

Een inspirerende

visie op curatieve zorg

Het ziekenhuis van de toekomst

in 2010 en later...



NVZ vereniging van ziekenhuizen

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	7
Beschouwing vooraf	8
1. Toekomstvisie	11
2. Het open en verbonden ziekenhuis	13
3. Het modulaire ziekenhuis	17
4. Het ziekenhuis als professioneel bedrijf met een hoog risicoprofiel	23
5. Het maatschappelijk ondernemende ziekenhuis	31
6. De ziekenhuisbranche als deskundige en betrokken publieke partner	33
7. Fasegewijze veranderingsaanpak: verantwoorde liberalisering	41
8. Stappenplan	47
 Bijlage 1	 57
Bijlage 2	71

Voorwoord

De NVZ vereniging van ziekenhuizen bestaat 10 jaar. En hoe kunnen we dit lustrum beter vieren dan door de blik naar de toekomst te richten en deze te verkennen? Het resultaat ligt in uw handen: een inspirerende visie van de NVZ op de toekomst van het ziekenhuis en de curatieve zorg. Het vormt de basis voor strategische keuzes van ziekenhuizen om de patiëntenzorg in afstemming met hun omgeving vorm te geven. Het gaat hierbij om keuzes in vier richtingen: allianties met partners in de curatieve en de verzorgende sfeer, specialisaties of het gehele spectrum van de basiszorg, relaties met professionals en maatschappelijk ondernemerschap. Dit levert een gevarieerd landschap, waarin de patiënten voor de zorg kunnen kiezen waaraan zij behoefte hebben en die aansluit op hun wensen.

Het rapport 'Het ziekenhuis als werk- leerplaats, de kunst van binden en boeien' bevat reeds een eerste uitwerking van de verbetering van de relaties met de professionals die in het ziekenhuis werkzaam zijn. Deze resulteert in een actieplan dat de samenwerking tussen management en professionals moet versterken, zodat het leveren van zorg van een alle betrokkenen (weer) inspirerend is.

Eén ding staat vast: om de visie van de NVZ te realiseren moeten de ziekenhuizen de ruimte krijgen om uit te groeien tot maatschappelijke ondernemingen. De stelselherziening in de komende kabinetsperiode zal deze ruimte moeten scheppen.

Maatschappelijk ondernemen wil zeggen dat de ziekenhuizen accepteren dat een groot deel van de zorg binnen publieke randvoorwaarden als toegankelijkheid en kwaliteit wordt geleverd. Ze zijn bereid de uitvoerende verantwoordelijkheid voor de zorg op zich te nemen, inclusief een goede spreiding van basiszorg. De ziekenhuizen zijn ook bereid om daarover een heldere verantwoording af te leggen aan belanghebbende partijen als overheden, zorgverzekeraars, patiënten(organisaties) en samenleving.

De ziekenhuizen investeren met deze visie in de toekomst. Zij zullen de hand aan de ploeg slaan om het vertrouwen van belanghebbende partijen te winnen. Met enige trots wijs ik u op het Zorghandvest dat tegelijk met deze visie door de NVZ wordt gepubliceerd. Het Zorghandvest is een eerste proeve van spelregels waarop de ziekenhuizen als maatschappelijke ondernemingen aanspreekbaar en in de toekomst afrekenbaar willen zijn.

Rest me met deze visie het volste vertrouwen in de komende tien jaar uit te spreken. De NVZ gaat er voor!

prof. dr. W. Lemstra
Voorzitter

Inleiding

Het bestuur van de NVZ vereniging van ziekenhuizen heeft eind 2000 aan de Stuurgroep Curatieve Zorg 2010 de opdracht gegeven tot het uitvoeren van een uitgebreide toekomstverkenning. Deze had als doel het ontwikkelen van een inspirerende visie op de curatieve zorg en de positie van ziekenhuizen daarbinnen. Deze stuurgroep kreeg ondersteuning door een externe projectleider, drs. S.P.M. de Waal, partner van de Boer & Croon Strategy and Management Group.

Het onderhavige rapport, dat aanvaard is door de Algemene Ledenvergadering van de NVZ, is het resultaat van deze toekomstverkenning.

De toekomstverkenning heeft zich langs een aantal lijnen voltrokken: in het begin een uitgebreide ronde interviews met voornamelijk Nederlandse experts uit alle sectoren in en direct rondom de ziekenhuiswereld. Tevens heeft de stuurgroep in al zijn vergaderingen ook ruimte gemaakt voor inbreng van verfrissende buitenstaanders¹, bijvoorbeeld over merkenbeleid en commercieel ondernemerschap. In de meer onderzoeksmatige periode heeft literatuurstudie plaatsgevonden van nationale nota's en beleidsstukken. Alle beschikbare onderbouwde toekomstverkenningen mede op basis van wetenschappelijke studies en andere bronnen inzake ontwikkelingen in ziekte, gezondheid, preventie, klinische interventies en ziekenhuismanagement zijn verzameld en samengevat.

Vervolgens heeft dit najaar een verkenning plaatsgevonden aan de hand van de hoofdlijnen van de toekomstvisie met de beslissers in het krachtenveld rondom de ziekenhuizen (waaronder zorgverzekeraars, politiek, consumenten, departementen, medisch specialisten en huisartsen, werkgevers en werknemersorganisaties). Hetzelfde document lag ten grondslag aan een peiling in de regio's met de leden van de NVZ en met een klankbordgroep samengesteld uit geïnteresseerde en relevant gespreide medisch specialisten.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Het start met een beschouwing vooraf, waarin een pleidooi wordt gehouden voor meer flexibilisering en liberalisering in de zorg. Het begrip maatschappelijk ondernemen wordt geïntroduceerd en een aantal maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zijn voor de zorg worden geschetst.

Vervolgens wordt in het hoofdstuk 1 de vier hoofdrichtingen van de toekomstvisie ontvouwen: het open en gebonden ziekenhuis, het modulaire ziekenhuis, het professioneel bedrijf met een hoog risico-profiel en het maatschappelijk ondernemende ziekenhuis. Deze worden vervolgens apart in hoofdstuk 2 tot en met 5 verder uitgewerkt.

In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden die het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenhuizen met zich meebrengt. Een lans gebroken voor een 'contract met de samenleving'. Het Zorghandvest dat de NVZ recent heeft ontwikkeld, is daartoe de eerste aanzet.

In hoofdstuk 7 wordt een stappenplan geschetst waarlangs de vereiste ruimte voor het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenhuizen kan worden gecreëerd. Daarbij komt ook een andere relatie met de overheid aan de orde.

¹ Voor een overzicht van de samenstelling van de stuurgroep en betrokken buitenstaanders: zie bijlage 2.

Beschouwing vooraf

Dit rapport zal, net als vele andere beschouwingen over de gezondheidszorg, uiteindelijk uitmonden in een pleidooi voor meer flexibilisering en liberalisering met het oog op een ruimere keuze voor de patiënt. Juist daarom is het goed enige meer filosofische uitgangspunten over zorg en maatschappelijke verantwoordelijkheid uiteen te zetten.

Zorg is vooral een vorm van interactie tussen zorgverlener en patiënt. Daarin komen verschillende menselijke waarden aan bod. Zorg en verantwoordelijkheid voor naasten, en visies op leven en dood, lichaam en geest, ziekte en gezondheid. Dat laat onverlet dat de gezondheidszorg in onze samenleving is ingebed in een macro-economisch, publiek gecontroleerd, verzekeringsstelsel van rechten en plichten. Het kunnen omgaan met deze paradoxale situatie van een zorgzame microbasis en een sterk economisch en politiek makro-kader is cruciaal voor welk gezondheidszorgbestel dan ook en dat legt een moeilijk te definiëren verantwoordelijkheid op aan zorgaanbieders, zowel beroepsbeoefenaren als managers.

