, denk groter en genuanceerder.”

Guy Peeters, die in dit stuk al eerder aangehaald werd, vindt dat nagedacht moet worden over een ander solidariteitsbeginsel, met meer eigen verantwoordelijkheid. Hij zegt in het interview met de Limburger: “We ontkomen er niet aan dat mensen, naar draagkracht en zonder ieders recht op zorg aan te tasten, uit eigen zak gaan meebetalen”.

Het ministerie van VWS (2008) stelt daar tegenover:

“Er wordt nu gekozen voor doelmatigheidskortingen. De andere opties raken direct de burger en dat willen we niet. Het zou dan trouwens toch alleen maar over een verschuiving van de financiering gaan, en het zou geen oplossing vormen om de kosten te beperken. Het is gewoon nog niet nodig. Het zou dan alleen maar gaan om het macrokader te verkleinen en niet om doelmatiger werken. Wij willen eerst doelmatig werken, en kan dat dan uiteindelijk echt niet meer, dan denken we na over andere opties.”

De ziekenhuizen geven echter aan dat het systeem te veel perverse prikkels kent, zodat het een te simpele redenering is om er van uit te gaan dat meer doelmatigheid de oplossing zou zijn voor alle problemen en overschrijdingen. Er moet meer aandacht zijn voor de andere mogelijkheden of een combinatie van methoden, beweren zij.

In elk geval houdt het ministerie niet in de gaten wat het effect van de bezuinigingen op microniveau is, terwijl het door het ministerie gepresenteerde doel van de kortingen ‘meer doelmatigheid’ is. Ook in het jaardocument Zorg is geen specifieke parameter opgenomen om te bekijken hoe doelmatig de ziekenhuizen werkelijk werken. Toch heeft het ministerie wel het idee dat de ziekenhuizen doelmatiger kunnen werken. De externe verantwoording zou een verantwoording moeten zijn van het *gevoerde* beleid en niet alleen het *financiële* beleid (Bossert 2003:46). In het jaardocument Zorg

is hier een goed begin mee gemaakt, maar de ziekenhuizen hebben het idee dat ze hier weinig mee opschieten als ze uiteindelijk toch alleen op de jaarrekening worden afgerekend. VWS (2008b) geeft echter aan dat ook door middel van de financiële jaarcijfers een goed inzicht verkregen kan worden in de mate van doelmatigheid van ziekenhuizen:

“Marges zijn o.a. afhankelijk van de prijs per DBC en de kostprijs van het ziekenhuis. Als een ziekenhuis in staat is lage kostprijzen per DBC te realiseren (door bijvoorbeeld een doelmatige werkwijze en geen heroperaties), zijn de marges groter dan bij een ziekenhuis dat hogere kostprijzen heeft. Momenteel zie je dat er ziekenhuizen zijn die exact weten wat elke DBC kost, en ziekenhuizen die hier (nog) geen zicht op hebben.”

Op basis van de door de overheid gemaakte factsheets (per ziekenhuis op basis van de gegevens die aangeleverd zijn via het Jaardocument Zorg) concludeert de overheid bovendien dat de verschillen tussen ziekenhuizen groot zijn. De financiële gezondheid van de organisaties wordt in deze factsheets grafisch weergegeven als een koppeling tussen de solvabiliteit en de resultaatratio. Daarbij liggen de ziekenhuizen behoorlijk verspreid over het diagram. Bovendien loopt de verhouding tussen personeelskosten en totale bedrijfsopbrengsten bij de ziekenhuizen uiteen van ruim 50 procent tot 70 procent. Dit duidt op (doelmatigheids)verschillen. Deze gegevens sterken de overheid in haar uitspraak dat doelmatigheidswinst haalbaar is.

De ziekenhuizen (2008) pleiten voor meerjarenplannen, zodat op voorhand duidelijk is wat zij kunnen verwachten. Meerjarenramingen laten de gevolgen op termijn van beleidsbeslissingen zien. Bij bezuinigingen is het nadeel echter dat het meerjarig kader kan worden gebruikt om concrete bezuinigingsbeslissingen uit te stellen. Het uitgavenniveau in de meerjarenraming wordt dan wel verlaagd, maar de bezuinigingen worden niet concreet aangeduid, met het risico dat ze later niet of slechts gedeeltelijk worden gerealiseerd (Toirkens 1988:329 e.v.). Het is, gezien de veranderende context van de gezondheidszorg, bovendien niet mogelijk de ramingen en kortingen voor een aantal jaren vast te stellen en daarom pleiten de ziekenhuizen (2008) voor meer vrijheid zodat zij zelf afspraken met belanghebbenden (zoals verzekeraars) kunnen maken.

