

AANBEVELINGEN AAN DE FORMATEUR:
NOODZAKELIJKE POLITIEKE KEUZEN VOOR DE CURATIEVE ZORG
IN NEDERLAND

Gepubliceerd in: Zorgmanagement Magazine, mei 2002

Recent hebben de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen en Boer&Croon Corporate Strategy gezamenlijk onderzoek gedaan naar en een visie geformuleerd op de toekomst van de curatieve zorg tot 2010. De nota waarin deze toekomstverkenning vervat is, 'Het Ziekenhuis van de Toekomst', is in het najaar vastgesteld door de ledenvergadering van de NVZ en eind januari op het jubileumcongres aangeboden aan Minister Borst. De NVZ heeft daarmee zeker voldaan aan hetgeen verwacht mag worden van een branchevereniging in tijden van politieke herordening, zoals bij en na de komende landelijke verkiezingen van 15 mei aanstaande. De directe impact van zo'n visie op het huidig of toekomstig kabinetsbeleid is echter gering. De beleefdheidsregels in Nederland zijn niet zodanig dat de minister een zwaarwegende reactie teruggeeft op zo'n brancherapport danwel ambtenaren een fundamentele serieuze reactienota laat schrijven of kamerleden in schriftelijke vragen gedetailleerd uitlokken dat dergelijke visies neerdalen in overheidsbeleid: 'Wat vindt de minister van de gedachte van de NVZ dat het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB) alleen in een raamwet zou moeten vastliggen? En van de mening van de NVZ dat het GMSB nu vooral vanwege de implicaties voor arbeidsvoorwaarden en machtsverhoudingen in instellingen veel te veel onderdeel is van nationaal polderoverleg, hetgeen zal leiden tot gedetailleerde en knellende voorschriften en standaarden?' Of: 'Wat vindt de minister van het aantrekkelijke aanbod van de NVZ, als de formele vertegenwoordiging van alle ziekenhuizen in Nederland, om alle bouw- en ICT infrastructuur beslissingen voortaan tot de verantwoordelijkheid van de instellingen zelf te maken en de kosten genormeerd in de tarieven te verwerken?' Voor de overheid bestaat alleen wat in de boezem van diezelfde overheid bedacht, beadviseerd en onderzocht is. Agendasetting en agendamangement zijn bij uitstek politieke machtsmiddelen en van buiten komend onheil in de vorm van eigen visies die dan ook nog niet gepland binnenzeilen in het systeem, moet natuurlijk zoveel mogelijk afgeweerd worden. Het is veeleer zo dat het ontbreken van zo'n richtinggevend visie tegen je werkt. 'Waar blijft de eigen visie van de sector? Tevens biedt het de mogelijkheid de eigen inspanningen en inbreng van de eigen achterban beter te sturen en op een lijn te houden. Het is daarom goed te beseffen dat de NVZ door moet gaan zijn visie uit te dragen, aan de man te brengen, voor te leggen aan de politiek en media, waaronder hierbij de gewaardeerde mogelijkheid opgenomen te worden in het formateursdossier van ZM.

We gaan ervan uit dat een opsomming van genoemde toekomstvisie en de vele onderbouwingen ervan voor dit artikel niet nodig is. De genoemde toekomstvisie is te verkrijgen bij de NVZ. Er is op CD ROM een game ontwikkeld waarmee beslissers en managementteams met de strategische keuzen uit de nota aan de slag kunnen en inmiddels ook zijn. De lezingen die de auteur van de nota, drs SPM de Waal, een van de ondergetekenden van dit artikel, in het land houdt, zijn te bezien op en te downloaden van www.public-space.com, evenals een engelstalige samenvatting van de nota. Hier zouden we ons willen concentreren op enerzijds de grote beleidsdilemma's die op de curatieve sector en de kabinetsformateur afkomen en anderzijds de juiste uitweg uit die dilemma's. Dat betekent dat we nu niet zullen stilstaan bij wat de kern is en het grootste deel uitmaakt van diezelfde

toekomstverkenning, namelijk het strategisch antwoord van de curatieve zorg zelf op de echte strategische trends. Want uiteraard staan de curatieve zorginstellingen zelf als maatschappelijke ondernemingen in de frontlinie van de toekomst en zal daar het strategisch management moeten plaatsvinden. De tijd dat de sector enigszins machteloos toezag hoe het fout ging en vanaf het front amechtige noodsignalen afgaf aan ‘de politiek’ in de hoop dat het ‘hoofdkantoor’ te Den Haag met de juiste maatregelen en missives zou terugkomen, ligt zelfs als theorie al ruimschoots achter ons, al vallen beide delen van het systeem nog wel eens terug in oude reflexen. Nogmaals: we concentreren ons hier op het landelijk politiek debat, maar dat wil geenszins zeggen dat de strategische ontwikkeling in de curatieve zorginstellingen zelf wordt onderschat of stilstaat.