Een van de belangrijkste trends waarop ingespeeld moet worden, betreft de wijze waarop medische keuzen in de toekomst gemaakt moeten worden. Keuzevrijheid, hoezeer ook van belang, heeft in gezondheidszorg toch altijd een cynische bijklank: ziekten worden niet gekozen, maar overkomen je. Keuzevrijheid met betrekking tot de behandeling daarentegen is wel mogelijk. Die vrijheid heeft echter een normatief aspect, wanneer het gaat om het aangaan of beëindigen van een behandeling, een beslissing die tussen arts en patiënt gemaakt moet worden. Ook deze beslissing echter, vindt plaats in een economische en maatschappelijke context. Wie hanteert in die context de maatlat, variërend van de trechter van Dunning tot de keuring inzake de passende zorgpolis? Het is niet fair ten opzichte van zorgverleners en patiënten net te doen of deze context geen rol speelt en de medisch-curatieve organisaties kunnen en zullen hierin, mede ter bescherming van de beroepsbeoefenaren, steeds sterker een eigen beleid gaan voeren.

Het concept 'maatschappelijk ondernemen' stelt intrinsieke eisen aan de spelers op de markt van gezondheidszorg, die een verantwoordelijkheid op zich hebben genomen voor zorgbehoevenden. Deze verantwoordelijkheid is soms moeilijk waar te maken door private organisaties met publiek gecontroleerde en gefinancierde taken. Met name wanneer zorgaanbieders in een competitief of concurrerend systeem terechtkomen - waarvoor wij pleiten - is het in elk gezondheidszorgbestel vanwege de kwetsbaarheid van de patiënt en de gevoeligheid van 'het product' van belang hen te leggen tegen de meetlat van verantwoord ondernemerschap.

Het pleidooi voor meer eigen verantwoordelijkheid van maatschappelijke ondernemingen zal ook in de veranderingsaanpak zichtbaar worden. Wat bepleit wordt in het eindmodel, moet zo snel mogelijk zichtbaar worden in de veranderingsaanpak. Dat impliceert dat in de veranderingsaanpak zeker niet alleen naar de overheid gekeken zal worden, maar ook naar ziekenhuizen, hun management en hun brancheorganisatie.

Ten grondslag aan deze visieontwikkeling liggen enige paradoxen die alles te maken hebben met het fundamentele veranderingsproces waar we voor staan.

De eerste paradox betreft het inspelen op de ook door ons onderkende dominante ontwikkeling van het consumentisme en de wensen tot uitoefening van zeggenschap en zelfs private koopkracht door burgers en bedrijven op de gezondheidszorg. Hierop is de hedendaagse Nederlandse gezondheidszorg slecht ingericht. Vervolgens hebben we in onze visie veel aandacht besteed aan een zo goed mogelijk antwoord vanuit het medisch curatieve aanbod daarop. Daardoor kan het lijken alsof deze visie alsnog sterk aanbodgeoriënteerd is, dit is niet het geval. Het is nu eenmaal de belangrijkste verantwoordelijkheid en deskundigheid van ziekenhuisbestuurders om juist een strategische schets te geven van zowel vraagontwikkeling als de ontwikkeling van daarop geënt medisch curatief aanbod, temeer daar telkens blijkt dat vele beleidsmakers en belangengroepen terugschrikken voor de consequenties aan de aanbodzijde van werkelijke vraagversterking. In die zin is aanbodsturing politici en andere beleidsmakers voorlopig ook niet vreemd en niet ineens verdwenen door het hanteren van andere termen. Het is dan goed tijdig de echte consequenties voor het nieuwe aanbod door te denken.

De tweede paradox betreft de overgang van een systeem van sturing op blauwdrukken van aanbod naar een veel gedifferentieerder model gebaseerd op ondernemerschap, dat flexibel en innovatief inspeelt op die vraagontwikkeling. Dit laatste houdt per definitie in dat niet goed meer valt te voorspellen en te schetsen hoe dat toekomstig aanbod er uit ziet. Toch doen we dat wel. Het lijkt daarvoor voor de slechte verstaander alsof wij opnieuw blauwdrukken voor dat toekomstig aanbod willen neerleggen. Niets is minder waar. De hierboven geschetste situatie van geliberaliseerd ondernemerschap hebben we nog niet bereikt. Vandaar dat in de implementatie van onze visie niet zozeer nieuwe blauwdrukken van aanbod aan de orde moeten zijn, maar heldere stappen en maatregelen om bestaande strakgedraaide beleidsknoppen geleidelijk los te schroeven en wellicht geheel te laten verdwijnen, dan wel te vervangen door beleidsmaatregelen die de vraag versterken en sturen. Om dat mogelijk te maken, leek het ons goed te laten zien over welk ander en meer gedifferentieerd aanbod we spreken.

De derde paradox betreft de aard en status van de opdrachtgever voor deze visieontwikkeling, de branchevereniging van hedendaagse Nederlandse ziekenhuizen. In de nieuwe door ons voorspelde situatie is strategieontwikkeling uiteraard vooral en vrijwel uitsluitend de taak van de individuele maatschappelijke ondernemer. Vanzelfsprekend, zoals iedere private ondernemer, daarbij rekening houdend met het bedrijfstakgewijze en wettelijke kader waarbinnen hij/zij opereert. En zeker niet van collectieve brancheverenigingen. Temeer daar het in een werkelijk gedifferentieerd medisch curatief aanbod nog maar de vraag is wie, om welke reden, lid is van een dergelijke branchevereniging. Daarmee ontstaat ook de vraag of deze vereniging voldoende draagvlak en bestaansrecht heeft. Ook hier geldt weer dat we daar nog lang niet zijn en het in de overgang dus vreemd genoeg juist de deelnemers in de nu sterk gereguleerde bedrijfstak der ziekenhuizen zijn die gezamenlijk een strategische visie moeten ontwikkelen en implementeren.

1. Toekomstvisie

In de turbulentie die de hedendaagse Westerse gezondheidszorg kenmerkt, is het goed te starten met wat er waarschijnlijk de komende 10 jaar **niet** verandert: ook in 2010 zullen er ziekenhuisachtige gebouwen en organisaties zijn. Oftewel, er zullen herkenbare, toegesneden gebouwen staan, waarbinnen concentraties van medisch specialistisch personeel en gerelateerde professionals met kostbare medische apparatuur complexe ziekten diagnosticeren en behandelen, in principe gericht op genezing en/of behoud van fysieke functies.

Het medisch-curatieve werk vergt immers veel interdisciplinair overleg en intensieve samenwerking tussen medisch specialisten en andere professionals, hoogwaardige kostbare apparatuur en een hygiënische, steriele omgeving. Dat maakt een concentratie in een herkenbaar fysiek gebouw tot de meest efficiënte, maar ook kwalitatief meest verantwoorde vorm om curatieve zorg aan te bieden. Niet voor niets komen we wereldwijd gesproken, ook in sterk in ontwikkeling zijnde landen in Azië en Latijns-Amerika, telkens weer 'het ziekenhuis' als herkenbare entiteit tegen.

Ook voor patiënten en financiers heeft deze concentratie en specialisatie grote vertrouwenwekkende voordelen. Voor patiënten en hun familieleden biedt het ziekenhuis een herkenbare eenheid waarin het beste dat een samenleving aan dokters, verpleegkundigen en techniek kan inzetten verzameld is. Bovendien betekent het een veilige haven in acute situaties. Voor de financier biedt deze concentratie de zekerheid dat efficiënt met dure voorzieningen en verstrekkingen wordt omgegaan. Bovendien is het ziekenhuismanagement een duidelijk aanspreekpunt binnen het geheel van de gezondheidszorg voor al deze partijen.