Volgens Bosman en Van Baalen (2008:6) zou het beter aanleveren van informatie de reputatie van ziekenhuizen kunnen verbeteren. De NVZ herkent zich hierin, want: onbekend maakt onbemind (NVZ 2008). Zo zou het idee kunnen bestaan dat behaalde doelmatigheid zich via parameters kan openbaren en kortingen naar de behaalde doelmatigheid gedifferentieerd kunnen worden. Het ministerie van VWS (2008b) verwerpt dit idee om de volgende reden:

“De differentiatie zou perfect moeten zijn om niet onomstreden te zijn. Dat lukt nooit. Al reken je alles twintig maal door, dan nog zouden er

ziekenhuizen zijn die zich gepikeerd voelen. Dan krijg je dezelfde discussie als over de maatstafconcurrentie. Dit laatste is in theorie ook een super idee, maar doordat je het niet objectief genoeg kan maken, lukt het je niet. Dat krijg je met de kortingen dus ook niet voor elkaar.”

De NVZ (2008) onderstreept deze gedachte: “Het is een illusie te verwachten dat er ooit een onomstreden definitie van doelmatigheid komt die zich zou lenen voor de differentiatie van kortingen”. De hoop is dat de doelmatigheid afgedwongen wordt door concurrentie op de zorgmarkt. Volgens Vos (in de Volkskrant 23 augustus 2008:13) beginnen steeds meer ziekenhuizen zich te onderscheiden. Het lijkt er op dat de marktwerking langzaam op gang komt. Marktwerking op zich is echter nog geen garantie voor betere zorg. Betere zorg heeft te maken met “marktstructuur en bijvoorbeeld de hoeveelheid middelen die ziekenhuizen ter beschikking staat om te investeren en daarvan de vruchten te plukken en uit te delen aan de patiënten” (RVZ 2008). Marktwerking alleen is dus onvoldoende om zorg te dragen voor meer doelmatigheid, en overkoepelend, een structureel gezonder uitgavenmanagement op micro- en macroniveau.

## 5 Conclusies

In het voorgaande is ingegaan op de effecten van financiële druk op de ziekenhuisbegroting. In dit hoofdstuk worden enkele conclusies getrokken.

### 5.1 Conclusies

Het Budgettair Kader Zorg wordt stelselmatig overschreden. De tekorten worden later verrekend. Ziekenhuizen (goed voor dertig procent van het BZK) krijgen kortingen op hun budgetten opgelegd. VWS beoogt met deze kortingen de ziekenhuizen tot meer doelmatigheid te dwingen.

1. De kortingen worden als onrechtvaardig ervaren. Ze worden pondspondsgewijs over alle ziekenhuizen verdeeld. Ze treffen dus ziekenhuizen die al de nodige doelmatigheidswinst hebben geboekt en ze raken ziekenhuizen die op dat vlak een achterstand hebben. Tussen de overschrijding en de korting zitten twee kalenderjaren. Ziekenhuizen worden gekort op een moment dat niet meer in relatie staat tot het jaar waarin sprake was van een overschrijding.
2. VWS stelt niet vast (kan dat niet) of de korting inderdaad leidt tot meer doelmatigheid. Ziekenhuizen zijn creatief bij het verwerken van de kortingen in hun budget, maar het effect lijkt weinig structureel.
3. Hoewel er geen noodzaak is tot acut ingrijpen, belemmeren de kortingen de ziekenhuizen in het opbouwen van de voor de toekomst benodigde reserves.
4. Er wordt te weinig nagedacht over andere mogelijkheden om overschrijdingen van het macrokader te vermijden.
5. Doelmatigheidskortingen vormen één van de prikkels waar in het dagelijkse begrotingsbeleid rekening mee gehouden wordt. Prikkel in het bekostigingssysteem werken elkaar bovendien tegen waardoor beoogde effecten te weinig zichtbaar worden.



## Over de auteurs

A.F. (Anne-Fleur) Roos is studente Beleid en Management Gezondheidszorg (faculteit Erasmus Medisch Centrum – Erasmus Universiteit Rotterdam). Zij participeerde in het Erasmus Honours Programme 2007 en was medeauteur van het rapport ‘Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008’ dat in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie is geschreven.

Drs. H.P.M. (Bert) Kreemers is adjunct-algemeen secretaris van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en verwacht begin 2009 te promoveren aan de Universiteit Leiden op een onderzoek naar besluitvorming over complexe projecten. Hij heeft gedurende zijn loopbaan veel ervaring opgedaan in het uitvoeren van (beleidsrelevant)onderzoek.

## Literatuur

Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE). 2002. *Beheersing van de arbeidskosten in de zorgsector in internationaal perspectief*. Den Haag: APE (in opdracht van het Ministerie van Financiën).

Baumol. W. 1967. 'Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis.' *American Economic Review*. 57:415-426.

Berger. S. 2002. *Fundamentals of Health Care Financial Management: a practical guide to fiscal issues and activities*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Berg. M. & W. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit'. *Medisch contact*. 57(34).

