



Center On Strategies For Public And Civil Entrepreneurs

Zijn de Nederlandse ziekenhuizen klaar voor de liberalisering?

- *STAND VAN ZAKEN 2005* -

Utrecht, oktober 2005

Drs. H. Gramser
Mr. A. van Ballegoyen
P. van Felius
Drs. S. de Waal

Executive Summary

In de afgelopen periode heeft een team van Public SPACE Foundation, onder leiding van drs. S.P.M. de Waal, in opdracht van Boer&Croon Strategy and Management Group onderzoek verricht onder de top van de Nederlandse ziekenhuizen. Belangrijkste vraagstelling: Is men klaar voor de komende liberalisering? De belangrijkste bevindingen luiden samengevat als volgt.

Liberalisering en marktwerking doen in de zorgsector gestaag hun intrede en de Nederlandse ziekenhuizen bereiden zich daarop voortvarend voor. Dit blijkt uit aanpassingen in het middenmanagement, meer aandacht voor leiderschap en ondernemerschap bij opvolging in het bestuur, investeringen in ICT en de ontwikkeling van strategische plannen. Bestuurders en toezichthouders staan positief tegenover de liberalisering en de grotere strategische vrijheid die het gevolg zal zijn. Niettemin zijn er zwakke plekken. Op dit moment lukt het met name moeizaam om:

- bedrijfsmatig greep te krijgen op financiën en prestaties;
- tijdig en voluit extern gerichte initiatieven te nemen (strategie in combinatie met slagvaardigheid);
- organisatiestructuren voor ondernemende professionals in te richten.

De top van de ziekenhuizen zit overduidelijk in een overgangsfase. Dit uit zich in een zekere verwarring over het meest geschikte leiderschapsprofiel voor de komende jaren. Op dit moment omarmen velen in de sector het concept van de leider als *facilitator*: dienstverlenend voor de totale organisatie, aanjagend waar mogelijk en bemiddelend waar nodig, streng over normen en waarden naast sturen op cijfers en prestaties. Er zijn ook signalen dat deze voorkeur mede wordt ingegeven door de huidige gebrekkige externe druk en onduidelijke interne structuren. Als daar door voortgaande liberalisering en wettelijke aanpassingen verandering in komt, zal volgens velen het leiderschapsprofiel verder moeten verschuiven naar voortvarend ondernemerschap, slagvaardig handelen en crisismanagement.

Bij dit tempo zijn de ziekenhuizen binnen enkele jaren gereed voor verdergaande stappen, sneller dan de nu voorgenomen planning van de liberalisering door de overheid. Het veranderingstempo binnen de ziekenhuizen wordt door een aantal factoren daarbij ook nog lager gehouden dan zou kunnen. De ziekenhuissector gereed maken, verloopt daarmee enigszins als een proces van gas geven met de handrem aan.

Allereerst gaat het dan om de onduidelijke en weinig op ondernemerschap gerichte **relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten**. Over elk nieuw initiatief wordt veelvuldig en gedetailleerd onderhandeld met de betrokken medisch specialisten, maar door de sterk uniformerende cultuur vaak ook met de gehele medische staf. De huidige systemen (honorering, overlegstructuur en fiscale positie) en de wetten die deze beschermen, zijn meer gericht op behoud en verdeling van vaste (overheids-)inkomsten dan op innovatie, investeringen en het gemeenschappelijk nemen van (bedrijfs-)risico's. De medische staf valt ook steeds meer uiteen in allerlei rollen: mede-ondernemer, werknemer, middenmanager. Het moet veel meer mogelijk worden hiermee dan ook vanuit het bestuur gedifferentieerd om te gaan.

Een andere vertragende factor is dat de **Raden van Toezicht** zich nog onvoldoende lijken te realiseren dat aandacht voor discontinuïteit net zo belangrijk geworden is als aandacht voor continuïteit van organisatie en publieke prestaties. Ook hebben de Raden van Toezicht nog onvoldoende oog voor de noodzakelijke veranderingen van hun eigen positie en gedrag als gevolg van de liberalisering. Zo staan een actieve bemoeienis met de onderlinge herijking van de relaties tussen ziekenhuis en medische staf en hun eigen bijdrage aan de legitimering van de ziekenhuisstrategie naar externe *stakeholders*, vaak niet of onvoldoende op de agenda.. Voor de ziekenhuisbestuurder is er dan ook vanuit de Raad van Toezicht vaak weinig *backing* en positieve inspiratie, in een periode waarin hij/zij nieuwe verhoudingen met medische staf en met externe *stakeholders* moet ‘uitvinden’. De Raad van Toezicht staat nu naar beide groepen letterlijk teveel op afstand, zowel qua structuur als eigen cultuur.

Ten slotte is de **markt en de omgeving** van het ziekenhuis nog niet zo ingericht dat innovatief en slagvaardig gedrag beloond en afwachtend gedrag voldoende bestraft worden. Integendeel, de patiënt weet nog onvoldoende wat hem te wachten staat en ‘stemt’ nog te weinig ‘met de voeten’. De zorgverzekeraar neemt nog een afwachtende houding in als het gaat om drastisch schuiven met ‘productievolumes’. De nog beperkte liberalisering van 10% van het ziekenhuisbudget richt zich op een segment van de markt dat weinig ruimte voor enorme groei kent (verdringsmarkt). Er heerst dus op dit moment veel bescherming en onzekerheid in de markt. De noodzakelijke cultuurverandering binnen de ziekenhuizen komt dan ook onvoldoende op gang.

In de kern zullen ziekenhuizen de komende jaren daarom sterk behoefte hebben aan:

- a. Innovatieve organisatiemodellen voor ondernemerschap voor ziekenhuizen en professionals, waarin ook veel meer rekening wordt gehouden met verschillen tussen medisch specialisten.
- b. Vernieuwing van positie en opstelling van Raden van Toezicht, vooral in relatie tot (horizontale) externe verantwoording.
- c. Constructies vanuit *partnership* met ondernemende zorgverzekeraars.
- d. Allerlei vormen van bedrijfsmatige instrumenten gericht op beheersing, bedrijfsvoering en verslaglegging.
- e. Bestuurders met een ander profiel: meer ondernemend en meer bedrijfsmatig. Hiervoor is nu al een rekruteringsprobleem. De sector als geheel zal niet volledig kunnen voldoen aan de noodzakelijke opvolging in de top. Deze verschuivingen in profiel zullen ook consequenties moeten hebben voor de samenstelling van de Raden van Toezicht.

Het onderzoek toont aan dat de ziekenhuizen, voor zover zij dit in eigen hand hebben, zeker bereid zijn hieraan voortvarend verder te werken. Gezien hun huidige stand van zaken en tempo van voorbereiding zullen zij binnen enkele jaren dan in meerderheid klaar zijn voor verdergaande liberalisering.

Inhoudsopgave

<i>Executive Summary</i>	2
<i>Inhoudsopgave</i>	4
<i>1. Vraagstelling en Methodieken</i>	5
<i>2. Welke stappen zetten de ziekenhuizen en hoe ver is men?</i>	8
2.1. Branchebeeld in de media	8
2.2. Veranderingen in de ziekenhuizen	12
2.3 Kern en Conclusies	14
<i>3 Spanningen en verschuivingen in de top</i>	16
<i>4. De dwang van 'de markt' is nog niet groot genoeg</i>	20
<i>5. Klaar voor de Toekomst?</i>	22
5.1 Het mogelijk eindperspectief: Volledige Liberalisering	22
5.2 Noodzakelijke extra maatregelen van ziekenhuizen	23

1. Vraagstelling en Methodieken¹

Liberalisering van de Nederlandse ziekenhuiszorg begint tastbaar te worden. De beleidscontext in Nederland is recent sterk verduidelijkt door de uitkomsten van de discussie in de Tweede Kamer over de curatieve sector en het politieke akkoord in Tweede en Eerste Kamer over de invoering van de basisverzekering. Eerder zijn al duidelijke signalen afgegeven met de versoepeling van de toelating van privé-klinieken en ziekenhuisbehandelcentra (ZBC's). Om een beter zicht te krijgen op de effecten van deze liberalisering en de gereedheid van de curatieve zorgsector, in het bijzonder de top van de ziekenhuizen, heeft Boer & Croon Strategy and Management Group in samenwerking met de Public SPACE Foundation besloten nader onderzoek te doen naar:

“De impact van liberalisering op de Nederlandse ziekenhuizen”

Belangrijke onderzoeksvragen binnen dit thema:

- Welke voorbereidingen pleegt de leiding van de ziekenhuizen nu?
- Leidt dit ertoe dat men de belangrijkste uitdagingen aan zal kunnen?
- Welke aanpassingen maakt de top nu door, dan wel moet deze nog verder doormaken?

Voor Boer & Croon zit de relevantie en aansluiting op de bestaande praktijk in de volgende elementen:

- De opdrachten van interim-management en strategisch organisatieadvies rond ziekenhuizen hebben op dit moment veelal te maken met het oprichten van of beter inrichten van commerciële activiteiten, zoals *focused factories*.
- Qua mentaliteit wordt steeds zichtbaarder dat de commerciële drijfveren onderdeel van normaal handelen worden van veel spelers in en rond ziekenhuizen; ook dit vertaalt zich toenemend in aansluitende vragen aan Boer & Croon zoals van ondernemende maatschappen, Raden van Toezicht e.d.
- Het algemeen profiel van Boer & Croon in deze sector is sterk gekleurd door de term ‘ondernemerschap’, waarvan de commerciële dimensie er één is.

Voor Public SPACE Foundation zit de relevantie en aansluiting op de praktijk in het volgende:

- Enige jaren terug heeft Public SPACE de achtergrondstudies verzorgd voor het Boer & Croon rapport Het ziekenhuis van de toekomst' of 'Medisch-curatieve zorg tot 2010' in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
- Aansluitend op het uitkomen van dit rapport zijn er in het land circa 30 lezingen verzorgd voor staf en management van ziekenhuizen. Het rapport is ook gepresenteerd op de jaarlijkse conferentie van de Europese vereniging voor Hospital Care. Daarmee is het gedachtegoed wijd verspreid. De visie kan ook een referentiekader bieden voor nader onderzoek.
- Tot onderdeel van de expertise rond ‘maatschappelijk ondernemen’ valt natuurlijk zeker te rekenen het verschil tussen non-profitondernemen (*social of civic entrepreneurship*) en profitondernemen en welke veranderingsprocessen daaronder plaats dienen te vinden. Deze expertise is niet alleen ontleend aan de zorgsector, maar ook aan de sectoren bouw (sociale woningbouw), onderwijs (middelbaar en hoger onderwijs), energie e.d.
- Het thema past in het nu lopende meerjarige onderzoek van Public SPACE, gericht op het verkennen van het fenomeen ‘*civic leadership*’ en de relatie met verschillende governancestructuren, zoals profit en non-profit.