Aan het begin van een toekomstverkenning, die grensverleggend en toekomstvast moet zijn, oogt deze startconclusie wellicht als een open deur. De reden om er niettemin mee te starten, is dat uit een toekomstverkenning waarin alles open wordt gehouden, snel blijkt dat veel **wel** gaat veranderen. Binnen de kortste keren lijkt het dan alsof we in de toekomst in het geheel geen ziekenhuizen meer zullen aantreffen. Dit lijkt dus niettemin onwaarschijnlijk, ook al zullen er zeer grote verschillen gaan optreden in patiëntenbehandelmogelijkheden, -vormen, werkwijze, uiterlijk, ook van de gebouwen en organisatie van de ziekenhuiszorg. Zodanig zelfs dat het op den duur beter zou zijn de term 'ziekenhuizen' te vervangen door 'medische kliniek(en)' of 'behandelcentra' of 'medische interventie-eenheden'. In het hiernavolgende hanteren we voor begrijpelijkheid en aansluiting op het heden toch nog de term 'ziekenhuizen', maar deze zal afnemend omschrijven hoe de medisch-curatieve zorg van de toekomst is georganiseerd en gehuisvest.

In de toekomstige ontwikkeling van de organisatie van de curatieve zorg zijn in onze visie vier hoofdstromen te onderkennen:

- Het open en verbonden ziekenhuis
- Het modulaire ziekenhuis
- Het professionele bedrijf met een hoog risicoprofiel
- Het maatschappelijk ondernemende ziekenhuis

In 2010 zullen al deze vier ontwikkelingsrichtingen herkenbaar zijn voor vrijwel alle ziekenhuisvoorzieningen in Nederland. Door stelselwijzigingen en andere externe invloeden zal de noodzaak tot differentiatie van het aanbod toenemen. Daardoor wordt de strategische speelruimte van dergelijke curatieve voorzieningen vergroot. Niettemin mag verwacht worden dat de bovengenoemde ontwikkelingsrichtingen de kaders zetten voor de organisatie van het medisch-curatieve aanbod van de komende tien jaar en daarmee voor deze strategieontwikkeling.

2. Het open en verbonden ziekenhuis

Om te beginnen is de medisch-curatieve zorg van de toekomst veel opener en met de omgeving verbonden, dan nu het geval is. Het open en verbonden ziekenhuis staat ver af van de traditionele geïsoleerde reparatiewerkplaats, waar de patiënt al snel een ziektebeeld werd en in horizontale toestand werd gebracht met een pyjama aan. Weg ook van een 'ontslagbeleid' op louter medische gronden, maar veel meer rekening houdend met de mogelijkheden aan de 'uitgang' van het ziekenhuis. In de kern wordt het medisch-curatieve aanbod en handelen zelf geraakt door deze ontwikkeling. Het is dus niet voldoende alleen via thuiszorg of bemiddelaars als zorgverzekeraars deze band met de thuisituatie aan te gaan. Bij het definiëren van en handelen binnen de curatieve as moet meer gedacht worden in termen van 'huis tot huis'. Zo zal de curatieve as ook een klein gedeelte care omvatten wanneer dat direct aanpalend is aan cure. Ook medische-specialistische zorg die niet binnen de fysieke muren van het ziekenhuis wordt geleverd, zoals verloskundige zorg en preventie, is deel van de medische-curatieve zorg. Daarmee breekt het medisch curatieve aanbod los van de locatie van een intramurale setting, het ziekenhuisgebouw en beweegt zich, soms zelfs letterlijk via alarmering, telediagnose-apparatuur en dergelijke, veel dichterbij de thuissituatie van de patiënt.

Dit **verbonden ziekenhuis** is nu al zichtbaar in de toename van allianties met andere zorginstellingen in de patiëntenketen, zoals met verpleeghuizen, huisartsen en de thuiszorg, maar het zal nog veel verder gaan in de komende tien jaar. Medische ICT, overigens vaak al lang beschikbaar, zal ertoe leiden dat de patiënt zelf zijn toestroom naar het ziekenhuis zal plannen, informatie zal vragen en geven, zal kiezen uit specialisten, behandelingen en ziekenhuizen, en nog vaker met eigen diagnoses en met voorstellen voor therapie zal komen. Daardoor zal de routing van de patiënt veel beter kunnen worden afgestemd en zullen artsen toenemend in de rol van medisch consultant terechtkomen. Zij zullen second opinions verschaffen op informatie die de patiënt al heeft verkregen van diagnostische centra en op therapie-voorstellen van collega's. Verpleegkundigen zullen een veel grotere rol krijgen in het beheren en managen van patiëntenstromen, rekening houdend met de mogelijkheden van andere zorginstellingen, familie- en thuisomstandigheden, klantenwensen, financiële keuzemogelijkheden en een steeds verder gespecialiseerd aanbod ('case-management').

De verbondenheid met de omgeving is niet alleen een kwestie van modern logistiek management of van therapeutische vooruitgang waardoor opnames zullen afnemen en patiënten meer handelingen zelf zullen kunnen uitvoeren. De verbondenheid heeft evenzeer te maken met de maatschappelijke en medische positionering van het ziekenhuis en de ontwikkeling van ziektepatronen. De ziektebeelden zullen complexer en chronischer van aard zijn, maar tegelijkertijd meer mogelijkheden bieden tot poliklinische behandelingen en zelfsturing van de patiënt. Deze laatste wordt daarin ook opgevoed of geprototyperiseerd als het om chroniciteit gaat. Het ziekenhuis zal daardoor meer aangesproken worden op een verantwoordelijkheid voor de totale keten van zorg en in het verlengde daarvan op de gezondheidstoestand in de regio. Dit wil echter geenszins zeggen dat het ziekenhuis de baas of eigenaar moet worden van andere zorginstellingen. De ervaring heeft immers geleerd dat er een groot verschil is tussen 'holdingsamenhang' en 'werkvloersamenhang' die ook werkelijk merkbaar is voor de patiënt.

De open- en verbondenheid zal op verschillende fronten zichtbaar zijn: specialisten zullen meer gaan samenwerken met vooruitgeschoven posten als poliklinieken, gezondheidscentra, tandartsen, apothekers, opticiens en fysiotherapeuten. Zij zullen gaan optreden op voorlichtingsavonden, online-advies geven

en meer in de wijk consulteren. Het ziekenhuis zal vaker samenwerken met GG&GD-en en sommige ziekenhuizen zullen de huisartsenzorg gaan organiseren of faciliteren.

De externe oriëntatie wordt nog versterkt door de ontwikkeling in medische technologie, die kleinschaliger en mobieler zal worden. Daardoor zal de patiënt vanuit thuis letterlijk met het ziekenhuis verbonden zijn met diagnose-, alarmerings- en medicatietechnologieën. Dat vergt al met al van het ziekenhuis meer zicht op de omgeving, in het bijzonder van de thuissituatie, en meer begrip voor de niet-medische aspecten daarvan. Tevens betekent het een veel betere uitwisseling van data en dossiers tussen zorginstellingen en professionals in de keten. Ook die uitwisseling zal overigens via internet, het elektronisch patiëntendossier en de zorgpas veel meer in handen komen van de patiënt zelf. Deze wordt de regisseur over zijn gegevens, aangezien gesloten, massieve systemen tussen de zorginstellingen per definitie kwetsbaar, onderhevig aan privacyreglementen en niet flexibel en adequaat genoeg zullen zijn.