Boorsma. P.B. 1980. *Naar de versoberingsstaat: rooien en snoeien in de verzorgingsstaat*. Rede. Enschede: Technische Hogeschool Twente.

Boot. J.M. & M.H.J.M. Knapen. 2005. 'Paars volksgezondheidsbeleid'. In: Boot & Knapen. (red.). *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum. P. 235-258.

Bosman. P. & M. van Baalen. 'Beter aanleveren informatie kan reputatie ziekenhuis verbeteren'. *Financieele Dagblad*. 16 juni 2008:6.

Bossert. J. 2003. *Public Governance: Leidraad voor goed bestuur en management*. Rede. Breukelen: Nyenrode Business Universiteit.

Centraal Planbureau (CPB). 2007. *Macro Economische Verkenning 2007*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Centraal Planbureau (CPB). 2007b. *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. CPB Document: No. 121. Den Haag: Centraal Planbureau.

Coerts. G. 2008. 'Weerts ziekenhuis vindt private partij voor grote investering: Loek Winter is bereid €30 mln te investeren'. *Financieele Dagblad*. 14 maart 2008:4.

Crom. B. 2005. *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen: Verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

CZ. 2008. *Geen eigen risico bij voorkeursziekenhuis*. CZ. [Internet]. Februari 2008 [Aangehaald op 18 juni 2008]. Bereikbaar op <http://www.cz.nl/%7B04416d9f-52bf-4347-9fbe-61ae3137bb55%7D?s=CZ&t=Default>.

ECORYS. 2007. *Kostenontwikkeling ziekenhuiszorg: implicaties vanuit consumentenperspectief*. Rotterdam: ECORYS (in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie).

Financieele Dagblad. 2008. 'De onweerstaanbare opkomst van de bv'. *Financieele dagblad*. 28 februari 2008:4.

Grinten. van der. T.E.D. & P. Meurs. 2005. 'Publieke verantwoording in de gezondheidszorg'. In: Bakker. W. & K. Yesilkagit (red.). *Publieke verantwoording*. Amsterdam: Boom. P.215-244.

Grinten. T.E.D. van der. 2006. *Zorgen om Beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg. Afscheidsrede*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Groenenboom. G.K.C. 2007. 'Marktwerking met een budgettair kader: toch voordelig! Ziekenhuisbekostiging tussen vrije markt en overheidsregulering'. *Zorg & Financiering*. 9a:3-10.

Groot. T.L.C.M. & G.L. van Helden. 2007. *Financieel management van non-profit-organisaties*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Gupta Strategists. 2007. *The Odyssey: Study of Dutch hospitals 2006*. Ophefmer: Gupta Strategists.

Heezen. A.W.W. 2005. *Bedrijfseconomie voor het besturen van organisaties*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Hoogervorst. H. et al. 2004. *Groei door Doelmatigheid. Prestatiecontract 2004-2007*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoogervorst. H. et al. 2007. *Afspraken naar aanleiding van het akkoord in het Bestuurlijk Overleg dd. 11 januari 2007*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Imtech. 2008. *Ziekenhuizen gebruiken nauwelijks businesscases bij ICT-investeringen*. [Internet] 10 juni 2008. [Aangehaald op 18 juni 2008]. Bereikbaar op <http://www.imtech.eu/smartsite.dws?lang=NL&id=9015&query=ziekenhuizen%20gebruiken%20nauwelijks%20business%20cases&type=all>.

- Intrakoop. 2008. *Inkoop met zorg: informatiefolder*. Waardenburg: Intrakoop.
- Kiers. B. 'NVZ en Klink ruziën over rechtszaken'. *Zorgvisie Nieuwsbrief*. 25 juni 2008.
- Klink. 2007. *Antwoorden op Kamervragen van Van Gerven over bezuinigingen door ziekenhuizen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Internet]. 20 juni 2007. [aangehaald op 7 februari 2008]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2007/antwoorden-op-kamervragen-van-van-gerven-over-bezuinigingen-door-ziekenhuizen.asp>.
- Klink. 2007b. *Wijziging Regeling verslaggeving WTZi*. Staatscourant 13 december 2007. 242:11.
- Klink. A. 2008. *Hervorming zorgstelsel nog niet af*. [Internet]. 5 februari 2008. [Aangehaald op 7 februari 2008]. Bereikbaar op [www.nieuwsbank.nl/inp/2008/02/05/r198.htm?fmt=minvws](http://www.nieuwsbank.nl/inp/2008/02/05/r198.htm?fmt=minvws).
- Klink. A. 2008b. *Uitbreiding B-segment en taakstelling ziekenhuizen 2009. Voorhang aanwijzing ex WMG*. [Internet] 11 juni 2008. [Aangehaald op 16 juni 2008]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2008/uitbreiding-b-segment-en-taakstelling-ziekenhuizen-2009-voorhang-aanwijzing-ex-wmg.asp>.
- Lapré. R. & L. Vandermeulen. 2001. 'Macrobudgettering en bekostiging van instellingen'. In: Lapré. R. & G. van Montfort (red.). *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. P. 41-61.
- Miles. R.E. et al. 1978. 'Organizational Strategy, Structure and Process'. *Academy of Management Review*. 546-562.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 2007. *Jaarverantwoording zorginstellingen 2007*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 2008. Persoonlijk gesprek. 21 maart 2008.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 2008b. Persoonlijk gesprek. 29 mei 2008.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2007. *Monitor ziekenhuiszorg 2007: analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). 2007. Vermogens Zorgaanbieders. Kengetallen in beeld: 2005-2006. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). 2008. Ziekenhuiszorg 2008: Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. 2004. Ziekenhuizen willen prestatiecontract. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. [Internet]. 9 juli 2004. [aangehaald op 7 februari 2008]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=3880>.