STRATEGISCHE DILEMMA’S IN HET LANDELIJK CURATIEF BELEID

Allereerst: Grotere vraagontwikkeling dan macro budgettaire ruimte

De vraag naar de huidige curatieve zorg die nu collectief verzekerd is, zal autonoom toenemen met een hoger percentage dan vrijwel alle partijen (met uitzondering van de SP) nu in hun programma’s opnemen en die de basis waren van de doorberekening door het Centraal Planbureau.

Belangrijke drijfveren achter deze autonome vraagontwikkeling zijn medische innovaties, de vergrijzing (de meeste curatieve consumptie vindt plaats in de laatste twee levensjaren), consumentisme als uiting van een Westerse cultuur die het beste wil, vergelijkt en eisen stelt, gevoegd bij een trend naar juridificering van relaties: men zal zijn eisen desnoods via advocaten en/of de rechter trachten af te dwingen.

Vervolgens: Onvoldoende politieke inzet op collectieve premieverhoging dan wel vermindering collectieve kosten

Het eerste dilemma wordt door de meeste politieke partijen ook ingezien en dus worden er ook beginnende antwoorden (niet altijd even duidelijk) gegeven.

Scenario Pim Fortuyn: inzetten op efficiencywinst, meer doen met dezelfde productiemiddelen, onder andere door snijden in bureaucratie en overhead en door prikkels voor productiviteit in te bouwen.

Scenario VVD en CDA en ook SER-advies: vraagbeheersing en kostenefficiency door invoeren van prijsprikkels en concurrentie, zowel bij verzekeraars als bij patiënten en dokters

Scenario VVD sec: minder collectief verzekeren: delen uit het collectieve stuk halen en dus overgeven aan aanvullend verzekeren en dergelijke. Tot nu toe is de VVD hierover niet erg concreet en lijkt in ieder geval de curatieve sector hier geheel buiten te blijven als zijnde toch te cruciaal in een mensenleven.

Scenario PvdA: inzetten op verhoging van collectieve premies volgens het draagvlakprincipe naar inkomen en ten dele op prestatiebesturing (‘boter bij de vis’).

De meeste van deze antwoorden zijn in zichzelf vaag en weinig uitgewerkt en je kan je dus afvragen hoe groot nu eigenlijk het politiek commitment echt is. Maar tevens kan je nu al zeggen dat deze antwoorden onvoldoende zullen helpen. In het eerste dilemma wordt immers een *autonome* vraagontwikkeling geschetst, redelijk onafhankelijk van allerlei definities en bureaucratische werkelijkheden in het beleidssysteem. Tevens zijn er voldoende signalen, en dit wordt wel breed politiek erkend, dat het huidige systeem inmiddels te zuinig is ingericht, zie onder andere

wachtlijsten, numerus fixus voor artsenopleidingen (vrij breed politiek nu losgelaten) en wervingsproblemen van personeel. Het verder aanhalen van de buikriem door vraagbelemmering, lees rantsoenering, wachtlijsten, selectie dure producten en dergelijke, zal de samenleving niet in dank afnemen, maar zal ook onvoldoende helpen om te compenseren voor geschetste vraagontwikkeling. Er is dus een enorme vraagdruk op het systeem en wel op het niveau en de voorzieningen die we tot nu toe als basis curatieve voorzieningen hebben omschreven! Deze vraagdruk zie je echter onvoldoende terug in een brede politieke wil tot premieverhoging, laat staan dat dit nu tijdig, dus voor de verkiezingen, wordt uitgelegd aan de burger! Er wordt politiek nog teveel ingezet, openlijk of onbewust, op vraagbeperking. Dit is evident in strijd met de inzet van het zittende kabinet om het verzekeringskarakter weer te herstellen en de zorgaanspraken van de burgers te ondermijnen door het toepassen van rigide budgettaire kaders.

Collectieve last of goed?