¹ Dit rapport is een beknopte weergave van het onderzoek en bijbehorende resultaten. Er is een meer uitgebreid onderzoeksverslag beschikbaar en op te vragen via www.public-space.com.

Het onderzoeksteam bestond uit Steven de Waal, Heide Gramser, Peter van Felius en Arjen van Ballegoyen aan de zijde van Public SPACE en Lex Sigterman aan de kant van Boer & Croon. Diverse adviseurs en interim-managers van Boer & Croon hebben een bijdrage geleverd.

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van een combinatie van methodieken. Deze variëren van organisatieanalyse via bewezen checklisten, vragenlijsten via de website tot interviews met de top van enige ziekenhuizen en casestudies uit de praktijk van Boer & Croon. Relevante informatie is ook gekomen uit een rondetafel conferentie met bestuurders en toezichthouders van ziekenhuizen, een scan van relevante artikelen in kranten, een beknopte literatuurstudie naar buitenlandse ervaringen en een algemeen theoretisch literatuuronderzoek.

Definitie van “liberalisering”

Liberalisering is uiteen te halen in een aantal factoren:

- ✓ Toelating en bevordering van concurrentie en concurrenten.
- ✓ Toelating van commerciële partijen en activiteiten.
- ✓ Toelating en facilitering van keuzemogelijkheden door patiënten of zaakwaarnemers.
- ✓ Bevordering van vernieuwing van organisatie en innovaties.

Op al deze terreinen heeft de Nederlandse wetgever de afgelopen jaren in de sector van de ziekenhuizen stappen gezet. Daarbij is echter nog steeds sprake van gereguleerde marktwerking en niet van volledige vrije marktwerking.

Bepaling strategische context

Deze onderzoeksvraag gaat over de externe veranderingen in de context waarin algemene ziekenhuizen opereren over een periode van 5 jaar (2009). Om vast te stellen wat deze externe context zal zijn, is gebruik gemaakt van vijf bronnen:

1. Het NVZ-Onderzoek naar het Ziekenhuis van de Toekomst in 2010. Dit onderzoek is in 2001 uitgevoerd door Boer & Croon i.s.m. Public SPACE.
2. RVZ-rapporten
3. SCP-rapport.
4. NVZ Corporate Governance checklist.
5. Wet- en regelgeving (zowel in kracht zijnde wetten als wetten die voor 2009 in werking zullen treden).

Dit levert een checklist op van verwachte en gewenste externe effecten op de ziekenhuizen als gevolg van liberalisering.

Effecten van de externe strategische context op bedrijfsvoering en strategie

Bij deze vraag wordt onderzocht welke effecten de veranderde externe context teweeg zal brengen in bedrijfsvoering en strategievorming van ziekenhuizen. Hierbij is gebruik gemaakt van de Public SPACE Transformatiecheck. Dit is een beproefde methodiek om veranderingsprocessen bij maatschappelijke organisaties in de overgang naar meer commercie en ondernemerschap te meten. De analyse vindt plaats aan de hand van 8 organisatieaspecten, waaronder strategievorming, financiële structuur en stakeholdermanagement. Deze enquête is via het internet beschikbaar gesteld en door 20 ziekenhuizen ingevuld.

Wat is hiervan de impact op de top van de Nederlandse ziekenhuizen?
Zijn de toppen van de ziekenhuizen klaar voor liberalisering?

Voor het beantwoorden van de vraag wat de impact is op de top van ziekenhuizen in termen van verschuivingen in accent op management-, ondernemers-, *governance*- en leiderschapsrollen en functies, is gebruik gemaakt van een combinatie van een zestal casestudies en een rondetafelconferentie met ca. 40 bestuurders en toezichthouders uit de sector. Daaraan vooraf ging een korte theoretische verkenning om te komen tot adequate definities en managementmodellen.

Overstijgende onderzoeken:

Krantenonderzoek

Er is een uitgebreide scan gedaan over zowel alle landelijke als regionale dagbladen als ook vakbladen als de Zorgvisie, om een mediabeeld te krijgen van de gehele sector door concrete voorbeelden, dilemma's, problemen en vraagstukken rond liberalisering.

Beknopte internationale literatuurverkenning

Er is een korte literatuurscan gedaan naar bevindingen in het buitenland rond de impact van liberalisering op de top van de ziekenhuiszorg.

2. Welke stappen zetten de ziekenhuizen en hoe ver is men?

2.1. Branchebeeld in de media

Om meer zicht te krijgen op de realisatie van de marktwerkingsplannen, hoe men omgaat met de liberalisering en welke uitwerkingsvraagstukken de pers halen, is een uitgebreide scan gedaan bij landelijke dagbladen naar de initiatieven in het afgelopen jaar rondom marktwerking en commerciële activiteiten.

Er zijn veel strategische bewegingen in de richting van marktwerking

Dagbladen en kranten melden dat ziekenhuizen zich breed oriënteren op de mogelijkheden van marktwerking, waarbij sommige zich zorgen maken over het trage tempo van de invoering en andere zeggen dat een zorgvuldige overgangsfase belangrijk is. Wel staat de publieke doelstelling daarbij voorop. Als doel van de marktwerking ziet men het dienen van de patiënt.

Hoewel geschat wordt dat ongeveer 50% van de planbare ziekenhuiszorg in particuliere klinieken en winstgerichte ziekenhuizen geleverd kan worden, wordt commercialisering toch vooral met scepsis bekeken. De tegenstanders denken in termen van het wegvloeien van collectieve middelen en het concentreren van complexe medische zorg bij de publieke non-profitziekenhuizen. Aangehaald wordt onderzoek naar winstgerichte ziekenhuizen (in bijvoorbeeld de VS) die weliswaar efficiënter zijn en meer handelingen uitvoeren, maar waar de kwaliteit van zorg achter lijkt te blijven. Interessant is dat tegelijkertijd gesteld wordt dat beursgenoteerde ziekenhuizen binnen 5 jaar ook in Nederland hun intrede kunnen en zullen doen. Voorbeelden van in het buitenland al langer bestaande commerciële ziekenhuizen worden regelmatig aangehaald, zoals de ziekenhuisketen Rhon-Klinikum en Helios in Duitsland. Aan de Zweedse beurs staat Capio genoteerd met zorginstellingen in de Scandinavische landen, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk en € 1 mrd. omzet. Dergelijke puur commerciële instellingen worden dus wel gezien als realistische optie. Maar zolang partijen geen echte opening bieden en de sector ook nog niet geschikt gemaakt is voor (buitenlandse) investeerders, blijft men binnen het publieke domein en kiest voor maatschappelijk ondernemen.

Voorstanders van commercialisering melden dat ziekenhuizen zich ervan bewust zijn dat schaalvergroting en vergaande samenwerking helpen om adequate zorg te kunnen leveren. Dit geldt voor voorbeelden als grotere maatschappen, uitbesteding van het gastvrijheidsdeel (catering, beveiliging, gebouwenonderhoud) aan marktpartijen en medisch ondersteunende diensten aan grotere ziekenhuizen, evenals een zorghotel voor lagere kosten van verpleging. Ook bewuster omgaan met vastgoed en huisvesting en het vrijmaken van een deel van het in vastgoed vastgelegde vermogen, leveren meer speelruimte op voor investeren in nieuwe activiteiten, meer welbevinden voor patiënten en medewerkers en een betere logistiek van zorgprocessen.

De marktactiviteiten richten zich vooral op klantbehoefte en efficiency

Berichten in de diverse dagbladen laten zien dat ZBC's en privé-klinieken zich voornamelijk richten op planbare ziekenzorg en eenvoudige ingrepen (o.a. kijkoperaties, oogglazerbehandelingen, liesbreuken of spataderen) en daarnaast op specialisaties en op één type zorg voor begrensde patiëntencategorieën (klinieken voor incontinentie, prenatale echo's, vruchtbaarheid of kaakchirurgie). Er ontstaan veel initiatieven, veelal in samenwerking met andere ziekenhuizen en bedrijven, om exploiteerbare winstgerichte

onderdelen te ontwikkelen met als doel het wegwerken van wachtlijsten, het behalen van efficiency en het kunnen inspelen op behoeften waarvoor men bereid is bij te betalen.

Daarnaast zijn voorbeelden genoemd voor het realiseren van een meer cliëntgerichte aanpak en de mogelijkheden voor ‘funshoppen rond het ziekenhuis’: ‘zorg- en sportboulevard’, ‘zorgpassage’ en ‘zorgpark’. Hierbij komen diverse aan een ziekenhuis toegevoegde functies en bijbehorende voorzieningen bijeen, van zorghotel, zwembad, ijsbaan, sporthal, stomerij, kapsalon, opticien, fysiotherapeut, orthopedisch schoenmakers, tandartsen, huisartsen, diëtiste, consultatiebureau, verloskundigenpraktijk en apothekers tot uitzendbureaus voor de zorgsector. De bedoeling is om de ziekenhuisomgeving op deze manier veel gevarieerder en aantrekkelijker te maken.

Krantenartikelen gaan ook in op innovatieve samenwerkingsverbanden met de vastgoedsector en projectontwikkelaars. Sommigen zien in de zorgmarkt een enorme potentie voor nieuwe vastgoedconcepten. Bij verbouw- en nieuwbouwplannen van ziekenhuizen worden besparingsmogelijkheden en PPS (publiek-private samenwerking)-constructies onderzocht. Door afspraken te maken met de bouwer over onderhoud van het gebouw, verwacht men jaarlijks forse besparingen. Belangrijke voorwaarden die worden genoemd betreffen aanpassingen van wet- en regelgeving rond BTW-compensatie, afschrijvingspolitiek, vergunningverlening en kwaliteitsbewaking. Bij PPS denkt men soms ook aan uitbesteding van niet-medische taken (huisvesting, schoonmaak en automatisering) aan commerciële bedrijven.

Men speurt naar nieuwe vormen van doelmatigheid

Logistiek en ICT worden als belangrijke speerpunten genoemd en diverse doorbraakprojecten op logistiek gebied laten aansprekende resultaten zien. Door een regionaal distributiecentrum voor voorraadvoorziening kunnen vierkante meters voor directe zorg bespaard worden. Men verwacht dat door een betere planning van patiëntenzorg en de efficiëntere inkoop van medische apparatuur en distributie van geneesmiddelen bijna een kwart van alle ziekenhuisbegrotingen kan worden terugverdiend (TPG rapport Bakker). 60% van de patiënten heeft standaardzorg nodig die eenvoudig te plannen is. Ziekenhuisdirecties en maatschappen van specialisten moeten dan wel beter samenwerken. Een scherper inkoopbeleid voor apparatuur, linnengoed, voedsel en hulpmiddelen is mogelijk wanneer met leveranciers over de reservevoorraden per regio wordt onderhandeld. Via een centraal magazijn zou 80% van de medicijnen (herhalingsrecepten) direct thuis of op het werk geleverd kunnen worden.