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. 2006. Q's & A's budgetkorting november 2006. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. [Internet]. November 2006. [aangehaald op 7 februari 2008]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1!zmQW2wD1FIo9vhsUlyp3M4aGBFh@OqKIXXIWdtD8XL5Wf8xG1jmb5WBNDacGa1&objectid=21243&!dsname=nvz>.

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. 2007a. Kort geding ziekenhuizen leidt tot afspraken. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. [Internet]. 18 januari 2007. [aangehaald op 7 februari 2008]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1!zmQW2wD1FIo9vhsUlyp3M4aGBFh@OqKIXXIWdtD8XL5Wf8xG1jmb5WBNDacGa1&objectid=22304&!dsname=nvz>.

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. 2007b. Ziekenhuizen: richting goed, maar onnodig veel onzekerheid. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. [Internet]. 18 september 2007. [aangehaald op 7 februari 2008]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1!zmQW2wD1FIo9vhsUlyp3M4aGBFh@OqKIXXIWdtD8XL5Wf8xG1jmb5WBNDacGa1&objectid=28312&!dsname=nvz>.

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. 2007c. Minister pakt voorstel ziekenhuizen voor bekostigingsproblemen niet op. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. [Internet]. 10 oktober 2007. [aangehaald op 7 februari 2008]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1!zmQW2wD1FIo9vhsUlyp3M4aGBFh@OqKIXXIWdtD8XL5Wf8xG1jmb5WBNDacGa1&objectid=28310&!dsname=nvz>.

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. 2008. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen start bodemprocedure. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. [Internet]. 14 januari 2008. [aangehaald op 5 januari 2008]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1!zmQW2wD1FIo9vhsUlyp3M4aGBFh@OqKlXXlWdtD8XL5Wf8xG1jmb5WBNDacGa1&objectid=30156&!dsname=nvz>.

NVZ. Vereniging van Ziekenhuizen. 2008b. Beperkte groei ziekenhuisomzet in 2007. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. [Internet]. 21 april 2008. [aangehaald op 23 april 2008]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=32522>.

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). 2008c. Persoonlijk gesprek. 25 maart 2008.

Parlement.com. 2008. 'Parlement en politiek'. [Internet]. 2008. [Aangehaald op 21 april 2008]. Bereikbaar op <http://www.parlement.com/>.

Peeters. G. 2008. 'Zorgstelsel op schop' en 'Peeters: 'betalen naar draagkracht': er staat veel te veranderen in de wereld van de zorg, zegt AZM-bestuurder Peeters' De Limburger. 10 juni 2008:1 en 11.

Piersma. J. 2008. 'Isala-klinieken maken specialisten eigenaar van een deel van het ziekenhuis.' Financieele Dagblad. 26 februari 2008:4.

Piersma. J. 2008b. 'Groeit zorg Nederlandse ziekenhuizen neemt af'. Financieele Dagblad. 21 april 2008:3.

Piersma. J. 2008c. 'Vrije markt ziekenhuis blijft nog beperkt'. Financieele Dagblad. 14 mei 2008.

Prismant. 2004. Differentiatie-index: feitelijke versus verwachte verpleegduur. Utrecht: Prismant (in opdracht van NVZ Vereniging van ziekenhuizen).

Prismant. 2007. Ramingen uitgaven ziekenhuiszorg, 2008-2011. Utrecht: Prismant (in opdracht van NVZ Vereniging van ziekenhuizen).

Putters. K. & T.E.D. Grinten. van der. 2001. 'Schuivende institutionele verhoudingen in de besturing van de Nederlandse gezondheidszorg'. In: Abma. T. & R. in 't Veld (red.). 2001. Handboek Beleidswetenschap. Amsterdam: Boom Uitgeverij.

Q-Consult. 2008. ICT-investeringen ziekenhuizen in 10 jaar meer dan verdubbeld. Q-consult. [Internet]. 11 juni 2008. [aangehaald op 13 juni 2008]. Bereikbaar op [http://www.qconsult.nl/nieuws/nws\\_view.asp?nws\\_id=500326](http://www.qconsult.nl/nieuws/nws_view.asp?nws_id=500326).