Een modern logistiek management van ziekenhuizen is nodig als antwoord op de trend dat ziekenhuizen toenemend van huis-tot-huis moeten denken en werken (tot en met de mogelijkheid van 'hospital at home'). Tevens geldt dat steeds sneller steeds meer patiënten door het ziekenhuis zullen worden 'gestuurd', dat patiënt, zorgverzekeraar en verwijzer beter moeten kunnen kiezen en in de toekomst met name de groei van sommige chronische ziekten tot integrale multidisciplinaire zorg moeten leiden. Ieder ziekenhuis zou een hospital control room moeten oprichten waar alle logistieke informatie wordt verzameld, gecommuniceerd en, voor zover adequaat, ook ter beschikking wordt gesteld van derden, onder andere via websites en 24 uur per dag telefonische informatiemogelijkheden.

Voor de interne organisatie van het ziekenhuis van de toekomst betekent de huis-tot-huis-verbondenheid dat het logistiek management van patiëntenstromen nog verder in belang zal toenemen. In de meeste gevallen zal de beste organisatievorm hiervoor zijn een verpleegkundig case-manager die ervoor zorgt dat patiënten zoveel mogelijk met dezelfde dokter te maken hebben, goed zijn voorbereid op het ziekenhuisbezoek en een verantwoorde zorg ontvangen na de behandeling. De beslissingsbevoegdheid van de verpleegkundige case-managers reikt dus verder dan de meeste verpleegkundigen nu bezitten. Zij zijn echter bij uitstek in staat de perspectieven van patiënt, specialist en ziekenhuis met elkaar te verenigen. Er dient een opleiding voor case-management in ziekenhuizen te komen, wellicht als bovenstudie boven een meer generalistische verpleegkundigenopleiding. Ook zou indringend bekeken moeten worden welke medische handelingen meer dan nu kunnen worden overgelaten aan andere professionals dan medisch specialisten.

In deze allianties en samenwerkingsverbanden gericht op een open en verbonden karakter van het toekomstige ziekenhuis, zijn als belangrijke hoofdrichtingen te onderscheiden:

Naast een uitwaaiing van het aanbod in de breedte van het medisch curatieve aanbod (horizontaal) via de modulaire werkwijze (zie hierna), is er ook een differentiatie denkbaar in de verticale as van de bedrijfstak, namelijk in de vormgeving van allianties met academische ziekenhuizen enerzijds en thuiszorg en huisartsen anderzijds en inclusief een visie op human resource management en de opleidingen.

Allianties binnen het bredere zorgveld, zoals met de thuiszorg, de verpleeghuiszorg, de GGZ en de gehandicaptenzorg. Dit betreft het organiseren van integrale zorgketens, waarbinnen veel patiënten, zeker in een vergrijzende samenleving, zullen passen.

In Toronto heeft de organisatie Partners for Health een verticale integratie van zorgvoorzieningen opgezet: aanbieders van basisgezondheidszorg, preventie, eerstelijns zorg, acute zorg, revalidatie, thuiszorg en palliatieve zorg zijn verenigd onder deze organisatie, die streeft naar naadloze zorg voor patiënten in hun zorgverloop.

Allianties voortkomend uit nieuwe onderscheidende kerncompetenties van het ziekenhuis, zoals onderzoek samen met farmaceutische industrie, consultancy inzake case-, risico- of veiligheidsmanagement, implementatie van ICT-systemen in zorgprocessen of bouwactiviteiten.

Allianties voortkomend uit de fysieke mogelijkheden van het ziekenhuis(-terrein), zoals met sportvoorzieningen, openbaar vervoerders, hotelketens, kinderopvangorganisaties, scholen, winkelcentra, dagbestedingcentra en buurtactiviteiten. Dit is natuurlijk sterk van de specifieke fysieke mogelijkheden afhankelijk. Maar het meervoudig, intensief, benutten van het terrein kan in sommige gevallen goede diensten bewijzen aan de lokale en maatschappelijke inbedding van het ziekenhuis. Tevens kan het ruimte bieden aan diensten die door patiënten en hun bezoekers hoog gewaardeerd worden.

Allianties met de huisarts. De belangrijkste 'alliantiepartner' is vaak de huisarts. Voor het functioneren van een ziekenhuis is de huisarts als verwijzer cruciaal. Is er straks echter nog wel sprake van een 'huis'-arts oftewel een 'family physician'? Komt er niet veel meer een breed inzetbare basisarts, bijvoorbeeld in het ziekenhuis zelf? Hoe zal de rol van poortwachter zich ontwikkelen op het moment dat de patiënt zelf kan beschikken over meer informatie, zorgaanbieders transparanter gaan communiceren, en verzekeraars gaan bemiddelen? Vooralsnog lijkt het erop dat de solistische huisarts zal verdwijnen en zich zal aansluiten bij gezondheidscentra of ziekenhuizen. Daar werkt hij in een brede medische context en wordt ondersteund in professionele, administratieve, logistieke en sociale zin. Bij de ziekenhuizen is het daarbij overigens nog maar de vraag of de huisarts zich ook fysiek het ziekenhuis in moet begeven, bij het open ziekenhuis hoorde immers ook een goede connectie met de thuissituatie. Het overeind houden van zorgvoorzieningen dichtbij de burger is daarbij zowel zakelijk als emotioneel cruciaal. De acute functie van de huisarts zal toenemend, zoals nu al het geval is, qua verantwoordelijkheid verschuiven naar het ziekenhuis. Maar ook hier zal het ziekenhuis graag faciliterend en collegiaal willen zorgen dat de huisarts een rol kan houden, vooral in gebieden waar de fysieke afstand tussen ziekenhuis en acute patiënt groot is. Het valt daarom te overwegen een sterke verbinding aan te gaan vanuit de ziekenhuizen met de huisartsen, zodat zij hun rol als poortwachter kunnen combineren met die van case-manager (in aansluiting op het case-management vanuit het ziekenhuis) en er ook organisatievormen kunnen ontstaan om de 'acute zorgketen' beter en dichtbij de burger in te (blijven) richten.

Tot slot, allianties met verzekeraars, volgens het Health Maintenance Organizationmodel. Met andere woorden, delen van de ziekenhuiszorg worden onderdeel van verzekeringsconcerns. Tot op heden is dat verboden, maar in essentie is het vergelijkbaar met allianties met werkgevers en Arbo-diensten

op het gebied van werkgerelateerde ziekten (bijvoorbeeld de rugpoli). Het is denkbaar dat zorgverzekeraars in het proces van meer bevoegdheid tot echte zorgcontractering en het tegelijk loslaten van de contracteerplicht, zullen vragen om de bevoegdheid zorg eventueel zelf te mogen leveren, indien deze in het beschikbare aanbod niet goed te contracteren is.



In Athene bestaat een 'managed care'-systeem, waar een grote verzekeraar 'Medisystem' aanbiedt aan alle verzekerden voor een vast bedrag. Een ziekenhuis, verschillende diagnostische laboratoria, een medische telefoondienst en een netwerk van huisartsen en klinisch specialisten maken deel uit van Medisystem;
<http://www.nh.gr/CHIN/eng/tele/index.html>.

Het is belangrijk dat individuele ziekenhuizen inzetten op één, meerdere of een combinatie van alliantie- en organisatiescenario's (zie ook de modulaire opbouw hierna): dit betreft een strategische keuze die welbewust moet worden genomen. De keuze voor de aard van de specialisatie of de mogelijke alliantie-partner is onder meer afhankelijk van de sterkte en innovatiekracht van het management, de reputatie van de instelling, de historische positionering, de concurrentie in de regio en de opstelling van de zorgverzekeraar. De belangrijkste kerncompetentie is wel het tijdig kunnen inschatten van vraag- en aanbodontwikkelingen. Hierbij moet steeds bedacht worden dat professionals zelf ook soms over die competenties kunnen beschikken en dus ondernemende initiatieven ontplooien. Het gaat er dan om hen de ruimte te bieden en tegelijkertijd voor de organisatie te behouden. Dat lukt alleen wanneer het ziekenhuis daadwerkelijk meerwaarde biedt voor de professional en een bindende inhoudelijke visie ontwikkelt.