Door de concentratie van ziekenhuisdiensten (86 fusies in de afgelopen 20 jaar) verwacht men minder keuzevrijheid voor patiënten. Hoewel verwezen wordt naar dergelijke monopolistische kenmerken van concentratie in de zorgmarkt, worden ook voordelen benoemd die tot uitdrukking komen in regionale aanbodontwikkelingen. Regionaal samenwerkende ziekenhuizen kunnen immers volledige basiszorg leveren en voor zwaardere operaties een centrale locatie aanwijzen. De berichtgeving gaat verder over de efficiëntie op het gebied van diagnostisch onderzoek door commerciële diagnostische centra, waar sneller en goedkoper gewerkt kan worden, zoals in Amsterdam, Den Haag, Zoetermeer en Sittard.

Particuliere klinieken die reguliere zorg aanbieden en ZBC's worden in de pers genoemd als exponenten van het nieuwe werkconcept en als aanjager van meer doelmatigheid in de zorg. Maar, vooralsnog – zo wordt gesteld – is het moeilijk om de exploitatie ervan rond te krijgen. Er moet goed zicht komen op de financiële systematiek. Er moet een juiste balans ontstaan tussen medische kennis en bedrijfseconomisch ondernemerschap. Het negatieve imago van privé-klinieken moet gerepareerd worden. Als belangrijkste succesfactoren ziet men naast de kleinschaligheid van de organisatie en de flexibiliteit om snel op marktveranderingen te kunnen reageren, ook de toename in persoonlijke aandacht voor de patiënt.

Verhoudingen tussen partijen veranderen

Veranderende verhoudingen in het nieuwe zorgstelsel komen aan bod. De verzekeraars zijn geen administrateurs meer en ziekenhuizen geen contracthouders. Ze worden inkopers en verkopers van zorgprogramma's en zorgproducten. Gesteld wordt dat ziekenhuizen niet zijn voorbereid op deze nieuwe verhoudingen en slecht verantwoording afleggen over de manier waarop zij overheidsgeld besteden. Veel wordt gezegd over de houding van zorgverzekeraars. Men schat in dat verzekeraars het op korte termijn niet aandurven om patiënten te laten opdraaien voor de extra kosten en inspanning als de verzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis van hun voorkeur. Men kiest dan liever voor de concurrentie binnen de groep van verzekeraars en het nu reeds grimmige gevecht om de markt van verzekerden, dan een risicovolle en complexe poging meer concurrentie tussen ziekenhuizen te bevorderen, hetgeen per saldo zelfs verzekerden kan kosten. Verzekerden moeten nog leren winkelen in het zorgaanbod en beslissen of zij het niet-verzekerde prijsverschil zelf willen betalen. Ziekenhuizen waarschuwen op hun websites patiënten dat zij zelf moeten controleren of de verzekeraar wel een contract heeft met het ziekenhuis van hun keuze.

Management moet meer marktgericht en bedrijfsmatiger worden

Het vertrouwen in directies en management is wankel, en een grote wisseling in de top van ziekenhuizen wordt verwacht. Kranten stellen dat managers meer moeten knokken voor hun geld en scherper beslissen; zij zitten klem tussen nieuwe regels en eigen personeel en hebben te maken met hoogopgeleide en eigengereide specialisten en mondige verpleegkundigen. Zonder een goede stijl van leidinggeven vlieg je de laan uit. Directies en managers moeten vele vaardigheden hebben. Dit scala wordt nog verruimd als gevolg van de liberalisering. Ze moeten tegelijk uitvoerder, initiator en stimulator van vernieuwing zijn, scherp kunnen argumenteren, politiek inzicht hebben, onderhandelaar en strateeg zijn en ook ondernemer. Een veelbesproken onderwerp in het afgelopen jaar is het meer bedrijfsmatig aansturen van een complexe ziekenhuisorganisatie. Problemen van huidige ziekenhuisdirecteuren die de krant halen, zijn van financiële aard (nieuwbouw en aankoopverliezen). Daarnaast zijn er conflicten, verschil in visie met de medische staf en verstoorde interne en externe relaties.

Enkele artikelen waarschuwen voor het in stand houden van de traditionele ziekenhuiscultuur. Het zo maar importeren van de huidige ziekenhuiscultuur bij marktgerichte initiatieven leidt tot mislukkingen. Mensen van buitenaf aantrekken is een prikkel voor de omslag naar meer marktgerichtheid en ondernemerschap. Maar ook door medewerkers zelf 'van onderop' de omslag naar vraaggerichte zorg te laten maken, verlopen veranderingsprocessen succesvoller. (Het Martini Ziekenhuis krijgt hiervoor een prijs.) Ook is men van mening dat specialisten niet massaal overlopen naar ZBC's, maar de nieuwe specialist vaak wel een 'combibaan' heeft bij zowel reguliere ziekenhuizen als bij 'ZBC's.

Het imago van het ziekenhuis wordt bepalend

Algemene artikelen stellen dat naast patiëntinformatie de externe verantwoording en daarmee samenhangend het verwerven van een zichtbare positie in de markt steeds belangrijker wordt. Marktwerving en concurrentie vereisen een kritische blik op marketing-, communicatie- en merkenbeleid. Een structurele benadering van de markt, waarbij de onderscheidende kenmerken (vooraanstaande specialisaties, ontwikkelde vakinhoudelijke kennis, een goede dienstverlening en patiëntenbehandeling) van een ziekenhuis worden uitgelicht, worden als hard nodig gezien in de branche. Een voorkeurspositie verwerven bij patiënten en huisartsen beïnvloedt immers het keuzeproces van patiënten en verzekeraars.

Financiële regie als basisvoorwaarde voor meer marktwerving

Gezien de actualiteit gaan dagbladen in op de vrije-prijsonderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars, die de komende jaren – zo verwacht men – beperkt zullen

blijven tot de huidige 10% van het ziekenhuisbudget. Men vindt dan ook dat er van marktwerking nog nauwelijks sprake is. Het ministerie van VWS ziet men aarzelen met de plannen voor een eigen investeringsverantwoordelijkheid van ziekenhuizen en winstgerichte participatie door investeerders, en de horizon tot 2012 vindt men veel te lang.

Wel wordt gemeld dat door de invoering van een compleet nieuw financieringssysteem voor ziekenhuizen (DBC's) prijsverschillen voor behandelingen zichtbaarder worden, de basis voor een dynamischer zorgmarkt. Hoewel marktwerking in de zorg daarmee leidt tot kritisch zelfonderzoek en meer transparantie, ziet men het nieuwe systeem vooral als bureaucratische rompslomp. Ook is er de angst voor 'Aldi-zorg', de mogelijkheid dat de goedkoopste zorg de standaard wordt. Anno 2005 komen door uitvoeringsproblemen vrije prijzen en het echt gebruiken van de DBC's deels in de knel (software, betrouwbaarheid van gegevens, medewerking directies, specialisten en medewerkers en verrekening met financiers).

Veel wordt geschreven over de positie van de patiënt of verzekerde in deze. Als zorgverzekeraars geen contract hebben met ziekenhuizen, geldt de zogenoemde standaardprijslijst, meestal duurder dan de contractprijs. Als patiënten weigeren zich te laten behandelen in ziekenhuizen waarmee de verzekeraar afspraken heeft gemaakt, blijven de kosten hoog en zullen de premies blijven stijgen. In de toekomst is er dan ook kans op bijbetaling en zal aan verzekerden worden gevraagd om mee te werken met de marktwerking. Maar patiënten hebben weinig baat bij prijsvergelijkingen en zullen kiezen op basis van kwaliteit en niet op prijs.

Daarnaast wordt gemeld dat ziekenhuizen bedrijfsrisico's onvoldoende kunnen inschatten. 60% van de zorginstellingen slaagt er niet in om de jaarrekening tijdig in te leveren, en jaarverslagen zijn onvoldoende transparant. Men denkt nog te weinig vanuit onzekerheid en de risico's in de financiering en de informatiesystemen zijn onvoldoende voorbereid. Dit terwijl faillissement wel degelijk mogelijk wordt vanaf 2005, indien privé-klinieken goedkoper zijn en forse contracten kunnen sluiten met zorgverzekeraars voor bepaalde behandelingen.

Corporate governance

Uitgebreid wordt geschreven over de nieuwe afspraken tussen politiek en zorgsector om de Nederlandse zorg fundamenteel anders te besturen. Het doel is meer keuzevrijheid voor de patiënt en een kwalitatief goed en betaalbaar zorgaanbod dat voor iedereen toegankelijk is. Dit doel moet bereikt worden door de invoering van gereguleerde marktwerking. Diverse maatregelen passeren de revue voor goed toezicht. Onder andere worden voorstellen gedaan om verantwoording te organiseren via een aandeelhoudersvergadering, samengesteld uit consumenten, personeel en de lokale overheid. Deze vergadering zou bevoegdheden moeten hebben om toezichthouders aan te stellen en te ontslaan om het systeem van coöptatie te doorbreken. Tegelijkertijd krijgt het publieke toezichtssysteem veel kritiek. De overheid heeft onvoldoende instrumenten en toezichthouders kunnen niet ter verantwoording worden geroepen. De positie van Raden van Toezicht is bijvoorbeeld niet wettelijk verankerd. De stichtingsvorm is bovendien niet bedoeld voor grote organisaties en wringt bij commerciële activiteiten. Regelmatig wordt gerefereerd aan de discussies over invloed en zeggenschap van de overheid in verband met de verantwoording over publieke taken, de verantwoording ten opzichte van medisch professioneel handelen en de betrokkenheid van de burger en lokale overheid bij de commercialiseringsvraagstukken. Ook leidt de toestroom van toezichthouders uit het bedrijfsleven tot een fors *governancedebat*. Een andere cultuur met een te eenzijdige fixatie op geld dreigt mogelijk daardoor en levert niet per sé betere zorg op.