Kern daarachter is de kwestie dat gezondheidszorg noodzakelijkerwijs in hoge mate (maar in welke mate en waar?) een collectief gefinancierde voorziening moet zijn en tegelijk deze collectieve premies wel privaat moeten worden opgebracht, met name door werkgevers en (ex-)werknemers. Dus tegenover de sterk stijgende autonome vraag naar curatieve zorg staat de politieke wens niemand op te zadelen met steeds maar stijgende collectief vastgestelde premies. De politiek als Hansje Brinkers die met zijn duim in de dijk probeert een overstroming tegen te houden.

Arbeid en Europa als kostenverhogende factoren

Er zijn nog twee factoren die het water van de zorgvraagontwikkeling tot over de huidige budgettaire dijk dreigen te spoelen: de kosten van de factor arbeid in de sector zullen moeten groeien (overigens niet ongedifferentieerd en meer gekoppeld dan nu aan productiviteit en kwaliteit) om de concurrentie op de arbeidsmarkt aan te blijven gaan en een deel van de vraag zal zijn weg zoeken in Europa (maar wel streven naar vergoeding via de eigen ziektekostenpolis).

De eerste factor is interessant, omdat het een autonome ontwikkeling is die de kosten opdrijft en vermoedelijk onvoldoende gecompenseerd kan worden door productiviteitsverhoging, daarvoor is deze sector te arbeids- en serviceintensief. Ook hier geldt weer: dit is een te ongedifferentieerde opmerking, er zijn delen van de curatieve zorg waar zeker efficiency-, doorlooptijd- en produktiviteitsstijgingen te halen zijn, bijvoorbeeld door veel rigoreuzere ICT inzet.

De tweede factor is interessant, omdat het een openlijke uitweg biedt voor capaciteitsbelemmeringen in het Nederlandse bestel van curatieve zorg. Deze capaciteitsbelemmeringen leiden immers nu tot nationale rantsoenering en gevoegd bij het stelsel van vergoedingen in natura leiden ze ertoe dat de vraag ook niet *kan* worden gehonoreerd. Europa breekt deze nationale strategie van kostenbeheersing open. In feite bieden zowel Europa als de inmiddels via de reguliere ziekenhuizen toegelaten capaciteit van zelfstandige behandelcentra nu mogelijkheden voor concurrentie, aanbodvergroting en aanboddifferentiatie, die daarvoor in het nationaal regelsysteem ondenkbaar was! We zien vaker dat stagnaties in ons polderbeleid door Europa worden opengebroken ten gunste van de klant. Het gevaar is overigens nu levensgroot dat de reguliere ziekenhuizen bekneld blijven in dit regelsysteem en de andere instellingen wel maximaal ondernemend op nieuwe vraagontwikkelingen mogen inspelen (overigens met daarbij horend ondernemersrisico, mag je hopen en niet met allerlei compensaties als het mis gaat). Tenminste zal een level playing field

nodig zijn om te voorkomen dat de bestaande ziekenhuizen in een nadelige concurrentiepositie moeten opereren en daardoor op onrechtvaardige wijze terrein verliezen aan nieuwe mededingers.

Wiens probleem is dit nu?

Tenslotte is er een reeks van dilemma's en spanningen rond de verdeling van rollen in het beleidssysteem. Simpel geformuleerd: wie moet er eigenlijk wakker liggen van al die dilemma's en, verder, is dat dan ook degene met de bevoegdheden er een koers in uit te zetten? Is dat de dokter? De directeur? De verpleegkundige? De patiënt? De verzekeraar? De Minister of het kamerlid? De curatieve gezondheidszorg leidt op dit vlak aan veel organisatieziekten tegelijk, zoals 'many chiefs, no indians', 'wel overleg, geen productie', 'veel beleid, weinig zorg', maar ook zijn er grote problemen in imago, werkdruk of juist gedwongen productiviteitsverlies, cultuurkloven tussen hulpverlening en economie oftewel tussen verzekeraars en zorginstellingen. Kern van het probleem is dat collectieve systemen ook hebben geleid tot collectieve verantwoordelijkheden en zeer gespreide bevoegdheden. Een uitweg uit de vele beleidsdilemma's is alleen mogelijk als dit met visie en lef op krachtadige en vasthoudende wijze wordt doorbroken.