3. Het modulaire ziekenhuis

Het ziekenhuis van de toekomst zal in de meeste gevallen niet meer het 'alles-in-één'-ziekenhuis zijn zoals we dat nu kennen. Het huidige Nederlandse ziekenhuis past nu nog in een gestandaardiseerde en rigide mal waarin diverse functies intensief worden gecombineerd. Dit gestandaardiseerde ontwerp is oorspronkelijk sterk ingegeven door schaarste van dure professionals, aanbodgericht denken en plannen, verdelende - regionale - rechtvaardigheid en zuinigheid met dure apparatuur en ruimte. Kernbegrippen achter deze standaardisatie zijn dan ook efficiëntie en gelijke verdeling. De huidige ziekenhuiszorg is Dreesiaans in zijn opzet en Rijnlands in zijn uiterlijke verschijningsvorm: netjes, middle-class, voldoende, keurig, en relatief schoon.

Waarom zouden deze typisch Nederlandse waarden niet ook de komende tien jaar een goede basis bieden voor het nationale ziekenhuisbeleid? Waarom zal de uniformiteit in de ziekenhuisbranche niet gehandhaafd blijven en wordt er een grotere diversiteit verwacht? Dat heeft een aantal te onderscheiden redenen.

Patiëntenstromen zullen steeds verder individualiseren en gemanaged gaan worden. Het huidige ziekenhuis is een bord spaghetti als het gaat om logistieke vereisten. Veel van de huidige problemen (wachlijsten, uitwijken naar het buitenland, opstopping in de productie, verkeerde bedproblematiek) ontstaan juist in de logistiek van de zorgketen. Het ziekenhuis zal daarom sterker onderscheid moeten gaan maken in acute, urgente, electieve en chronische patiënten. Deze verschillende groepen (ver-)eisen ieder een andere routing, behandeling, benadering en administratieve afhandeling, en dus zal het massieve, uniforme karakter van het ziekenhuis verdwijnen.

Daarnaast zullen er als gevolg van de vergrijzing grote groepen patiënten ontstaan met specifieke chronische en veelvoorkomende aandoeningen. Ook deze stromen zullen apart georganiseerd worden en voor het ziekenhuis inhouden dat er onderscheiden klinieken ontstaan, gespecialiseerd in deze aandoeningen.

Ontwikkelingen in de ondersteunende medische technologie, zoals radiologie, leiden er tevens toe dat bepaalde specialismen niet meer fysiek bij elkaar geconcentreerd **hoeven** te zijn. Online-diagnose, second opinion, scanning en zelfs online-operaties maken dat veel meer handelingen op afstand kunnen worden aangeboden. Dat zal vervolgens specialisatie tot gevolg hebben, doordat schaalgroottes veranderen en fysieke afstand een veel minder grote rol gaat spelen.

De volgende divergerende ontwikkeling betreft de toenemende private koopkracht. De term 'private koopkracht' betreft hier vrij te besteden middelen van particulieren (burgers en bedrijven) die zij willen inzetten om aanvullende, duurdere, snellere of betere zorg te kopen. Het gaat dus hier niet om collectief voorgeschreven premies dan wel verplichte eigen risicobedragen binnen de collectieve verzekeringen. Dat rekenen we allemaal tot het collectieve. Vervolgens is er nog het twijfelgeval tussen collectief en privaat in, namelijk de verplichte eigen bijdragen, ook bij medisch noodzakelijk geachte zorg. Wij hebben de neiging dat tot het collectieve te rekenen, aangezien het bij een gegeven verzekerd en medisch blijkbaar noodzakelijk geacht pakket niet vermijdbare kosten zijn. Wel privaat achten wij de bijzondere ziektekosten die fiscaal worden gecompenseerd, aangezien men deze kosten in private vrijheid maakt. De zo gedefinieerde private koopkracht zou meer en gemakkelijker in het systeem moeten kunnen. Er zijn vooral op korte termijn bezwaren aangezien de huidige schaarse capaciteit

dan soms dreigt te worden 'weggekocht' door de kapitaalkrachtige partijen en er kunnen tevens redenen ontstaan om in het collectieve deel van de zorg schaarste niet aan te pakken. Op langere termijn zijn dit geen goede argumenten om inspelen op deze private koopkracht tegen te houden. Op korte termijn bestaat zelfs de noodzaak om toe te staan dat de maatschappelijke onderneming, naast de commerciële concurrentie, op deze koopkracht in speelt. Anders dreigt telkens dat commerciële partijen lucratieve delen uit de zorg oppakken. Meeliftend op de publieke infrastructuur die er reeds ligt, maar ook met die middelen concurrerend op de schaarse arbeidsmarkt. Tevens biedt het inspelen op private koopkracht betere kansen voor alle partijen om te leren omgaan met het meer zelfstandige en private karakter van de voorheen zo streng gereguleerde ziekenhuisorganisaties. Uiteraard gelden bij deze vermenging van collectieve en private middelenstromen alle voorwaarden die in het kader van het wetsontwerp 'Markt en Overheid' worden genoemd, zoals juridische scheiding, transparantie, zakelijke toedeling van overheadkosten en geen prijsdumping.

De grootte van de private geldstroom is onderhevig aan overheidsbeleid inzake het verzekeringsstelsel, omdat dat de spelregels voor deze private inbreng zal meegeven. Maar een zeker zo grote invloed speelt het geheel van private initiatieven, waarvan de verwachting is dat deze nog zullen toenemen. De belangrijkste initiatiefnemers zijn grote werkgevers, gedreven door de wens ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen, en koopkrachtige patiënten, zoals gepensioneerden, die zorg op hun eigen maat willen hebben. Deze markt nodigt sterk uit tot commerciële en publiek-private initiatieven van Nederlandse en buitenlandse partijen zoals ziekenhuizen, bedrijven, verzekeraars en innovatieve artsen. Om redenen van eigendomsverhoudingen, zeggenschap, management, incentives voor schaars personeel en externe verantwoording zullen hiervoor separate businessunits noodzakelijk zijn. Kortom: de ziekenhuiszorg specialiseert zich langs meer commerciële lijnen en om redenen van publiek-privaat management, verder uit.

Al met al zal er dus eerder een organisch, divers landschap ontstaan dan een netjes aangelegd bos van rechte, gelijke bomen. Daarbinnen zal het ziekenhuis meer het karakter van een cluster van klinieken vertonen, dan de huidige uniforme, massieve verblijfsruimte.

Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch bedrijf (GMSB) kan als raamconcept overeind blijven, maar niet in al zijn detailuitwerkingen zoals deze nu plaatsvinden. Het raamconcept wil zeggen:

- Medisch specialisten werken alleen via en vanuit enig organisatorisch verband.
- Dit organisatorisch verband is de private 'schil' naar de buitenwereld, dat wil zeggen legt verantwoording af, sluit contracten, met name met zorgverzekeraars, is aanspreekbaar en aansprakelijk voor geleverde en beloofde zorg en sluit op haar beurt weer contracten met medisch personeel, zoals medisch specialisten.
- Deze organisaties werken als 'normale' professionele organisaties, met andere woorden er is een grote inbreng van professionals in strategieontwikkeling, kwaliteitsbeleid en - handhaving en rendements - en financiële ontwikkeling. Tevens hebben professionals uiteraard het management van het klantenproces onder hun hoede.