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). 1998. Maatschappelijk ondernemen in de zorg: achtergrondnota. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). 1999. De ethische agenda van de gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). 2003. Exploderende zorg-uitgaven: signalement over uitgavenmanagement. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). 2008. Zorginkoop. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2006. Zorgbalans. [Internet]. 30 mei 2006. [aangehaald op 2 april 2008]. Bereikbaar op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o5274n26667.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5274n26667.html).

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2008. Zorgbalans 2008. De presentaties van de Nederlandse Gezondheidszorg. [Internet]. Westert. G.P. et al. [Aangehaald op 6 juni 2008]. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260602003.pdf>.

Schut. F.T. 2003. De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Schut. F.T. 2004. 'Rivaliserende sturingsconcepten in de gezondheidszorg.' *Beleid en Management*. 31(4):222-231.

Sijmons. J.G. 2006. Pleitnota inzake kort geding NVZ + algemene ziekenhuizen tegen Staat der Nederlanden. 1-29.

Sluijs. van. A. & R. Janssen. 2001. 'Kostencalculatie'. In: Lapré. R. & G. van Montfort (red.). *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. P.81-92.

Steinbusch. P.J.M. et al. 2007. 'The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study'. *Health policy*. 81:289-299.

- Toirkens, J. 1988. Schijn en Werkelijkheid van het Bezuinigingsbeleid 1975-1986. Deventer: Kluwer.
- Tonkens, E. 2008. 'Koortsige bijziendheid over de ziekenhuizen'. Volkskrant. 2 februari 2008:3.
- Trappenburg, M. 2005. Solidariteit in de Gezondheidszorg: een project tot volksovoeding. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Trouw. 2008. 'Prijzen ziekenhuizen vrijer in 2009.' Trouw. 28 mei 2008.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. 2004-2005. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005. Vergaderjaar 2004-2005: No. 29800-2.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. 2002-2006. Onderzoek naar de Zorguitgaven. Den Haag: SDU Uitgevers. Vergaderjaar 2002-2006: No. 28852-1 t/m 8.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. 2005. Debat over het rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven. Den Haag: SDU Uitgevers. Vergaderjaar 2005-2006: No. 88-5297.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. 2008. Antwoorden op kamervragen van Van Gerven over het uitgeven van aandelen door een ziekenhuis in Weert. Den Haag: SDU Uitgevers. Vergaderjaar 2007-2008: No. DMC-K-U-2828483.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. 2008. Positionering algemene ziekenhuizen. Den Haag: SDU Uitgevers. Vergaderjaar 2007-2008: No.100-27295.
- Vandermeulen, L. 2006. 'Preventie en prikkels in productfinanciering: DBC-bekostiging houdt niet expliciet rekening met preventie'. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 5:25-27.
- Vektis. The Boston Consulting Group. 2008. Liberalisatie en groei: eerste indicatie van kostengroei in de ziekenhuiszorg binnen het geliberaliseerde B-segment. Zeist: Vektis.
- Volkskrant. 2008. 'Zorgpersoneel neemt ontslag'. Volkskrant. 11 augustus 2008: economie.
- Vos, C. 2008. 'Zorg zoekt geld om te concurreren'. Volkskrant. 23 augustus 2008:13.



Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). 2008. Vermogensbeleid. [Internet]. 2008. [aangehaald op 14 mei 2008]. Bereikbaar op <http://www.wfz.nl/index2.php?pageId=27>.

Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). 2000. Het borgen van publiek belang. Den Haag: SDU Uitgevers.

Ziekenhuis Oost. 2008. Persoonlijk gesprek. 17 april 2008.

Ziekenhuis Randstad Centraal. 2008. Persoonlijk gesprek. 15 mei 2008.

Ziekenhuis Randstad Periferie. 2008. Persoonlijk gesprek. 23 april 2008.

Zorgvisie. 2008. 'NZa wil geen maatstafconcurrentie'. Zorgvisie nieuwsbrief. 38(15):3.

## Bijlage 1

### Andere (mogelijke) oorzaken van financiële druk

Uitwerking andere mogelijke oorzaken van financiële druk (zie ook hoofdstuk 2).

#### **Technologische ontwikkeling en dure geneesmiddelen**

Technologische ontwikkelingen zijn belangrijk in de gezondheidszorg. Mede door toedoen van de technologische ontwikkelingen is de zorg steeds meer in staat ziektebeelden te bestrijden, de gevolgen van ziektebeelden te verlichten en/of fatale gevolgen uit te stellen. Deze ontwikkelingen hebben tot neveneffect dat mensen ouder worden, vergrijzing optreedt en dat er een stijging van de zorgconsumptie is waar te nemen. Slechts in enkele gevallen is sprake van substitutie van bestaande dure zorg voor goedkopere nieuwe (Crom 2005:25). Vaker, echter, worden nieuwe technologieën gezien als complementair. Bovendien is nieuwe technologie vaak erg kostbaar.