BELEIDSDOORBRAAK VOOR EEN NIEUW KABINET

Op bovenstaande beleidsdilemma's zijn diverse beleidsscenario's in te zetten. Ons eerste pleidooi zou zijn om het beleid van kleine stappen, werkendeweg en pragmatisch oppakken van zich voordoende problemen onder Paars I en II toch te vervangen door meer een koers op hoofdlijnen. Deze vorm van pragmatiek leidt namelijk ook tot opportunisten en tot volstrekt onduidelijk en wispelturig gedrag van eenieder, zeker de politici (in het pakket, uit het pakket, schaalvergroting van ziekenhuizen en behoud kleine ziekenhuizen, tegen priveklinieken en priveklinieken bijcontracteren, macro zorg-budgetbeheersing en vervolgens budgetgroei uit potjes sociale zekerheid enzovoort enzovoort).

De volgende hoofdlijnen zijn aan de orde als we de beleidsdilemma's serieus nemen. We hebben in onze formulering aansluiting gezocht bij datgene dat politieke bestuurders het meest interesseert, getuige de huidige verkiezingsspeeches: de burger en zijn/haar wettelijk recht op goede en tijdige zorg verzekeren.

Hoofdlijn A: Waarop heeft een Nederlands burger recht?

Inzetten op een helder onderscheid in concreet omschreven collectieve voorzieningen en rechten en een privaat bestel. De publieke betrokkenheid richt zich dan alleen op het collectieve stuk, die overeenkomt met basisaanspraken op zorg voor eenieder. De concrete omschrijving is zoveel mogelijk in outputtermen (daarop richt zich ook het traject van Diagnose Behandel Combinaties), los van bestaande ziekenhuisconstructies, in kwantitatieve termen (om de hoeveel kilometer welke medische functie, hoeveel ambulanceminuten naar de dichtstbijzijnde acute post) en in patiëntentermen en -rechten (wachtijden, citizen charter per instelling, kwaliteit volgens keurmerk, welke procedures rondom medische beslissingen). Inherent aan een collectief systeem waarin rechten goed zijn vastgelegd, is dat de daaruit voortvloeiende kostenontwikkeling een open eind karakter krijgt. Dit impliceert een opheffing van het BKZ, maar ook van een genormeerde ruimte in het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden (OVA) Dit neemt niet weg dat de overheid op diverse

manieren de kostenontwikkeling in de hand kan houden. Naast het aanpassen van de polisvoorwaarden (pakketverkleining, invoering eigen bijdrage) kunnen ook andere instrumenten toestaan zoals benchmarking, bevorderen van concurrentie, patiëntensturing en preventie.

Hoofdlijn B: Wie levert de burger zijn/haar recht?

Hier spelen de volgende vragen een rol:

- *Wie is aansprakelijk voor medische kwaliteit?*
Antwoord: nu al in wetgeving het ziekenhuis, dit is echter nog onvoldoende belegd met bevoegdheden tot toelating, beoordeling en contractering van medische specialisten en ander personeel. Met andere woorden: er zit nog een onopgeloste spanning tussen de formele verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de feitelijke bevoegdheden.
- *Mogen instellingen zowel collectieve voorzieningen leveren als private?*
Dit is het dilemma van de bijverdienende overheidsinstelling, de mogelijke concurrentievervalsing door staatsmonopolies en ook het gevaar van oneigenlijke sturing van patiënten, zoals bijvoorbeeld in de UK gebruikelijk. Wij denken dat het kwaliteitsniveau van zorg zal worden ondermijnd als we het onderscheid in collectieve en private verzekering ook doortrekken tot op de zorgaanbodorganisaties en daar een scherpe scheiding maken tussen staatsinstellingen en commerciële bedrijven. Kwaliteit van zorg en management evenals een wervende positie op de arbeidsmarkt zijn gebaat bij ondernemerschap in alle private instellingen. Anderzijds is het denkbaar en toelaatbaar dat een van de instellingen alleen kiest voor het collectieve deel of uitsluitend privaat verzekerde zorg wil bieden. Voor de gehele curatieve zorg zullen toelatingseisen op medische kwaliteitsgronden moeten worden geformuleerd, die bewaakt worden door de overheidsinspectie. Dus niet langer alleen de beroepsbeoefenaar een licentie geven, maar ook de organisatie, hoe groot of klein ook, waar hij/zij werkt.
- *Wie is verantwoordelijk voor voldoende capaciteit in het systeem om rechten ook werkelijk te kunnen honoreren?*
De minimumcapaciteit die noodzakelijk is, wordt concreet in outputtermen omschreven in de rechten van het collectief pakket verzekeren. Dit zal betekenen dat de huidige ziekenhuisvoorzieningen in dunner bevolkte gebieden gehandhaafd en wellicht zelfs iets uitgebreid moeten worden. In meer verstedelijkte gebieden waar binnen zoveel kilometer er voor patiënten allerlei keuzemogelijkheden zijn, kan voor de basisfuncties, zoals acute zorg en sommige basisspecialismen, gewerkt worden met een concessiesysteem. De betrokken ziekenhuizen werven voor zo'n basisconcessie en om de 5 à 7 jaar vindt hertendering plaats. Voor beide systemen geldt dat ziekenhuizen op private basis dan verantwoordelijk zijn voor het handhaven en leveren van de wettelijk vastgelegde rechten van burgers. Er dient een apart objectief systeem te komen van kwaliteitscontrole enerzijds (geen gesjoemel met de kwaliteit om binnen kostenkaders of tarieven te blijven) en van rechtszekerheid en leverbetrouwbaarheid anderzijds. Dit laatste betekent dat een ziekenhuis die de basisrechten niet langer volgens wettelijke eisen kan leveren een aansprakelijkheidseis krijgt om dit tijdig te melden. Vervolgens treedt er een systeem in werking treedt van beoordeling en wellicht vormen van curatele om dit te beoordelen, kostenmaatregelen binnen het ziekenhuis voor te stellen tot en met bijsturing van de patiëntenpopulatie respectievelijk verandering van