De detailuitwerkingen die nu collectief op nationaal niveau plaatsvinden rond de invoering van het GMSB passen niet in deze visie. Deze uitwerkingen betreffen immers zaken van verdere inrichting dan wel uniformering. Er dient een veel flexibeler typering van allerlei soorten ziekenhuisorganisaties te

komen waardoor nationale uniformering van topstructuur, toelatingscontracten, honoreringssystemen helemaal geen basis meer hebben.

De vormen waarin zich dit uiteengerafelde ziekenhuis zal voordoen, zullen zeer divers zijn. Daarbij zal het huidige algemene, alles-in-één-ziekenhuis zeker niet geheel verdwijnen. Voor de dunner bevolkte gebieden blijft het vermoedelijk de belangrijkste verschijningsvorm. Maar in de meer verstedelijkte gebieden, in Nederland het grootste gebied qua bevolkingsaantallen, zal het aanbod sterk gaan divergeren. In die ontwikkeling naar een meer divers aanbod zijn er voor de zorginstellingen de volgende specialisaties te onderkennen:

Specialisatie op ziektebeelden; Ziekenhuizen kunnen zich onderscheiden door specialisatie op bepaalde veel voorkomende of chronische aandoeningen zoals heupfracturen, hartaanvallen, suikerziekten, oogziekten of AIDS. Vooral de vergrijzinggevoelige aandoeningen komen hiervoor natuurlijk in aanmerking. Daarbij horen gespecialiseerde professionals - specialisten, maar ook verpleegkundigen -, toegesneden klinische ruimten en een specifieke patiëntenpopulatie. Maar juist ook de zeldzame aandoeningen bieden aan een aantal ziekenhuizen de mogelijkheid zich te onderscheiden van andere, bijvoorbeeld tropische of zeldzame genetische aandoeningen.

Het George Pompidou ziekenhuis in Parijs is gespecialiseerd in drie soorten aandoeningen: kanker, hart- en vaatziekten en acute trauma's. Het richt zich daarmee op groeiende vragen uit de markt. Het specialiseert zich overigens ook op een aantal technologieën: imaging, anesthesie en bloedonderzoek. Voor behandelingen die niet in het aanbod van dit ziekenhuis zitten, heeft het een netwerk met andere instellingen in de regio georganiseerd.

Specialisatie op technologie; Ziekenhuizen kunnen zich ook onderscheiden door een specifieke technologie excellent toe te passen. Denk aan geavanceerde diagnostiek met de nieuwste soorten scanapparatuur, of het gebruik van gentechnologie, nano-technologie of robotica. Ook dat veronderstelt onderscheiden infrastructurele voorzieningen, investeringen, personeelsbeleid en patiëntenpopulaties.

Specialisatie op aanpalende diensten; Het is echter ook goed mogelijk dat ziekenhuizen zich toeleggen op het bieden van aanvullende diensten aan patiënten of hun familie. Daarbij valt te denken aan voorlichtings-, revalidatie- en sportfaciliteiten of het bieden van mogelijkheden voor nabehandeling en -verblijf. Dat laatste betreft het bieden van faciliteiten voor verzorging en bewaking, het care-hospital of zotel. Andere verwante diensten zijn bijvoorbeeld het bieden van goede mogelijkheden voor co-zorg en verblijf van familie of buddy's, niet alleen bij kindzorg, maar ook voor oudere patiënten, zoals partners of ouders. Daaraan gekoppeld kan een ziekenhuis zich in sommige gevallen toeleggen op het bieden van ruimte aan winkels, met een toegesneden aanbod voor patiënten, bezoekers en professionals. Een dergelijke specialisatie oriënteert zich sterk op de behoeften van cliënten in de meest brede zin.

In Nipigon te Canada heeft het kleine, regionale ziekenhuis de dienstverlening aanzienlijk verbreed: transport van patiënten maar ook van gehandicapten en ouderen, een telefonische alarmdienst voor de regio, maaltijden in het ziekenhuis voor wie niet zelf kan koken, et cetera. Met deze strategie heeft dit ziekenhuis de centrale positie in de zorgketen verworven.

Specialisatie op ondersteunende functies; Een andere optie is het specialiseren in ondersteunende functies richting andere zorgaanbieders. Denk aan het opbouwen van expertise en organisatie op het gebied van ICT-systemen, specialistische consultancy, 24-uurs-zorg, risico- en veiligheidsmanagement, managementondersteuning van kwetsbare beroepsgroepen of het beheer van gezondheidszorggebouwen en -apparatuur. In de regio is het ziekenhuis het brandpunt van ondersteunende expertise, benodigd voor het managen van complexe zorgprocessen. Deze expertise kan andere aanbieders goed van pas komen en een dergelijke specialisatie ondersteunt dan ook het open en verbonden karakter van het ziekenhuis.

Versterking van de lokale of regionale inbedding; Een andere manier om zich te onderscheiden verloopt via de inbedding in de lokale of regionale omgeving. Voorbeelden daarvan zijn de traditionele stadsziekenhuizen (zoals het OLVG in Amsterdam). Een eigentijdse manier is het organiseren van een inlooppreekuur, sterk naar buiten optreden bij lokale gezondheids crises, wijkgerichte preventie organiseren en het aangaan van zichtbare samenwerking met diverse andere zorgaanbieders: huisartsen, oogartsen en opticiens, tandartsen en orthodontisten, en apothekers en fysiotherapeuten. Op die manier wordt het ziekenhuis de eerstelijns etalage voor de patiënt, dicht om de hoek.

Specialisatie op discipline; ook kunnen ziekenhuizen zich profileren op de traditionele specialismen of een aantal behandelingen daarin. Dat betekent het verzamelen van een groep van de beste specialisten, en investeren in hun apparatuur en banden met de betrokken patiëntenverenigingen. Dit soort van specialisatie vindt al hier en daar plaats, en dat hangt wellicht samen met het feit dat dit voor de medisch specialisten de meest voor de hand liggende vorm is. Het vergt wel een visie en beleid ten aanzien van de academische ziekenhuizen, want die zijn op dit moment natuurlijk dominant in dit gebied.

KNO	Neusschotcorrectie, trommelvliesbuisje, verwijderen neus-/keelamandelen, operaties aan de neusbijholten, antismurktherapie
Tandheelkunde	Implantaten, kaakchirurgische ingrepen
Gynaecologie / fertiliteit	IVF, abortus
Urologie	Sterilisatie man, prostaatoperaties
Cardiologie	Niet-invasieve behandelingen
Pulmonologie	Niet-invasieve behandelingen
Orthopedie	Endoscopische operatie hernia, tennisellebogen, enkel- en kruisbanden
Chirurgie	Liesbreuk, navelbreuk, spataderen, maagballon
Cosmetische chirurgie	Diverse ingrepen
Oogheelkunde	Staar, laserbehandelingen

Een indicatie welke specialismen stand-alone in Nederlandse privéklinieken heelkundige handelingen uitvoeren. Bron: internet, diverse pagina's



De regio Greenville in de Verenigde Staten heeft aan een verhoogde concurrentie flink wat gespecialiseerde topklinieken te danken. In een aantal jaren hebben de verschillende ziekenhuizen daar twee nieuwe oncologische centra en specialistische centra voor hartchirurgie, beenmergtransplantatie en intensieve neonatologie opgezet. Dit allemaal om het dichtstbijzijnde overheidsziekenhuis voorbij te streven. <http://www.ghs.org/>

Shop-in-the shop; Tot slot kunnen ziekenhuizen zich organiseren analoog aan een winkelcentrum, waar het ziekenhuis andere 'winkels' faciliteert. Dit kan een goede manier zijn om kosten gemeenschappelijk te dragen en maakt handig gebruik van bestaande infrastructuur. Echter, bij toenemende vraagsturing en concurrentie zal het naar onze mening niet bij dit model blijven en zal de specialisatie verder doorzetten zoals bij de voorgaande specialisaties.