De maatschappijcultuur in Nederland, de relatie met dokters en de hiërarchische verhoudingen worden onder de loep genomen en betiteld als een van de moeilijkste problemen van de ziekenhuistop. Ziekenhuisdirecties hebben weinig tot geen invloed op de specialist. Binnen en

tussen maatschappen en met ziekenhuisdirecties ontstaan regelmatig ruzies, omdat men het met elkaar oneens is over verantwoordelijkheden en financiële afspraken. Afspraken worden vaak als wurgcontracten beschouwd. De machtskwestie is vaak niet opgelost en aandeelhouderschap in ziekenhuizen, waaronder ook de medisch specialist als mede-eigenaar van ziekenhuizen, ligt gevoelig.

2.2. Veranderingen in de ziekenhuizen

Zoals blijkt uit het mediabeeld zijn ziekenhuizen in Nederland intensief bezig met vele veranderingen om tegemoet te komen aan de externe trends, zoals vergrijzing en individualisering. Hieronder bevindt zich ook, als antwoord vanuit de overheid, de liberalisering in de ziekenhuiszorg. De introductie hiervan vereist tal van aanpassingen in de organisatie en bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. Het onderzoek heeft de ziekenhuizen op 8 organisatieaspecten gevraagd te evalueren.

Strategie

De ziekenhuizen zijn volop bezig met strategievorming. In veel gevallen komt het hierbij nog niet onmiddellijk tot een introductie van daadwerkelijke zichtbare nieuwe activiteiten, buiten hetgeen in het verlengde van ziekenhuiszorg ligt, zoals samenwerking met aanpalende zorgverleners. Met name nieuwe strategische aandachtsgebieden zoals Europa als een potentiële zorgmarkt, commerciële zorg en extra investeren in een kennisgedreven aanpak, worden op dit moment slechts door een beperkte kopgroep opgepakt. Europa, een belangrijke drijfveer voor liberalisering maar ook een potentieel marktgebied, onttrekt zich vrijwel aan het zicht van de sector, met het risico dat “Europa” eerder op de stoep staat in Nederland dan Nederlandse ziekenhuizen in Europa. Ook de liaison en samenwerking met kennisinstituten laat nog veel te wensen over. Vermoedelijk is het feit dat slechts een beperkte kopgroep naar buiten komt, een signaal dat de ‘markt’ nog niet stevig is vrijgegeven of in beweging is. Alleen de ‘first mover’ heeft dan kansen, voor de rest is er al gauw geen ruimte meer die te ontwikkelen of te veroveren valt. Meer inventiviteit en slagvaardigheid is vermoedelijk nog nodig om de echte nieuwe *niches* in een dergelijke markt te vinden.

Marktactiviteiten

De sector is bezig om bepaalde marktactiviteiten beter vorm te geven, zoals de samenwerking binnen de zorgketen. Of men probeert nieuwe producten te ontwikkelen met andere zorgverleners. Dit is echter nog altijd sterk aanbodgericht in plaats van patiëntgestuurd.

Stakeholdermanagement

De sector onderneemt stappen om *stakeholdermanagement* professioneler aan te pakken. Het *stakeholdermanagement* lijkt vooral goed geregeld daar waar dit ook al nodig was voordat er werd geliberaliseerd. Zo zijn het overleg met patiëntenverenigingen en het overleg binnen de zorgketens met aanpalende zorgverleners al sterk verankerd in Nederland. De positie van de zorgverzekeraar lijkt te verschuiven van *stakeholder* (een bevriende maatschappelijke partner die goed op de hoogte gehouden moet worden) naar contractpartner. Een contactpartner is dan een zakelijke partij, met wie goede afspraken vanuit een win-winhouding moeten worden gemaakt, maar aan wie niet (meer) alles verteld kan worden vanwege concurrentie. De Raden van Toezicht nemen een afwachtende positie in als het gaat om het beter betrekken van *stakeholders* en daaraan (horizontale) verantwoording afleggen. Dit past feitelijk en formeel niet meer goed bij de nieuwe positie van het ziekenhuis als gevolg van liberalisering.

“Geld speelt voor de patiënt een rol bij het afsluiten van een polis, niet bij de keuze voor een zorgaanbieder.”

“De zorgverzekeraar is geen ‘trusted advisor’ van de patiënt en heeft daardoor minder invloed dan deze zelf denkt. De huisarts is wel een ‘trusted advisor’ en wordt voor alle partijen steeds belangrijker.”

Middenmanagement en cultuur

De sector is goed op weg om via decentralisatie meer capaciteit vrij te maken voor de noodzakelijke processen zoals logistiek en marketing en voor strategische ruimte in de top. Hierbij is ook het middenmanagement in personele zin aangepakt en veranderd. In algemene zin is sprake van een *upgrading* in competenties, achtergrond en kennis van het middenmanagement. Ook de medisch specialisten merken dat ze betere en adequatere aanspreekpunten op middenniveau gekregen hebben. Dit haalt de druk van de top van de ziekenhuizen weg om zich te veel te moeten bemoeien met operationele processen. Tevens verlegt het het aanspreekpunt voor medisch specialisten van de top naar het middenniveau, waarmee immers ook veel beter operationele en tactische zaken vallen af te handelen.

Informatievoorziening

De sector scoort zichzelf vrij laag op dit onderdeel. Dit lijkt terecht daar er op basaal niveau nog veel informatie ontbreekt, die al eerder, ongeacht de liberalisering, beschikbaar had moeten zijn. Zowel sturingsinformatie voor de bedrijfsvoering (integrale kostprijzen, productiviteitscijfers, onderhoudsplanning, benutting apparatuur en kwaliteitscijfers) als meer strategische informatie (marktaandeel, rendement en inzicht in de flexibiliteit van de kostenstructuur) ontbreken vaak of zijn nog in ontwikkeling.

Financiële regie

Financiële regie scoort qua veranderingsaanpak het laagst van alle organisatieaspecten. De grootste problemen liggen bij het identificeren en aanboren van andere of geheel nieuwe financieringsbronnen. De sector heeft nog niet de transitie gemaakt om financieel in mindere mate afhankelijk te zijn van collectief geld. Dit terwijl toch duidelijk is dat de liberalisering ook zal resulteren in herallocatie van veel gelden op de langere termijn. Dat bijna de helft van alle ziekenhuizen geen financieel beleidsplan voor de lange termijn heeft, geeft aan dat ziekenhuizen nog kwetsbaar zijn voor onverwachte situaties en als organisatie nog erg vast zitten aan de overheid- met bijbehorende zekerheden.

Structuur

De **fysieke structuur** in termen van bouwen, uitbreiden en opzetten van decentrale zorglocaties, is goed geborgd in de ziekenhuizen. Dit is traditioneel een belangrijke taak van de ziekenhuizen en de know-how benodigd voor dergelijke projecten is beschikbaar in de organisatie en in individuele personen in het bestuur. Nieuw door de liberalisering is de vrijheid die men krijgt in de keuzen rond omvang, investeringsbeleid en aard van de gebouwen. Hierop wordt adequaat ingespeeld. Meer twijfel heeft men bij de vraag of er ook al voldoende wordt gekeken of de investering in de gebouwen ‘terug te verdienen’ valt. Deze vraag speelt als in de tariefstructuur per verrichting (de DBC's) ook de gebouwencomponent zal worden opgenomen. Het plegen van vernieuwbouw wordt dan een veel risicovollere activiteit voor de instelling zelf. Ook nieuwe aanpassingen hierin zoals *healing environment*, worden snel opgepakt. Omdat logistiek nauw is verwoven met de fysieke structuur van een zorglocatie, gaat daarnaar ook veel aandacht uit. Maar kennis over logistieke processen is nog een pril gebied en moet nog verder worden opgebouwd.

De structuur in **juridische en organisatorische** zin is nog sterk in ontwikkeling bij de ziekenhuizen en daarmee ook de kennis op dat terrein. Liberalisering en daarmee het ontwikkelen van marktactiviteiten zoals ZBC's, brengen de noodzaak met zich mee om de juridische structuur goed onder de loep te nemen en om de dynamiek en de veranderende verhoudingen goed te regelen. Tevens wordt de structuur hierdoor complexer: meer soorten rechtsvormen naast elkaar, verschillende vormen van eigenaarschap of bestuurslidmaatschap (allianties) naast elkaar en allerlei vormen van risico- en winstverdeling. Hiervoor is wel veel aandacht, maar de meest optimale structuur en beste structuurmodellen lijken nog niet gevonden. Door de bijzondere positie van de medisch specialist gaat er ook erg veel aandacht uit naar fiscale gevolgen en passende constructies bij bepaalde ondernemingsactiviteiten. De aandacht hiervoor is feitelijk vaak te vroeg vergeleken met de normale fasering bij businessplanning. De buit wordt al verdeeld nog voordat er een stap buiten de deur is gezet, laat staan zichtbaar is wat eenieder in praktijk nu werkelijk inbrengt aan ondernemerschap. Tevens is het nog steeds een hele puzzel om de wettelijke regimes, zowel rond de toelating van ziekenhuizen als rond de positie van de medisch specialisten, te laten sporen met de gewenste en noodzakelijke ondernemersconstructies.

2.3 Kern en Conclusies

In de analyse van huidige veranderingen op de diverse afzonderlijke organisatieaspecten zijn enige overstijgende thema's te onderkennen:

1. Bewegingen in de sector waren al begonnen voor de wettelijke liberalisering

De invloed van liberalisering als drijfveer achter de vernieuwings- en ontwikkelingsactiviteiten in de sector is gering. De sector speelt vooral tijdig en adequaat in op maatschappelijke, technologische en demografische trends die sinds lang onderkend worden. De meeste managementverbeteringen in de sector zijn een al langer lopend antwoord op dergelijke algemene majeure trends. De wettelijke liberalisering is daarvoor dus niet het startschot, maar biedt wel noodzakelijke beslisruimte en flexibilisering.

2. De bedrijfsvoering biedt nog veel ruimte voor verbetering

Er zijn veel elementen in de bedrijfsvoering die de sector nog onvoldoende op orde heeft om vandaag de dag professioneel te kunnen opereren, laat staan om in een meer geliberaliseerde context het hoofd boven water te kunnen houden. Het gaat hier vooral om een betere planning van de patiëntenzorg, de efficiëntere inkoop van medische apparatuur en distributie van geneesmiddelen, de toepassing van de nieuwe financieringssystematiek, de invoering van elektronische patiëntendossiers en basale bedrijfsvoeringsgegevens. De aandacht voor alles wat met vermogen en vermogensvorming te maken heeft, moet nog groeien. Intern wordt nog te weinig gesproken over een goede inkomsten-uitgavenbalans.