De ruimere toelating van dure geneesmiddelen heeft geleid tot een toename van de kosten. Prismant berekende dat als gevolg van de ruimere toelating de kosten van geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen in ziekenhuizen tussen 2001 en 2005 toegenomen zijn met 13 procent (Prismant in Prismant 2007:46). Een verdere stijging wordt verwacht omdat momenteel veel dure geneesmiddelen op toelating tot de reguliere zorg wachten. Verder heeft zich een sterke stijging van de kosten voorgedaan bij de overige medische (kunst- & hulp)middelen. Indien de kosten van de medische middelen een vergelijkbare groei doormaakt als in de afgelopen vijf jaar, dan zullen de kosten van deze middelen jaarlijks dus stijgen met circa 13 procent (Prismant 2007:46). Aangezien dure geneesmiddelen voor 80 procent budgettair gecompenseerd worden, betekent de groei van de kosten een toename van de druk op de ziekenhuisbudgetten. De overige 20 procent moet immers door de ziekenhuizen opgebracht worden. Prismant (2007:46) berekende dat als gevolg van de stijging een additionele jaarlijkse groei van 0,5 procentpunt van de ziekenhuisuitgaven te verwachten valt. Voor een deel komt deze groei boven de modelmatig geraamde groei. Ziekenhuizen zullen deze kosten daarom op een andere manier moeten zien terug te verdienen. In de bestudeerde jaarverslagen wordt aandacht aan dit onderwerp besteed.

### *Institutionele wijzigingen*

Institutionele wijzigingen kunnen van invloed zijn op de financiële druk die ziekenhuizen ervaren zonder dat de invoering van deze wijzigingen primair bedoeld zijn om de financiële druk te verhogen, danwel te verlagen. Voorbeelden van zulke institutionele wijzigingen zijn de (aangekondigde) invoering van de maatstafconcurrentie, de uitbreiding van het B-segment en de afschaffing van de zogenaamde Lumpsum.

Lumpsum. De Lumpsum is een mogelijke veroorzaker van wachtlijsten in de jaren '90, zo werd eerder al uiteengezet. De Lumpsum zou medisch-specialisten ontmoedigen om te produceren (Vandermeulen 2006:26), waardoor wachtlijsten ontstaan. De Lumpsum is in 2008 afgeschaft en in samenhang met de verlaging van het uurtarief ontstaat onzekerheid over de inkomsten voor medisch specialisten. Specialist die in honorarium achteruit dreigen te gaan, zullen dit mogelijk compenseren door het leveren van meer volume (Prismant 2007:47). Dit heeft een uitgavenstijging tot gevolg. Ziekenhuis Randstad Periferie vat samen (2008): "Aan de ene kant krijg je prikkels tot doelmatigheid en uitgavenmindering, en aan de andere kant worden deze prikkels weer teniet gedaan door een honoreringssysteem met prikkels die een extra productie juist stimuleren, en deze extra productie hoeft uiteraard niet doelmatig te zijn."

Nieuwe koers. Vanaf het jaar 2000 trad een verandering op in de sturingsfilosofie van de overheid. Er werd geleidelijk meer vraagsturing geïntroduceerd. De invoering van meer vraagsturing in de curatieve zorg heeft geleid tot grote uitgavenstijgingen (CPB 2007b:12). De nieuwe koers werd aangevuld met de mogelijkheid om voor een deel van de ziekenhuisproductie (het B-segment) afspraken te maken over de prijzen. De prijsontwikkeling van dit B-segment is in 2007 gelijk aan die van het A-segment (Prismant 2007:46). Wel werd eerder in dit stuk geconcludeerd dat de volumes binnen het B-segment sterk gestegen zijn (Vektis 2008). Voor de nabije toekomst wordt bovendien voorzien in een verruiming van het B-segment waardoor de onzekerheid met betrekking tot de volumes nog verder toeneemt (Prismant 2007:46).

Maatstafconcurrentie. De maatstafconcurrentie zal een nieuw tariefmechanisme zijn ter regulering van de tarieven voor medisch specialistische zorg (Nysingh 2008:24). Het A1 en B1-segment zullen ondergebracht worden onder een prijsplafond (de maatstaf) per instelling. De maatstaf wordt vastgesteld voor de hele periode 2009 t/m 2011. Het maatstafstelsel is een transitie-instrument. Het is de bedoeling dat na 2011 de prijzen niet langer via overheidswege worden vastgesteld.