de concessie mogelijk te maken. Er is nu slechts een systeem voor als het feitelijk al te laat is, namelijk de commissie sanering ziekenhuizen respectievelijk de ongevallenboeg van het CTG. Het gaat in dit voorstel om de opbouw van een systeem van 'early warning' voor het geval er gaten vallen in de collectieve voorzieningen. Als dit systeem eenmaal is geïnstalleerd, menen we dat alle huidige vormen van capaciteitsplanning door de overheid, namelijk via bouwplanning, capaciteitsplanning van opleidingen en regiovisies met productieafspraken kunnen vervallen. We gaven al aan dat Europa en ZBC's hierin al een lek hebben geschoten, maar ook is duidelijk dat er heel veel bureaucratie, vraagbelemmering en oneigenlijke motieven van alle betrokkenen rond dit systeem hangen. Nationale planning vooraf wordt vervangen door heldere nationale normen op outputbasis en harde private verantwoordelijkheid om hieraan te voldoen. Dit leidt dan uiteraard ook tot eigen verantwoordelijkheden van deze ziekenhuizen voor capaciteitsplanning, zoals eigen bouwplanning en aangeven van gewenste capaciteit bij opleidingen. De opening dat iedere instelling zowel collectieve als privaat verzekerde zorg mag leveren, zal er ook toe leiden dat er een incentive is meer capaciteit te bouwen/op te leiden. Het grote probleem van dit moment is dat weinigen te kiezen hebben, noch patiënten, noch zorgverzekeraars, noch personeel, omdat er zo'n grote schaarste aan capaciteit is. De genoemde aansprakelijkheids- en meldingseis zal ook tot een revolutie aanleiding geven in de corporate governancepraktijk van de ziekenhuizen.

- *Haalt de patiënt zijn/haar recht rechtstreeks (binnen verzekeringsvoorwaarden) of heeft hij/zij behoefte aan een zaakwaarnemer (lees: de zorgverzekeraar)?*
Je zou kunnen zeggen dat de zorgverzekeraar op een ijsschots heeft plaatsgenomen die hij geleend heeft van de overheid, maar die zich nu richting zon begeeft en dus om hem heen smelt. Alleen als hij net zo leert zwemmen als de zorgaanbieders in de zee is er een kans op overleven. Het smelten wordt veroorzaakt door twee ontwikkelingen. De eerste is dat de patiënt toenemend mondig wordt en steeds minder en ook steeds minder behoefte zullen hebben aan een verzekeraar als zaakwaarnemer. De behoefte aan service, klantvriendelijkheid, helderheid van polissen zal wel toenemen, zeker als we de belemmeringen die zich nu in de verzekerdenmarkt bevinden, weghalen. De tweede ontwikkeling is hiervoor geschetst: na de enigszins mislukte en te zuinige planning in polderconsensus door de overheid is er echt geen behoefte aan allerlei nieuwe planning door zorgverzekeraars. Met andere woorden: de capaciteitsvraag wordt een verantwoordelijkheid van de instellingen zelf (afgedwongen via een verantwoordelijkheid voor levering volgens wettelijke normen), de zorgverzekeraar zal wel meer gaan sturen op *preferred providership*, connecties met bepaalde zorgverleners, innovaties die in de polis komen en onderbrengen van groepen patiënten volgens collectieve contracten. Maar dat is sturen met patiënten en verzekeringsconstructies binnen de flow van de bestaande capaciteit, en nogmaals, Europa en ZBC's bieden daarvoor ook ruimte.
- *Wie en hoe bewaken we de prijs van de geleverde zorg, met andere woorden hoe zorgen we dat prijzen niet de belangrijkste belemmering worden voor patiënten om hun rechten te halen? In de huidige capaciteitsschaarste is het moeilijk het systeem van collectieve tariefafspraken ineens los te laten.*
Tegelijk zie je tekenen dat het stelsel niet langer houdbaar is, vooral rond de