3. Weinig vooruitgang in niet-traditionele aandachtsgebieden

De ziekenhuizen zijn zeker volop bezig om zichzelf te verbeteren en in te spelen op de liberalisering. Maar de manier waarop dit gebeurt, verraaft dat de ziekenhuizen verder gaan op de oude vertrouwde paden en nog weinig aandacht hebben voor nieuwe mogelijkheden. Het innovatieve en vernieuwende karakter op strategisch marktgebied is beperkt, zoals de zichtbare gedragingen van de sector laten zien. Maar het is ook een uitvloeisel van de huidige staat van de ondersteunende organisatieprocessen. Ziekenhuizen opereren vaak met een gebrek aan goede informatie over markt, patiënt, zichzelf en de concurrent. Wel is er veel verbetering gaande in logistiek, investeringen in ICT en enigszins in de transparantie naar de klant.

4. Europa is nog te weinig in het gezichtsveld van de sector

Europa is ver weg voor de sector, maar door de liberalisering staat Europa in de vorm van buitenlandse verzekeraars en ziekenhuizen wel degelijk op de drempel van Nederland en

wellicht zelfs met de voet tussen de deur. De sector lijkt Europa links te laten liggen als bron van nieuwe mogelijkheden zoals allianties (kansen), maar ook als bron van toekomstige concurrentie (risico's). Zodra een groter deel van de ziekenhuismarkt wordt vrijgegeven en enige wettelijke restricties voor externe investeerders worden losgelaten, kan de aantrekkelijkheid van de Nederlandse markt wel eens genoeg toenemen voor buitenlandse zorgleveranciers en verzekeraars om hier kansen te grijpen.

5. Weinig aandacht vanuit strategie voor de patiënt

Interessant blijft het gegeven dat de patiënt toch een lijdend voorwerp blijft in de sector. De patiënt heeft geen rol in het uitdenken van nieuwe marktactiviteiten, staat nog weinig centraal in de procesplanning en heeft hoogstens inspraak nadát de service is geleverd, namelijk in klachten- en kwaliteitsprocedures. Hieruit blijkt dat de patiënt nog weinig macht heeft, respectievelijk weinig macht uitoefent. Het goed behandelen van de patiënt is vooralsnog een operationeel probleem - geen strategisch probleem.

6. Governancesystemen zijn nog zwak ontwikkeld

Governance in de sector is nog zwak in de aspecten die direct samenhangen met de liberalisering. De sector is momenteel bezig om de *corporate governance* voor de traditionele publieke taak verder te versterken. Externe verantwoording, verankering van maatschappelijke wensen en verplichtingen in de top, zicht op kwaliteit en kwaliteitsrisico's worden steeds belangrijker onderwerpen.

7. Vasthouden aan de traditionele mentaliteit

De sector wordt nog gekenmerkt door een traditionele mentaliteit waarin continuïteit, publieke taakstelling en een sterke focus op de (verbetering) van interne processen dominant zijn. Onder invloed van liberalisering zijn de ziekenhuizen wat nieuwe, beperkte initiatieven aan het ontwikkelen zoals ZBC's, maar dit gebeurt vanuit de veilige en comfortabele schoot van de traditionele rol.

8. Liberalisering en de impact op de managementfunctie wordt onderkend

De sector onderkent de grote impact die liberalisering zal hebben op de managementfunctie van de ziekenhuizen. Rond het middenmanagement zijn al belangrijke slagen gemaakt: andere structuren, zwaardere managers of meer managers van buiten die vertrouwd zijn met bedrijfsmatig management. Men had ook de indruk dat de concrete verhouding met medisch specialisten op dit vlak verandert. Uit het onderzoek blijkt dat voor de top van de ziekenhuizen leiderschap nu al onderwerp van gesprek is. Er is duidelijk een roep om meer leiderschap, in plaats van beherend en regelvolgend management.

3. Spanningen en verschuivingen in de top

Het aanpassen van de organisatie in reactie en anticipatie op de veranderende buitenwereld van het ziekenhuis wordt gestuurd vanuit de top van het ziekenhuis. Deze top moet blijf geven van een bepaalde mix van ondernemerschap, management, *governance* en leiderschap om het proces goed te kunnen sturen. Het onderzoek heeft de stand van zaken gemeten op deze vier dimensies.

“De meest belangrijke verschuiving die momenteel waar te nemen is in de houding van de top is die van ‘Mag ik?’ naar ‘Durf ik?’ ”

Ondernemerschap

De toename van dynamiek in de sector wordt door iedereen waargenomen, maar mede door de beleidsonzekerheid wordt de vernieuwing nog sterk door interne motieven gedreven. De nadruk ligt nog op intern ondernemerschap (*intrapreneurship*). Een enkel randstedelijk ziekenhuis, waar de concurrentie immers het grootst is, voelt de concurrentie en commerciële knagen en zet sterk in op het creëren van nieuwe externe organisatieverbanden.

De meeste bestuurders zijn van mening dat de centrale publieke functie terecht voorzien wordt van concurrentieprikkels, marktimpulsen en het moeten afleggen van rekenschap. Het schuiven met (eigen) productiecapaciteit, het beter en scherper focussen van verschillende locaties of prioritering van middelen zijn tot nog toe de grootste uitkomsten van de liberalisering.

Er wordt nog weinig druk of noodzaak tot ingrijpende verandering ervaren. Het uitbuiten van externe kansen wordt vooralsnog belemmerd door een overheid en regelgeving die initiatieven in de kiem smoren of lange goedkeuringsprocedures kennen, maar ook door afwachtend gedrag van zorgverzekeraars die even wat anders aan hun hoofd hebben (ingrijpende administratieve reorganisaties, gemakkelijker switching door verzekeren en grotere financiële risico's). Hierdoor verschuift de aandacht van de ziekenhuizen weer van innovatieve ondernemingsinitiatieven naar het verbeteren van de kwaliteit en het optimaliseren van bestaande processen en de managementstructuur. Tevens is er nog veel aandacht voor de ordening en beheersing van het totale speelveld, vooral door fusies, zowel binnen de ziekenhuiskolom als naar aanpalende zorgsectoren (verpleeghuizen en thuiszorg).

Als gevraagd wordt naar de belangrijkste reden tot ondernemen staat de continuïteit van de dienstverlening, de organisatie, haar medewerkers en werkgelegenheid in de regio op de eerste plaats. Dit wijst op maatschappelijk ondernemerschap als *leitmotif*. Als tweede wordt groei ofwel het veroveren van marktaandeel genoemd. Geconstateerd wordt dat dit niet de agressieve vorm van landjepik aanneemt zoals bij de verzekeraars sterk in opmars is, maar dat het hier vooral gaat om het veiligstellen van marktaandeel of productie. Een derde veelgenoemde reden is het vergroten van het onderscheidend vermogen ten opzicht van concurrenten in de markt.

Volgens de bestuurders brengen de huidige wettelijke maatregelen een hoop bureaucratie met zich mee (gedetailleerde omschrijvingen en indicatoren) en de opkomst van commercie lijkt nog slechts een kleine zijstroom. Tevens lijkt de markt van de planbare verrichtingen vooral een verdringingsmarkt en geen groeimarkt. Daardoor hebben 'first movers' feitelijk vaak geen 'volgers', omdat de nieuwe marktmogelijkheden toch beperkt blijken.

Middenmanagement

Decentralisatie van managementtaken is een duidelijk zichtbare trend. Op het strategisch niveau van het bestuur moet meer tijd vrijgemaakt worden om aandacht aan vernieuwing, marketing en *stakeholdermanagement* te kunnen besteden. Leiders hebben nog te veel managementtaken (in termen van beheersfunctie) ondanks de vele verwijzingen van bestuurders naar reorganisaties in de tactische managementlaag.

Er zijn twee verschillende benaderingen waar te nemen bij de vraag hoeveel leiderschap er op middenmanagement niveau nodig of gewenst is. Een deel van de bestuurders zoekt middenmanagers die zich voornamelijk bezighouden met beheersing, het ‘runnen van de tent’ en vooral aan interne planning op lager niveau werken (organisatiedoelen verder uitwerken). Een andere, grotere groep zoekt naar een goede mix van beheerders, ondernemers en leiders op datzelfde middenniveau om het totaal van het middenmanagement te bezetten .

Het middenmanagement zal zijn rol als beheerser van de bedrijfsvoering flexibeler en creatiever moeten invullen. Samengevat zal veel van de ambitieuze taakstelling rond betere outputsturing, efficiency, kostenbewustzijn, kwaliteitsindicatoren, het bevorderen van een ondernemende cultuur en goede logistiek in deze laag komen te liggen. Daar waar het middenmanagement is versterkt, blijkt dit ook een grote invloed te hebben op de opstelling en positie van medisch specialisten. Deze krijgen als het ware een hoogwaardiger *counterpart* op het niveau dat voor hen ook het meest relevant is en daardoor worden daar ook meer zaken afgewerkt.

Het gemeenschappelijke en uniformerende blok van de medische staf en diens overlegpositie ten opzichte van de top van de ziekenhuizen valt uiteen. Steeds meer verschuiven de aanspreekpunten en lijnen waarlangs afspraak worden gemaakt naar het middenniveau. Verschillende specialismen en verschillende medisch specialisten krijgen verschillende posities: werknemer, medeondernemer, middenmanagement etc. Vaak verzandt het tempo van ondernemen in deze discussies. Verder zijn wettelijke regelingen en de interne bijbehorende cultuur hierop niet berekend.

Een bestuurder omschrijft zijn visie als volgt: “Goede middenmanagers moeten een team vormen en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering dragen. Als kompanen van het bestuur fungeren zij als een klankbord bij het inschatten van risico’s. Dat zij kansen moeten zien is voor ons vanzelfsprekend, dat is nou het verschil tussen ouderwets beheersen en (pro-actief) de dingen goed doen”

Leiderschap

De toekomstige leider dient, in de opinie van de ondervraagde ziekenhuizen, aan twee verschillende competenties te voldoen. Ten eerste wordt het kunnen inspelen op en omgaan met marktsituaties steeds belangrijker. Ten tweede blijft de ervaring in en gevoel voor de sector noodzakelijk. Dit betekent een rem op de toestroom van managers en leiders van buiten de zorgsector.

Houding en stijl van de leider schuiven mee met deze trends. Het hebben van een ‘*public spirit*’, creatief zijn en het ‘zakelijk leiding kunnen geven aan een concern’ zijn veelgenoemde kwaliteiten. Tussen een *public spirit* met gevoel voor professionele organisaties en de zakelijk ondernemende concernleider zitten grote verschillen. In de discussie lopen de voorkeuren uiteen van een meer intrinsiek gedreven ‘*transformational leadership*’ met de nadruk op het leiden van mensen, inspireren en zingeving, tot aan een meer extrinsiek gedreven ‘*transactional leadership*’ waarbij de nadruk op zakelijke

transacties, *compliance* en prestaties wordt gelegd. Dit laatste wordt overgenomen uit de zakenwereld en de commerciële sector en sluit goed aan op de verzakelijking en outputsturing die moet optreden in de sector. Met *transformational leadership* wordt meer recht gedaan aan het leiden van een complexe professionele organisatie waarin gezocht moet worden naar gedeelde waarden en waar een gepassioneerd leider alle groepen deeleigenaar maakt van de organisatiedoelen. Uit deze verschillende beelden komt nu nog geen eenduidige keuze.