Volgens de NVZ ontbreken de noodzakelijke waarborgen voor het tot stand komen van evenwichtige tarieven onder de maatstaf in belangrijke mate en gaat de wijze van invoering van maatstafconcurrentie gepaard met onevenredig grote financiële risico's voor de ziekenhuizen (Nysingh 2008:1). De ziekenhuizen ervaren druk omdat "de aan de ziekenhuizen opgelegde maatstaf geen juiste gespecificeerde maat voor efficiëntie is, maar een betrekkelijk willekeurig rekengrootheid. Er is geen vergelijkingsmaatstaf ontleend aan de efficiency van ziekenhuizen op een vrije markt, want deze ontbreekt in Nederland" (Nysingh 2008:26). De ziekenhuizen zouden hun systemen niet kunnen inrichten op de maatstafconcurrentie binnen de periode die de overheid heeft gesteld. Daarom heeft de NVZ dit onderwerp onderdeel gemaakt van de gestarte bodemprocedure. Inmiddels heeft de NZa de minister geadviseerd af te zien van de maatstafconcurrentie. Volgens de NZa staan tekortkomingen in de DBC-productiestructuur en de kwaliteit van de data-invoering op 1 januari 2009 de invoering in de weg (Zorgvisie 2008:3). De minister heeft vervolgens aangegeven het prijsplafond niet voor 2010 in te voeren. Als blijkt dat de prijzen niet te hard stijgen, en ook het aantal behandelingen niet te fors groeit, kan de maatstafconcurrentie, uiteindelijk zelfs achterwege blijven (Trouw 2008).

#### *Schaarste op de arbeidsmarkt*

Algehele krapte op de arbeidsmarkt heeft consequenties voor de lonen in de zorg (Crom 2005:25). Momenteel is er sprake van een zeer krappe arbeidsmarkt (Prismant 2007:46). Naar verwachting zal dit een stuwend effect hebben op de arbeidsvoorwaardenontwikkeling, zowel op de markt als in de zorg. De arbeidsproductiviteit groeit in de zorg minder snel dan in de rest van de economie. Dit heeft tot gevolg dat de prijzen in de zorg 0,8 procentpunt sneller stijgen dan de algemene inflatie (CPB 2007:11). Dit wordt het zogenaamde Baumol-effect genoemd: doordat de zorg arbeidsintensief is en de arbeidsproductiviteit moeilijk is te verbeteren blijft deze structureel achter bij andere bedrijfstakken in de economie (Baumol 1967). Omdat de lonen in de zorg de algemene loonontwikkeling in de economie volgen wordt de zorg in verhouding steeds duurder (CPB 2007:9)

In de zorg is de zogenaamde OVA-systematiek van toepassing. Door deze systematiek bestaat de verwachting (Prismant 2007) dat de ziekenhuizen niet veel last hebben van de loonontwikkeling. De OVA is "de overheidsbijdrage aan de arbeidskostenontwikkeling in de zorg. De overheid verhoogt het budget voor de zorg op basis van de verwachte loonontwikkeling in de marktsector aangevuld met een vergoeding voor een incidentele looncomponent in de zorgsector. De OVA-systematiek draagt het risico in zich dat de verwachte en de feitelijke ontwikkeling van de arbeidskosten in de zorg elkaar ontlopen." (APE 2002:20). Dit risico is niet irreëel: in de interviews wordt duidelijk dat de lonen een flinke druk op de begroting

veroorzaken. “De arbeidsmarkt werkt echt tegen. Er staan al maanden verschillende vacatures open die maar niet ingevuld worden. We moeten dus externe krachten inhuren, die duurder zijn. Vervolgens moet je het eigen personeel ook meer betalen dan de CAO voorschrijft, want anders gaan zij ook voor zichzelf beginnen. Ze kunnen immers overal aan de slag.” (Ziekenhuis Randstad Periferie 2008). De NVZ signaleert een landelijke trend. Op 11 augustus werd bekend dat duizenden verpleegkundigen ontslag nemen en zich vervolgens voor meer geld laten inhuren via een extern bedrijf of eigen zaak. Volgens de berichtgeving zijn ziekenhuizen miljoenen euro’s extra kwijt aan personeelskosten (Volkskrant 11 augustus 2008). Verder kampen de ziekenhuizen met hogere werkgeverslasten die veroorzaakt kunnen worden door een (hogere) bijdrage aan de Zorgverzekeringwet, afname afdrachtvermindering Loonheffing en algemene toename van de personele lasten (bijvoorbeeld door stijging van de lonen). Deze aspecten worden ook in de bestudeerde jaarverslagen genoemd.

#### *Kapitaallasten*

Sinds 2004 stijgt de lange rente op de kapitaalmarkt weer. Op de lange termijn zal een verdere stijging daarom ook de kapitaalkosten doen stijgen. Verder nemen de risico’s van ziekenhuizen als gevolg van de liberalisering toe waardoor de verwachting bestaat dat de risicopremies zullen stijgen. Ook dit zal een opwaarts effect hebben op de kapitaallasten. Vooral op de langere termijn wordt verwacht dat dit gecombineerde effect leidt tot een sterkere prijsontwikkeling (Prismant 2007:46).