De fysieke uitdrukking hiervan zal ook zeer divers zijn. Dat loopt van gezondheidsparken met ziekenhuishuiszorg in diverse paviljoens, naar warenhuisconstructies en gespecialiseerde villa's of units verspreid over de stad. Veel van deze ontwikkelingen zijn al zichtbaar in de huidige bouwplannen, al worden zij nog afgeremd door gedetailleerde voorschriften uit het verouderde gestandaardiseerde ziekenhuisconcept.

Deze specialisatie en differentiatie staan zeker niet haaks op het hiervoor aangegeven concept van het 'verbonden ziekenhuis'. Die verbondenheid met andere aanbieders en de thuissituatie zal zonder meer van iedere vorm van ziekenhuishuiszorg gevraagd worden. Zelfs de kleinschalige, zeer gespecialiseerde units die zich bij uitzondering zouden willen blijven gedragen als 'reparatiewerkplaats', zullen via aansluiting met andere organisaties in het medisch-curatieve veld deze 'verbondenheid' toch moeten vormgeven. Deze differentiatie en specialisatie, ook in gebouwde vorm, is echter nu nog geenszins de praktijk. De vraag is dan hoe je van de huidige situatie naar deze toekomstige situatie komt. Een ding is duidelijk: het zal niet lukken deze ontwikkelingen opnieuw trachten te gieten in een mal van aanbod- en bouwplanning. Noch vanwege de complexiteit van een dergelijk design, noch om redenen van handhaafbaarheid, implementeerbaarheid en de benodigde politieke besliskracht.

4. Het ziekenhuis als professioneel bedrijf met een hoog risicoprofiel

Het ziekenhuis van de toekomst zal minder een ambtelijke taakorganisatie zijn en meer een professionele organisatie. Qua cultuur, strategie en structuur zal het vergelijkbaar zijn met hedendaagse private professionele organisaties in de advocatuur en de accountancy. Wat betreft de ontwikkeling naar meer ondernemerschap is het goed te vergelijken met de ondernemende universiteit, in ieder geval in de relatie tot hoogleraren. De term 'professionele organisatie' wordt hier gebruikt als verwijzing naar organisaties die in hoge mate voor hun functioneren, zowel strategisch als operationeel, afhankelijk zijn van medewerkers die experts zijn in hun vakgebied en veel autonomie nodig hebben in hun dagelijks werk, omdat veel operationele beslissingen vooral in relatie tot de klant en zijn/haar vragen alleen door hen genomen kunnen worden. Het samenspel tussen dergelijke organisaties als entiteit en deze professionals heeft een bijzonder karakter. De organisatie als entiteit kan operationele beslissingen niet van hen overnemen en heeft dus vaak in dit opzicht vooral een ondersteunende en een kaderstellende rol. Personeelsbeleid is zodoende de belangrijkste stuurfactor die dergelijke organisaties hebben en dit is, vooral selecterend en stimulerend, erop gericht een goede esprit de corps te handhaven, inclusief het gericht belonen en uitdagen van de talentvollen en het krachtig aanpakken van de minder getalenteerden of geïnspireerden.

De dienstverlening van de organisatie evenals de marketing en het imago van dergelijke organisaties is zo goed en zo slecht als de professionals en hun samenspel naar de klant. Op de voortdurende verbetering en innovatie hiervan zijn dus veel inspanningen gericht en het resultaat hiervan bepaalt ook de polsstok van de organisatie in haar sprong naar de toekomst. Toch is dit ook een zwak punt: professionals zijn in hoge mate gericht op de korte termijn, op de klant van vandaag en morgen, op de operationele processen. Om die redenen hebben professionele organisaties ook vaak een zwakke lange termijn visie en strategie, temeer daar de professionals die gewend zijn operationeel relatief autonoom te opereren, diezelfde autonomie ook verwachten en claimen als het gaat om processen van strategieontwikkeling. Er is dus in veel professionele organisaties voortdurend spanning tussen korte termijn en lange termijn, tussen professionals en besturend management en tussen klantenprocessen en voorwaardenscheppende processen, zoals financieel beheer, automatisering en huisvesting. In commerciële professionele organisaties kennen we mede om die reden ook het eigenaarschap bij de professional oftewel het partnership. Op die manier wordt in bedrijfseconomische termen een verband bereikt tussen excellentie op de werkvloer en in de markt, strategische zeggenschap en bevordering van het strategisch rendement van de organisatie als geheel. De werkelijkheid laat zien dat dit model zo werkt tot een bepaalde omvang van de partnership, daarna ontstaat toch het model van executief bestuur en medewerkers, waarvan sommigen ook aandeelhouder zijn. Voor kleinere klinische settingen, zoals privéklinieken, kleine gespecialiseerde ziekenhuizen en modules binnen grotere ziekenhuizen is dit dus een goed model.

Tot zover deze algemene typering van professionele organisaties, waartoe ziekenhuisorganisaties ook in de toekomst zeker zullen behoren. Een apart aspect van ieder ziekenhuis is daarbij de omgang met grote risico's, vaak van leven en dood, waarmee professioneel moet worden omgegaan. Dat loopt van ziekenhuisinfecties tot de verkeerde behandeling, van een near-accident tot een claim. De meest vergelijkbare professionele organisaties met eenzelfde risicoprofiel zijn luchtvaartmaatschappijen. In onze toekomstvisie zal deze parallel alleen maar toenemen: meer concurrentie leidt tot meer gevoeligheid voor reputatie en reputatieschade, meer transparantie leidt tot meer druk op juiste informatie over de werkelijke kwaliteit en kwaliteiten die worden geleverd, meer private zeggenschap leidt tot meer

aansprakelijkheid en externe verantwoording. Belangrijke zaken waar de ziekenhuiswereld van kan leren, zijn:

- Het onderscheid in eindverantwoordelijkheid voor technische en personele voorbereiding van een vlucht en de vloot en deze tijdens de vlucht;
- Het onderscheid in klanten- en vluchtplanning enerzijds en operationeel uitvoeren anderzijds;
- De aanpak van de enorm complexe logistieke processen in combinatie met de luchthavens;
- De externe kwaliteitseisen voor het belangrijkste vliegend personeel, zoals herhaalexamens, vliegreuen per jaar;
- De onafhankelijke onderzoeks aanpak bij calamiteiten en missers;
- De wijze waarop het onderscheid in klassen is vormgegeven, dit betreft namelijk vooral de context, niet de basics van de vlucht zelf.

Als we dit vergelijken met het hedendaagse ziekenhuis dan zal op grond van deze visie het een en ander moeten gaan veranderen. Het beheer van risico's wordt nu in het beleid sterk opgehangen aan de individuele medische professional volgens een inputmodel: een lange en zware opleiding aan het begin, een certificaat van toelating tot het beroep en vervolgens vertrouwen op de eigen ambachtelijkheid en collegiale toetsing door de beroepsgroep. Diverse ontwikkelingen onderbouwen echter de noodzaak van een meer organisatorisch verankerd risico- en kwaliteitsbeleid: een cultuur waarin juridische claims gewoner worden, een geliberaliseerd bestel waarin reputaties belangrijker worden, het toenemende multidisciplinaire en complexe en daarmee risicovolle karakter van de behandeling van een aantal aandoeningen.