De huidige Raden van Bestuur en Toezicht ambiëren wel in meerderheid het *Level-5 leadership* dat zich laat omschrijven als ‘*building enduring greatness through a paradoxical blend of personal humility and professional will*’. Belangrijke kenmerken van dit type leiderschap zijn: succesvol regelen van opvolging en inrichten van krachtig decentraal management, in principe een dienend leiderschap maar met een sterke gerichtheid op cultuur en houding en bereid tot het nemen van harde beslissingen in het licht van het bereiken van goede, lange-termijnprestaties van de firma. Er zijn aanwijzingen dat ook dit nog een overgangsbeeld is en dat bij verdergaande liberalisering ook op dit vlak leiderschapsvoorkeuren nog zullen wijzigen.

Marktgebaseerde competenties zijn een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde voor de toekomstige bestuurder, gevoel voor en ervaring in de sector wegen zwaarder. Zwaardere managers vaak met een meer bedrijfsmatige achtergrond worden al wel binnengehaald. Zowel het bestuur (over middenmanagement) als het toezicht (over de top) onderkennen wel de grote verandering van kwaliteit en stijl van management die nodig is. Er zijn al maatregelen genomen, zoals het binnenhalen van meer bedrijfsmatige deskundigheid en een steviger middenmanagement. Juist om die reden wordt ook nu al onderkend dat de sector als geheel een opvolgingsprobleem in de top heeft. Dit is ook al merkbaar in de moeizaamheid van rekruteringsprocedures.

Governance

Het lijkt erop dat de veranderingen in de *governance* niet rechtstreeks samenhangen met de liberalisering. In ieder geval zijn veel leden van Raden van Toezicht niet onder de indruk van het tempo en de impact van de huidige liberalisering. Een terechte inschatting als het gaat om de huidige stappen en ingrepen, zo lijkt het. Veel is immers nog hetzelfde gebleven. Geen van de Raden van Toezicht meent dat het nu ineens nodig zou zijn de eigen samenstelling ingrijpend aan te pakken, wel om daar meer stapsgewijs verandering in aan te brengen. Bij het selecteren van bestuurders kijkt men wel expliciet naar leiderschap (voor de voorzitter) en nieuwe competenties als ondernemerschap, onderhandelingsvaardigheden en bedrijfsmatige financiële sturing (voor de overige leden van de Raad van Bestuur). Maar ook hier heeft men niet de indruk dat dit ineens verandert door de huidige mate van liberalisering.

Ook in de structuur van werken zijn belangrijke stappen gezet in de richting van meer bedrijfsmatig werken. Zo werken velen al met een *audit committee* en met een separaat remuneratie *committee*. Over dat laatste vindt ook inhoudelijk meer discussie plaats, omdat het onderwerp recentelijk ook meer maatschappelijke belangstelling krijgt.

Toch zijn er ook zwakke plekken, die ten dele vertrouwd overkomen. Zo zijn niveau en adequaatheid van informatie over de kwaliteit van geleverde medische zorg nog steeds zwak, maar dit wordt wel toenemend onderkend. De mening verschilt tussen bestuur en toezicht of er voldoende en tijdig informatie uitgewisseld wordt. Het resultaat is dat toezichthouders vertellen dat zij informatie te laat krijgen van bestuurders en dat bestuurders juist zeggen vaak en tijdig te informeren, maar dat er niets met de informatie gedaan wordt. Belangrijke omissie op dit moment is vaak dat externe afspraken die de Raad van Bestuur maakt met externe *stakeholders* niet worden verankerd in het interne toezichtssysteem. Dit kan door deze afspraken op te nemen in de periodieke beoordeling van de Raad van Bestuur. Dit is relevant omdat het de maatschappelijke prestaties van het ziekenhuis zichtbaar koppelt aan de druk tot

presteren van de Raad van Bestuur. Ook de verantwoording van de Raden van Toezicht aan externe *stakeholders* is nog gering en krijgt weinig werkelijke aandacht en kan goed op deze externe prestatieafspraken aansluiten. De Raden van Toezicht nemen hier weinig initiatief in.

Uit de enquêteresultaten blijkt eveneens dat er intern wel gesleuteld wordt aan de informatievoorziening maar dat de mate waarin dit op orde is, ernstig overschat wordt. Informatie over patiëntveiligheid en risico's maken bijvoorbeeld geen onderdeel uit van de standaardinformatievoorziening. Ook zijn er vaak geen verantwoordingsprocedures ingericht voor op afstand opererende professionals. Er is geen consensus bij het toezicht over zeggenschapskwesties of verantwoordelijkheidsverdelingen van de organisatie (onderdelen) tussen directies en medisch specialisten, vooral als het gaat om eigendom, risico's en reputatie. Voornamelijk op het gebied van de bekostigingsystematiek, prijsvorming en het opzetten van een solide set kwaliteitsindicatoren moet nog een grote slag gemaakt worden, ook in de informatie aan de Raden van Toezicht.

De externe informatievoorziening krijgt tot op heden minder aandacht dan de interne. Weinig ziekenhuizen hebben overlegplatformen ingericht en de informatievoorziening naar *stakeholders* scoort slecht. Dit terwijl de roep om transparantie en vergelijkbaarheid over kwaliteit en prestaties groter wordt. Het belang van marketing en *stakeholdermanagement* wordt blijkbaar nog onderschat. Openbaarheid over de werkwijze, beslissingen, samenstelling en bezoldiging van toezichthouders schiet nog ernstig tekort.

4. De dwang van 'de markt' is nog niet groot genoeg

De ziekenhuissector is op veel organisatieaspecten in beweging, maar er is nog een weg te gaan voordat men echt gereed is voor verdere liberalisering. Ondanks dat is de sector redelijk tevreden over de vooruitgang die ze in de laatste jaren heeft geboekt, vooral op het gebied van interne reorganisatie. Men ziet de toekomst met vertrouwen tegemoet. Haast om meer fundamentele aanpassingen te maken is er in het geheel nog niet. Dit is zeker ook te verklaren door het gebrek aan dwang van buiten en daarmee is het ook op dit moment waarschijnlijk een juiste inschatting die de sector maakt. Vier van de grootste oorzaken waarom de dwang van de markt nog niet groot genoeg is, staan hierna samengevat.

1. Zorgverzekeraars spelen hun rol nog niet voluit

De zorgverzekeraars vormen een cruciale factor in het opstarten van de liberalisering omdat zij keuzes moeten gaan formuleren en voorleggen aan zowel de patiënt (of verzekerde) als de ziekenhuizen en daaraan vervolgens consequenties moeten verbinden. Zij zijn de beoogde intermediair tussen (complex) aanbod en (afhankelijke) patiënt. Zij zijn tevens de spil voor het op gang brengen van meer dynamiek, door te dreigen, door te onderhandelen en door aan te besteden. Als de verzekeraar dit soort bewegingen niet maakt en dreigementen niet werkelijk omzet in daden, dan zullen de gewenste effecten van liberalisering nog wel even op zich laten wachten. Uit het onderzoek blijkt dat de ziekenhuizen van dergelijk prikkelend gedrag van verzekeraars nog niet veel merken. Men vindt de verzekeraars afwachtend en afhoudend. De meeste verzekeraars durven in de verdringingsmarkt van de planbare zorg ook nog niet rigoureus te kiezen voor bepaalde zorgaanbieders. Zij houden dus veel productie, volume en afspraken op de traditionele plek. Hierdoor worden nieuwe initiatieven zoals beter ingerichte planbare zorg of mogelijkheden tot forse kostenreducties (die we in het onderzoek zeker hebben aangetroffen), niet beloond met meer productievolume en stagneren deze weer. Hierdoor stagneert ook de noodzakelijke culturomslag in de ziekenhuizen. Binnen de ziekenhuizen vertrouwt men de voorspelling van het management 'dat het allemaal anders wordt' niet meer. De indruk bij de ziekenhuizen is dat dit nog wel enige jaren zo kan blijven, omdat verzekeraars zich nu eerst zullen richten op een zo klantvriendelijk mogelijke opstelling. Patiënten dwingen naar bepaalde gecontracteerde ziekenhuizen te gaan, desnoods enigszins uit de buurt, past daar niet in. De zorgverzekeraars zelf spreken ook van 'inloopjaren', 'dribbeljaren' en dergelijke. Deze terminologie geeft goed aan dat voor hen dynamisering en opschudding van de ziekenhuismarkt niet de hoogste prioriteit heeft.

2. De patiënt als consument heeft nog weinig greep en aarzelt

Een van de bedoelingen van de liberalisering is dat de patiënt direct of indirect zal gaan bepalen waar de zorg die hij nodig heeft, zal worden verkregen. Dit zal tot gevolg hebben dat sommige individuele ziekenhuizen een toename van patiënten te verwerken krijgen, waar andere ziekenhuizen een afname van het aantal patiënten zullen zien. De variabelen voor dergelijke keuzen door de patiënt kunnen prijs, kwaliteit, reputatie en servicegerichtheid zijn, maar ook reclame, naamsbekendheid en prominente specialisten kunnen hierin een rol gaan spelen. Ziekenhuizen die hier niet op inspelen, lopen het risico op den duur gemarginaliseerd te raken of gedeelten van hun specialismen kwijt te raken.

Voordat de patiënt de rol van consument kan spelen, zijn er eerst maatregelen nodig op het gebied van *patient empowerment*. De patiënt als consument moet leren welke keuzes er zijn en welke consequenties daaraan verbonden zijn. Vervolgens moet hij weten hoe een goede beslissing te nemen en vooral ook wie te vertrouwen in dit keuzeproces. Zonder deze *empowerment* zal de patiënt geen drijvende kracht van marktwerking zijn.