#### *Demografische ontwikkelingen*

De samenleving vergrijst. Naast de toename van het aantal ouderen neemt ook de zorgconsumptie toe. Crom (2005:25): “Naarmate men ouder wordt, consumeert men per levensjaar meer zorg als gevolg van toenemende risico’s van ziektes, die vaak nog worden gekenmerkt door comorbiditeit en/of een chronische aard.” Overigens stelt het CPB (2007:11) dat de vergrijzing een relatief bescheiden factor in de groei van de zorguitgaven betekend.

#### *Mondigheid*

Mede dankzij de geïntroduceerde vraagsturing hebben patiënten meer te zeggen. Zij worden mondiger, zijn beter geïnformeerd en eisen mogelijkheden op; desnoods via de rechter (Crom 2005:25).

#### *Veranderende regelgeving bouw*

De regelgeving met betrekking tot de bouw van zorginstellingen gaat in de toekomst veranderen. Daardoor moeten ziekenhuizen hun bouwkosten doorberekenen in de prijs van de dienstverlening. Hun prijs ligt daarom altijd hoger dan ziekenhuizen die niet verbouwen. Verder valt de hoogte van de bouwkosten tegen. Ziekenhuizen die nieuwbouw plegen, komen fors boven hun begrotingen uit, zo blijkt uit de jaarverslagen.

#### *Hogere meerkosten die samenhangen met de geleverde meerproductie*

Het exploitatieresultaat kan fors lager uitpakken als de meerkosten die samenhangen met de geleverde meerproductie hoger zijn dan de marginale opbrengsten. Het kan dan gaan om progressief stijgende variabele kosten (Heezen 2005:173). Onderzoek naar deze meerkosten kan gedaan worden door marginale calculatie. Het gaat er dan om de extra kosten vast te stellen die met één extra product ontstaan (Van Sluijs & Janssen 2001:88). De geleverde meerproductie komt voor een belangrijk deel voort uit de groei van het aantal patiënten. Twee van de drie onderzochte ziekenhuizen besteedden aandacht aan dit probleem in hun jaarverslag.

#### *Energiekosten (vooral gas en elektriciteit) door de blijvend hogere olieprijs*

Hogere meerkosten bij meerproductie kunnen veroorzaakt worden door patiëntgebonden factoren of personeelskosten, maar kunnen ook een exogene oorzaak hebben. Een dergelijke exogene oorzaak kan de prijs van olie op de wereldmarkt zijn. De prijs van olie is almaar stijgende en de levering van de energie is tevens hoger geprijsd.

#### *Onderprestatie*

Een ziekenhuis kan extra kosten hebben door meerproductie maar kan ook te lijden hebben aan onderprestatie. Als organisatieonderdelen niet overeenkomstig de intern overeengekomen doelstellingen presteren, zullen interne doelstellingen bijgesteld en corrigerende maatregelen genomen moeten worden, aldus één van de bestudeerde jaarverslagen.

#### *Financieringsoverschot*

Een in een bepaald jaar behaald financieringsoverschot zal in een volgend jaar terugbetaald moeten worden aan de zorgverzekeraars. Eén van de ziekenhuizen noemt dit aspect in het jaarverslag. Een dergelijk financieringsoverschot kan op de begroting van het volgende jaar een belangrijke oorzaak van financiële druk zijn.

#### *Tegenvallende kostenbeheersing*

Ook met kostenbeheersing wordt rekening gehouden. Indien geplande kostenbeheersing maar ten dele gerealiseerd wordt in het ene jaar, zal de instelling in het volgend jaar door gerichte interventies de kosten nog verder willen laten dalen. Dit brengt in dit volgend jaar een extra druk met zich mee, aldus het jaarverslag van één van onze cases.

#### *Te veel geleend voor korte perioden*

Als de rente stijgt, en er veel geleend wordt (kortdurende, danwel langdurende leningen), kunnen de kosten voor leningen fors hoger uitvallen voor de volgende jaren, zo blijkt uit één van de jaarverslagen.

#### *Onzorgvuldige DBC-registratie*

DBC's worden pas uitbetaald als zij gesloten zijn. Als dit niet op tijd gebeurt, lopen ziekenhuizen voor een bepaalde periode inkomsten mis. Ook een onzorgvuldige registratie van DBC's (openen van te 'lage' DBC's) kan tot gevolg hebben dat het ziekenhuis belangrijke inkomsten misloopt, zoals uit een van de jaarverslagen blijkt.

#### *Afstemming processen*

Processen kunnen langs elkaar heen lopen, zodat afstemming ontbreekt. Met een meer efficiënte afstemming kunnen lagere kosten en wellicht hogere opbrengsten gegenereerd worden. Een dergelijk aspect wordt in één van de bestudeerde jaarverslagen genoemd.