lobby van de professionele beroepsbeoefenaren, wier inkomen rechtstreeks afhangt van tarief en tariefopbouw. Tegelijk is het een zeer politiek systeem dat ook de afgelopen jaren misbruikt is om tarieven bewust laag te houden. Bij de huidige krapte en druk vanuit de samenleving wordt hiervoor nu een hoge prijs betaald. De volgorde van de maatregelen hier is evident en ook in gang gezet:

- a. capaciteitsverhoging (door opleiden van meer artsen en verpleegkundigen, en ruimte te bieden aan zbc's, nieuwe ziekenhuisinitiatieven werkgeversinitiatieven, Europa), productiviteitsverhoging (door deregulering en decentralisatie van verantwoordelijkheden) en voortgaan met herstel van verzekeringskarakter (impliciet loslaten BKZ als normatief budgettair macrokader)
- b. omschrijving outputtermen (DBC's) met kostprijsindicaties op basis van best practices. Terwille van de voortgang van dit traject van vrijmaken van het prijsbeleid, zou je kunnen afspreken belangrijke infrastructurele kosten hier nog even buiten te houden. Het is duidelijk dat dit dan alleen tijdelijk zo moet zijn, omdat het flexibel en marktgericht inspelen op noodzakelijke capaciteitsontwikkeling en ICT infrastructuur belemmert.
- c. voortgaan met het beleid tot versterking van de rol en positie van zorgverzekeraars om open te kunnen contracteren en daarop ook te kunnen concurreren op de verzekerdenmarkt, zoals afschaffen contracteerplicht, invoering eigen risico, maar ook bevoegdheid tot preferred providership, sturing patiënten op grond van polis en bevorderen gepaste zorg.
- d. 1 jaar proefdraaien als a, b en c gerealiseerd zijn
- e. loslaten van het gereguleerde tariefstelsel los overgaan naar systemen van benchmarking, periodieke doorlichting en innovatiemarkten om prijsbewuste initiatieven te stimuleren.

Hoofdpijn C: Waar haalt de burger zijn recht bij ontevredenheid?

In bovengeschetst systeem is dat eenvoudig.

Klachten over medische kwaliteit: het ziekenhuis (is dus ook de privékliniek of de buitenlandse kliniek) en bij persoonlijk falen van de dokter, het medisch tuchtcollege.

Klachten over bejegening en wachttijden in het ziekenhuis: het ziekenhuis (ook hier geldt: binnen de vastgelegde wettelijke voorwaarden en bij private verzekering: binnen de voorwaarden zoals overeengekomen met de zorgverzekeraar)

Klachten over verzekering en betaling en vergoeding: de zorgverzekeraar

Klachten over te hoge behandelkosten: in eerste instantie de zorgverzekeraar en mogelijk dat deze het verhaalt op het ziekenhuis

Klachten over verkeerde diagnoses, te lange wacht- en behandeltijden, kleinere medische en verpleegkundige fouten: het ziekenhuis, dat voor de behandeling hiervan ook goede procedures moet hebben.

We menen hiermee een heldere agenda voor de formateur geschetst te hebben. Er is veel wijsheid en stuurmanskunst vereist, die zich niet alleen op het papier van het regeerakkoord zal moeten bewijzen, maar vooral in de bestuurlijke praktijk. Laten we hopen dat zo'n minister zich aandient, die deze keer niet per se zelf dokter geweest hoeft te zijn.

R. van der Plank
Directeur NVZ Vereniging van Ziekenhuizen
S. de Waal

Executive partner Boer&Croon/Public SPACE