Deze maatregelen zijn er nog niet. Maar ook de patiënt zelf lijkt te aarzelen op het pad naar meer consumentengedrag. Hoe groot is nu eigenlijk de bereidheid van patiënten om te gaan reizen over grotere afstanden ten behoeve van (wellicht marginaal) betere of snellere zorg? Hoeveel en welke informatie is men bereid tot zich te nemen? Worden patiënten niet helemaal gaar van de diversiteit aan polissen, brochures, behandelplannen en overheidsvoorlichting over allerlei beleidsmaatregelen, inkomensconsequenties en wat dies meer zij? En ten slotte: wil een patiënt wel weten dat een deel van de zorg of service van een ziekenhuis onder de maat is? Hoe geruststellend is dat eigenlijk? De ziekenhuissector merkt nu weinig van de werkelijke macht van de patiënt. Wel merkt men een roep om meer concrete informatie en een grotere mondigheid bij bepaalde vooroplopende categorieën patiënten. Voor een deel staan we nog steeds slechts aan de vooravond van deze noodzakelijke cultuuromslag. Een cultuuromslag die dus niet alleen aan de aanbodzijde, maar ook nog in het denken en handelen van de vrager moet doordringen.

3. Er is een gebrek aan concurrentie door externe zorgaanbieders

Concurrentie met andere ziekenhuiszorg aanbieders is er nog nauwelijks. In eerste instantie dacht men dat de ZBC's een aspect van concurrentie zouden inbrengen. De zorg die echter via ZBC's geleverd kan worden is beperkt en de partijen die dit initiatief snel en daadkrachtig hebben aangepakt, hebben daarmee deze markt al veroverd. Voor ziekenhuizen die deze boot hebben gemist, zijn ZBC's een weinig aantrekkelijke optie omdat deze slechts een marginaal extra resultaat zal behalen. Daarmee is de rol van de ZBC's uitgewerkt en met de ZBC's vooralsnog ook de rol van ondernemende medisch specialisten. Degenen die interesse hebben in het opzetten van marktactiviteiten waren ook vooral geïnteresseerd dit te doen via ZBC-constructies. Ook Europese ziekenhuis zorgaanbieders zijn schijnbaar nog niet gereed om in Nederland te opereren, waarschijnlijk omdat deze markt nog zeer marginaal is en zich nog in een zeer pril stadium van ontwikkeling bevindt. Het kan nog alle kanten opgaan; daarmee is het nog ver van een aantrekkelijke investeringsmarkt. Tevens liggen er in de juridische structuur van ziekenhuizen in relatie tot medisch specialisten nog steeds formele belemmeringen voor investeerders in termen van zeggenschap, eigendom en dividendstroom. Het wachten is op nog inventievere antwoorden van nieuwe toetreders. De huidige vernieuwingsgolf in de curatieve zorg lijkt bekend en uitgevoerd.

4. De omvang van de vrijgegeven ziekenhuiszorg is beperkt

Een onderliggend probleem is dat de omvang van het deel van de ziekenhuiszorg dat is vrijgegeven beperkt is. Liberalisering moet verschuivingen teweeg brengen omwille van een verhoogde efficiëntie. Deze verschuivingen brengen beloningen voor diegenen die de risico's nemen om dergelijke bewegingen in gang te zetten. Maar met de schamele 10% van de markt die is vrijgegeven, is de potentiële beloning zeer beperkt en de kosten die gemoeid zijn met de verschuiving relatief hoog.

“Ondernemerschap is bij ons vanuit de inhoud gedreven. De buitenwacht prikkelt in het geheel niet: wij voelen ons hooguit iets meer gedreven door een bepaalde toename van concurrentie, zeker niet door grotere commerciële kansen”

Het resultaat van bovenstaande constatering is dat geen van de spelers voldoende beweegt en dat daardoor de formeel gestarte liberalisering nog beperkt praktisch effect sorteert. Het is daarom niet erg opzienbarend dat de ziekenhuissector zich tevreden voelt met de veranderingen die ze hebben ingezet, ondanks de vele tekortkomingen hierin. In de huidige strategische context waar de marktwerking nog beperkt voelbaar is, doen de ziekenhuizen het nodige in het juiste tempo.

5. Klaar voor de Toekomst?

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag: *“Wat gebeurt er als de overheid beslist dat liberalisering een goed effect sorteert en daarom besluit om de marktwerking in principe op de hele ziekenhuiszorg van toepassing te verklaren?”* Om goed te zien waar dan de zwakke plekken zitten in de organisatie en top van de ziekenhuizen, wordt in dit hoofdstuk uitgegaan van de meest extreme optie: volledige liberalisering. Daarmee leggen we de lat voor management en organisatie een stuk hoger dan nu het geval is (zie met name hoofdstuk 4).

5.1 Het mogelijk eindperspectief: Volledige Liberalisering

Volledige liberalisering betekent het commercialiseren van de ziekenhuissector, waar marktwerking op alle onderdelen en handelingen binnen de ziekenhuiszorg van toepassing is. Dit hoeft niet te betekenen dat de overheid geen financiering of subsidiering meer verleent op ziekenhuiszorg. Maar de wijze waarop dit gebeurt, zou dan niet langer inputsubsidiëring of sterk beschermende regelgeving zijn, maar veelal patiëntvolgende of -gebonden subsidiëring. Daarbij wordt de rol van de zorgverzekeraars als zaakwaarnemer namens patiënten en verzekerden eveneens verder geliberaliseerd.

Kenmerken van een volledig geliberaliseerde ziekenhuis markt:

- In principe van toepassing op alle zorgbehandelingen.
- Uitzonderingen of bijzondere regels voor niet-verzekerbare zorg.
- Vrijheid om winst te maken en uit te keren.
- Discipline van de markt: goed werkende ziekenhuizen worden door de markt beloond, niet-rendabele ziekenhuizen gaan failliet.
- Politiek is zeer terughoudend met ingrijpen in de marktwerking.
- De patiënt staat centraal in de strategie van het ziekenhuis, omdat zijn of haar directe of indirecte keuze voor het ziekenhuis een bron van inkomsten met zich meebrengt.
- De consument kan door te kiezen voor verzekeringspakketten, een bepaald ziekenhuis uitzoeken op basis van *service level, nabijheid, prijs, kwaliteit en imago*. Dit zijn variabelen die de ziekenhuizen voor een groot deel kunnen beïnvloeden.
- Reclame over nieuwe concurrentievariabelen zal toenemen.
- De overheid verdwijnt als directe financieringsbron van de ziekenhuizen.
- Verzekeraars hebben met pakketkeuzes veel invloed op de economische structuur.
- Ziekenhuizen zijn volledig eigenaar en beheerder van het vastgoed.
- Banken worden strenger in hun financieringsvoorwaarden, ook naar *governance* en management.
- Er komt grote druk op het opbouwen van buffers in de balanspositie.
- De Nederlandse markt gaat verder open voor Europese aanbieders van ziekenhuiszorg.
- Ziekenhuizen krijgen te maken met invloed van externe aandeelhouders.
- Raden van Bestuur en tot op zekere hoogte Raden van Toezicht worden juridisch aansprakelijk voor mismanagement en risico's.

5.2 Noodzakelijke maatregelen van ziekenhuizen

1. De relatie ziekenhuis - medisch specialisten dient opgehelderd te zijn

De contractrelatie met de medisch specialisten moet veranderen. Het is niet goed mogelijk om op slagkrachtige wijze te opereren zolang deze werkrelatie blijft gekenmerkt door een deels wettelijk ingegeven starheid in het aantrekken, afstoten en belonen van medische specialisten. De ziekenhuizen dienen formeel en feitelijk verantwoordelijk en aansprakelijk te kunnen zijn voor de kwaliteit en inrichting van de geleverde zorg. Ook zijn zij toenemend verantwoordelijk voor de prijssetting in onderhandelingen.

Eenvoudige instrumenten als keuzen tussen loondienst en freelance- of ondernemersconstructies en de tussentijdse bijsturing daarin, ook in de omvang van het contract, ontbreken nu of zijn aan allerlei beperkingen gebonden. Ook de honorering, bijvoorbeeld op basis van bijzondere prestaties of bijzondere reputatie, is niet in handen van Raden van Bestuur, maar van commissies uit de medische staf zelf. Uit het onderzoek blijkt overigens dat de Raden van Bestuur hier nu geen probleem mee lijken te hebben (men is er zelfs sterk aan gewend), het heeft hoogstens invloed op hun stijl van opereren, namelijk meer diplomatiek en faciliterend.

Tijdens de conferentie werd de volgende uitspraak van een dokter aan zijn directeur aangehaald als typerend voor hun relatie: *"Wij hebben hier 280 bazen en jij bent er één van!"*

"dit werkt niet", roept in Utrecht NU'91, de beroepsorganisatie van de verpleging (...) "Regelmatig lopen we tegen ruzies aan. Ruzies in maatschappen zelf, tussen maatschappen onderling en natuurlijk ook tussen maatschappen en ziekenhuisdirecties. Het is ongehoord hoe vaak de laatste buigt voor de eerste. (Eindhovens Dagblad, 22 februari 2005)

Tegelijk blijkt bovenstaande bij vrijwel alle ondernemersinitiatieven een grote en verwarrende rol te spelen en zijn alle betrokken ziekenhuizen nu het 'wiel' van de juiste ondernemersconstructie aan het uitvinden. Hierin hebben de medisch specialisten de mogelijkheid om 'onmogelijke' eisen te stellen bij kostentoerekening en honorarium, zonder dat de bestuurders kunnen 'doorpakken'. Wanneer de wetgever op dit onderdeel zou dereguleren en meer zou kiezen voor de eigen vrijheid van de ziekenhuizen, zou dit de slagkracht van het ondernemende ziekenhuis en vooral ook de samenhang in zorg en kostenstructuur ten goede komen. Uit het onderzoek blijkt dat hieraan in de praktijk ook steeds meer behoefte komt, ook vanuit de medische staf zelf. Dit heeft verschillende redenen. Enerzijds zien medisch specialisten in toenemende mate dat het runnen van een ziekenhuis operationeel en strategisch steeds ingewikkelder wordt. Zij hebben steeds minder zin om zich daarmee direct te bemoeien. Anderzijds is op veel plaatsen het middenmanagement versterkt, waardoor ook in operationele zin betere aanspreekpunten en samenwerkingsrelaties tussen medisch specialisten en management ontstaan. Ten slotte leidt ook de instroom van een nieuwe generatie medisch specialisten tot een heel ander profiel. Slechts een beperkt deel van deze jongere generatie kiest welbewust voor het ondernemerschap; het grootste deel is om allerlei redenen liever werknemer.

Samenvattend zullen deze problemen aangepakt moeten worden alvorens potentiële nieuwe kapitaalkrachtige toetreders (zoals buitenlandse ziekenhuisketens of

investeerders) daadwerkelijk bereid zullen zijn de Nederlandse markt op te komen. Geen investeerder zal zijn geld steken in (nieuwe) ziekenhuisorganisaties waar hij in formele zin geen volledige zeggenschap heeft over alle professionals in termen van contractering, beloning, winstverdeling en strategie.

2. Opvolgingsproblemen in de top

In combinatie met de huidige vergrijzing van de top en dus de uitstroom de komende 5 jaar, leiden nieuwe eisen en profielkenmerken tot een groot opvolgingsprobleem in de eigen sector. Het onderzoek bevestigt de indruk dat er nu onvoldoende potentie in de sector zelf zit om dit op te vangen. Tegelijkertijd kiest men juist voor het model van 'Level 5 leadership', omdat men inziet dat branchekennis en langdurige ervaring in de sector nog steeds van groot belang zijn.

3. Veranderende competenties van bestuursleden

De Raad van Bestuur van een ziekenhuis heeft in de toekomst een andere rol dan nu. In een volledig geliberaliseerde context zullen ziekenhuizen gekenmerkt worden door een gevarieerde juridische samenstelling van het ziekenhuis waarbij holdingstructuren de norm worden met een variatie van stichtingen en BV's vanwege risicobeheersing, winstuitkering en belastingtechnische overwegingen. Uit ons internationaal onderzoek blijkt dat wat nodig is in deze context CEO's zijn die gewend zijn om op holdingniveau te opereren. De nadruk in hun profiel ligt op kennis van strategisch opereren in een commerciële setting, een sterk ontwikkeld gevoel voor ondernemerschap en een even sterk gevoel voor het beheersen van financiële en juridische risico's. Dit is echter een fundamenteel verschillend competentieprofiel dan het Level 5 leadership dat de huidige generatie bestuurders voorstaat.

4. Het toenemende belang van verantwoording en transparantie

Een belangrijk aandachtspunt voor de Raden van Toezicht is het vormgeven aan externe, meer horizontale verantwoording. Dit is nodig in een tijd dat de overheid terugtreedt als belangrijkste bepalende factor en nog slechts gedeeltelijk als toezichthouder functioneert. Ook betekent dit het verder vervolmaken van de mentaliteitsomslag in de Raden van Bestuur en Toezicht en ook een verandering in samenstelling om zo nieuw bloed in te brengen. In dit geheel zal de positionering van de Raden van Toezicht ten opzichte van de *stakeholders* en eigen externe verantwoording een belangrijk element worden. Dit speelt nu al bij maatschappelijk relevante keuzen als beloning in de top, functieverdeling over lokaties en conflicten tussen directie en medische staf, zoals bijvoorbeeld over nieuwe ondernemingsinitiatieven.

5. Een scherper intern toezicht

De externe spanningen en de interne onzekerheid moeten zich vertalen in een scherper toezicht. Niet vanuit wantrouwen, maar vanuit een terechte zorg dat continuïteit niet meer vanzelfsprekend geborgd is. De banken worden kritischer en de medisch specialisten willen meer duidelijkheid of kunnen zelf concurrent worden. De toekomstige inkomstenstroom wordt onzekerder. De patiënt krijgt steeds betere informatie en kan samen met de verwijzer meer keuzen maken. Deze grotere strategische druk moet zich intern vertalen in een duidelijker en scherper toezicht.

6. Een helder oog voor de bijzondere topstructuur van een professionele organisatie

In het verleden had de Raad van Toezicht klassiek altijd een belangrijke rol in conflicten tussen Raden van Bestuur en medische staf of medisch specialisten. Deze rol lijkt wat minder belangrijk te worden. Dit komt door een combinatie van een sterker middenmanagement dat operationeel beter zaken kan doen met medisch specialisten enerzijds, maar ook een andere meer gedifferentieerde positie van medisch specialisten anderzijds. De medisch specialist raakt daarmee wat uit het gezichtsveld van de Raad van

Toezicht, die daar maar al te blij mee is. Maar conflicten kunnen zich nog steeds voordoen en er vinden decentraal wel toenemend onderhandelingen plaats over belangrijke ondernemende constructies met medisch specialisten. Daarop zouden Raden van Toezicht veel alerter moeten zijn, door veel meer zelf het voortouw te nemen en kaders te ontwikkelen. Het raakt namelijk aan het risicoprofiel, de zeggenschap, de reputatie en uiteindelijk het voortbestaan van het ziekenhuis. Vaak is de Raad van Bestuur daar te veel zelf partij in of wordt dat zo beleefd door de medisch specialisten. Die alertheid en een eigen visie op dit vraagstuk ontbreken nu nog te veel.

Veel van deze elementen die dienen te worden aangepakt bij zeer vergaande liberalisering lijken op de zwakke plekken die nu al boven komen bij de minder vergaande liberalisering van dit moment. Er is echter een groot verschil. Veel van deze verdergaande maatregelen zijn niet door ziekenhuizen allen op te lossen. Daarvoor is uitdrukkelijk de medewerking van de wetgever nodig.

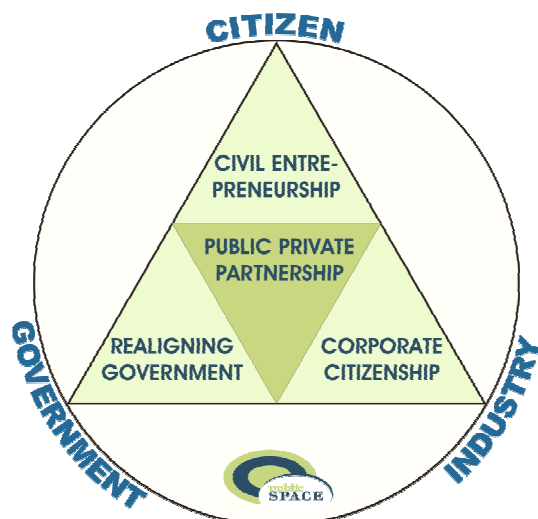
De belangrijkste zaken die ziekenhuizen en overheid gezamenlijk ingrijpend anders dienen te regelen wil er sprake kunnen zijn van volledige liberalisering (indien dit een gewenst eindperspectief is), zijn:

- Het overdragen van het eigendom van gebouwen;
- Het vrijlaten en zelfs ten dele stimuleren van eigen vermogensvorming door de ziekenhuizen;
- Het toelaten van winstuitkering aan derden en het toelaten van zodanige juridische constructies (bijvoorbeeld BV's) dat extern eigendom mogelijk is;
- Het werkelijk vrijgeven van de gehele ziekenhuismarkt (met een beperkt aantal uitzonderingen);
- Het dereguleren van de bijzondere positie van de medisch specialisten, zodanig dat ziekenhuizen dit geheel vrij als werkgever en contractpartner kunnen inrichten;
- Het verplichtend regelen van de positie van Raden van Toezicht ten opzichte van externe *stakeholders*, met name binnen *nonprofit* constructies.

Tenslotte roept dit geheel natuurlijk nog een belangrijke extra kwestie op: het is van groot belang dat er duidelijkheid komt over het eindperspectief waar naartoe gewerkt wordt. Nu zijn er belangrijke maar beperkte eerste stappen gezet op de weg naar liberalisering, maar wat zal de volgende stap zijn en hoe ver zal het uiteindelijk gaan? Dit voegt nog een extra eis toe aan het geheel van gevraagde competenties in de top van de Nederlandse ziekenhuizen: kunnen omgaan met beleidsonzekerheid en diversiteit van eindperspectieven. Aangezien dit niet nieuw is en het onderzoek aantoont dat men adequaat de stappen nu zet die nodig zijn, kunnen we ervan uitgaan dat daarin voldoende voorzien is in de huidige top van de ziekenhuizen.

About The Public SPACE Foundation

Public SPACE is the international knowledge and learning centre for Strategies for Public And Civil Entrepreneurs. As an independent ThinkTank we focus on the complex and innovative strategic interaction between government, civil organizations and industry for public purposes. As a non-profit organization it provides realistic, tailored strategic solutions to all sectors contributing to the public domain. The results of our work are communicated to public and private decision-makers and to the general public by books, articles, debates, lectures and an interactive website. Public SPACE was founded in 2000 and has built a reputation in developing leading edge strategies between public and private interests and organizations.



Our Mission: 'winning strategies for the common good'

Our mission is to research and design innovative and sustainable strategies for the production of public services and collective goods. We investigate objectively the modern dynamics of international public and private domains. Characterized by an open minded inquiry and a holistic, interdisciplinary approach we develop new and challenging public-private strategies and partnerships.

Our Vision

Globalization of market economy and politics, higher levels of education, societal flexibility, increasing mobility and developments in information and communication technology are changing the balance of powers between state, private enterprises and citizens/consumers in the public domain. All three parties are faced with the new challenge to reshape the public domain, public values and public services in close alliance with each other. Public SPACE hopes to offers a shortening of the learning curve of all these parties involved, avoiding as much as possible the usual pitfalls and dangers for the public service.

Aims and Goals

Our goals are accomplished by investigation, vision & insight and creative design of new solutions. By in-depth global investigations, focused on the intersection of private and public parties we develop new strategic building blocks. In our research we dispose of an in-house knowledge base of innovative strategies and unique analyzing tools to help organizations and decision-makers better understand the complex interactions and interdependence of public and private parties. As a ThinkTank Public SPACE aims to identify major societal problems and issues and helps to develop new skills and knowledge to readdress imbalances in the interaction between government, civil organizations and industry.

Ways and Means

We put our expertise to work by organizing open and private debates, giving lectures and conferences and deliver speeches on management, organization, strategy and many other expert topics of Public SPACE. We also provide speakers for seminars or symposia. Our ThinkTank disseminates its independent analyses, opinion and ideas in newspapers, articles, books and commentaries. We frequently use interactive research methods like opinion polls, surveys or discussion rooms on our website. Public SPACE studies worldwide best practices for new opportunities and resources, drawing upon its international network of academics, executives and opinion leaders.



Key Research Areas

The Foundation focuses on major developments towards new alliances and cooperations in all the sectors of public actions between governments, nonprofit organizations and industry. We identify these as realigning government, civil entrepreneurship, corporate citizenship and public-private partnership. Public SPACE operates in a number of sectors varying from healthcare to transportation, safety & security to public media and education to municipal policy.

Founder and President

Steven de Waal is the founder of the Foundation. He also is senior associated partner of Boer & Croon Strategy and Management Group. Mr. de Waal chaired Boer & Croon Strategy and Management Group in the period 1997-2000. He published several books on the issues that are the focus of Public SPACE.

The ThinkTank

The ThinkTank of Public SPACE consists of prominent executives, academics, opinion leaders and decision makers. They have distinct backgrounds, varying from governmental, industrial or civil organizations to corporate finance. The Board is chaired by Ed van Thijn, member of the Senate of the Dutch Parliament (Eerste Kamer) and former mayor of Amsterdam and Minister for Internal Affairs.