In een ziekenhuis waarin het risico- en kwaliteitsbeleid sterker organisatorisch is verankerd, krijgt de medisch specialist een andere plaats in de organisatie, goed te vergelijken met de piloot in een luchtvaartmaatschappij. Eindverantwoordelijk, maar opererend op de top van een piramide van organisatorische en technische waarborgen en medeverantwoordelijk, ander personeel. Hieraan geeft de top-professional niet rechtstreeks leiding, ook al is hij van deze personen en maatregelen sterk afhankelijk. Hij zal zich - nog sterker - moeten onderwerpen aan strenge, toetsbare regels en objectieve toetsing door derden. Ook de organisatie zal vaker en intensiever getoetst worden en daarbovenop de ijzeren hand van de markt voelen in de vorm van grote reputatieschade als er iets ernstigs gebeurt waar de organisatie aantoonbaar fout zat.

Er zijn een paar belangrijke ontwikkelingen die deze verschuiving van individuele, ambachtelijke risico-beheersing naar organisatorische professionele kwaliteitszorg verder beïnvloeden. Om te beginnen is de gezondheidszorg in zijn geheel de afgelopen decennia aanzienlijk geprofessionaliseerd. Het ziekenhuis is daarbinnen het meest risicovolle medische knooppunt, waar de echte zieken komen die gediagnosticeerd en behandeld moeten worden. Toenemend en steeds systematischer krijgt het ziekenhuis dus de ingewikkeldste medische gevallen en daarmee de meest risicovolle groep.

Ook de gehele interne ziekenhuisorganisatie, en met name de verpleegkundige staf, is veel verder ontwikkeld, opgeleid en georganiseerd. Van die kant kan de specialist meer en meer steun verwachten en daardoor taken overlaten aan 'de organisatie'.

Ten derde is er het sterk opkomende fenomeen van het parttime werken. Dit geldt ook voor het medisch-specialistische beroep, wellicht nog versterkt door de grotere instroom van vrouwelijke artsen. Maar ook in alle andere belangrijke professies in het ziekenhuis zal het parttime werken een vlucht nemen. Voor specialisten betekent dit, dat zij de risicoafdekking op individuele basis, de medische continuïteit naar de patiënt en het direct leiding geven aan de verpleegkundige staf eromheen, niet eens kunnen waarmaken, ook al zouden zij dat willen. Tegenover deze trend zal tevens een steeds flexibeler arbeidsorganisatie moeten staan, met een groter aantal werknemers, afwisselende acht-uur shifts, langere vakantieperiodes voor herintreedsters, flexibel opneembare vrije dagen, ruimte voor bijscholing en opleidingen en tijdelijke contracten. Overdracht, zorgcontinuïteit, nazorg en bewaking dienen ook in een flexibele organisatie goed te verlopen, en daar zijn toegespitste organisatieprincipes en -systemen voor nodig.

Een vierde, daarmee samenhangend, aspect betreft de veranderingen in loopbanen en visies op levenslang leren in een technologisch zeer snel veranderende wereld. Nu wordt nog de exclusieve weg van de input aan het begin van de medische carrière bewandeld met als belangrijkste sturend instrument de opleiding. Theoretisch wordt alle kennis en vaardigheid meegegeven aan het begin van een lange loopbaan. Een dergelijk systeem past steeds minder bij een flexibele arbeidsmarkt, leidt tot opstoppen aan het begin van de pijplijn, en past niet bij de wens tot en noodzaak van levenslang leren. Tenslotte onderschat het de mogelijkheden om in ziekenhuizen verder te specialiseren, te leren *on the job*. De opleidingen dienen geflexibiliseerd te worden in hun opzet, meer gebruikmakend van opleiden op de werkplek en vaker nascholen, leidend tot een internationaal erkend diploma dat ook periodiek wordt herijkt (bevoegdheid tot medisch/verpleegkundig handelen, gebaseerd op periodieke herijking). Als medisch carrières meer vormgegeven worden in het ziekenhuis moeten ziekenhuizen systematischer de collegiale beoordeling en carrièreplanning organiseren. Dat vergt systematisering van dit soort beoordelingen, alsook het als organisatie beter omgaan met de risico's van beginnersfouten.

Ten vijfde speelt hier de trend dat case- en logistiek management van patiëntengroepen steeds belangrijker zal worden. Dat moet natuurlijk als taak en verantwoordelijkheid niet op de schouders van medisch specialisten gelegd worden. Deze zijn daar te duur en te schaars voor en klagen nu al over de administratieve belasting die ze bij hun werk hebben. Binnen het case-management behouden artsen echter een bijzondere plaats, te omschrijven als eindverantwoordelijk voor de medische toestand van de aan hen toegewezen of verwezen patiënten. Het gaat al met al om een *patient oriented* en *doctor oriented* zorgproces, maar *niet* een *doctor managed*.

Ten slotte zal bij het werkelijk doorzetten van de zorginkoop door verzekeraars, het juridisch commitment van de ziekenhuizen aan productie- en kwaliteitsafspraken groter worden. Dat houdt onmiddellijk in dat er meer werk gemaakt moet worden van systematisering van processen van (kwaliteits-) bewaking van de beloofde prestaties.

Op dit vlak bevinden de Nederlandse ziekenhuizen en de professionele beroepen zich nu nog in een overgangsfase en er zal de komende tien jaar veel veranderen. Zo zal aan de bovenkant van de professionele 'markt' een toenemende strijd ontstaan op zoek naar topprofessionals met veel externe uitstraling, zoals nu al het geval is in de academische ziekenhuizen. Ziekenhuizen die een duidelijke reputatie hebben of duidelijke speerpunten in hun specialistisch aanbod en die hun sterke positie willen

behouden, zullen op zoek gaan naar de medisch specialist die dit profiel onderstreept en verder uitbouwt. Op den duur zal dit leiden tot een sterkere honorariumdifferentiatie tussen medisch specialisten, niet alleen op grond van hun specialisme, maar vooral op grond van hun externe reputatie en professionele werkstijl. Er komt een duidelijker relatie tussen de toegevoegde waarde van een professional en de vergoeding die hij daarvoor ontvangt, ook al is salaris niet zijn enige drive.

In toenemende mate zal daarom de 'buitenkant' van het ziekenhuis door het management bekeken moeten worden vanuit het perspectief van de klant. Dat begint bij het formuleren van een onderscheidende missie, het leveren van transparante verantwoording en goede voorlichting, en eindigt bij zorg voor de fysieke uitstraling van het gebouw, de eerste opvang in de polikliniek en voor het optreden van de portier en de telefoniste. Niet alleen de patiënten zullen zich als klanten meer laten leiden door het imago van de instelling, ook medewerkers zullen, zoals gesteld, gevoeliger worden voor de uitstraling van de organisatie. Differentiatie, keuzevrijheid en mondigheid zullen ertoe leiden dat ziekenhuizen professioneel aan reputatiemanagement moeten gaan doen. Veel van de legitimering en verantwoording verschuift daarmee naar de organisatie zelf.



Het John Hopkins Hospital wordt algemeen erkend als het ziekenhuis waar de beste verpleegkundige zorg wordt geleverd. Dat laat het dan natuurlijk als instelling die zijn reputatie zorgvuldig 'managed', weten ook, en wel op: <http://www.hopkinsnursing.org/>



Een stap verder van het imagomanagement ligt het 'Customer Relations Management'. CRM is gebaseerd op het uitpluizen van databestanden van cliënten voor marketingdoeleinden. Denk aan direct mail, telemarketing, e-mail-diensten en gewone advertenties. Het gaat er om een toegesneden, positief beeld van de zorgaanbieder in het hoofd van de toekomstige patiënt te scheppen, nog voor hij echt zorg nodig heeft. De American Hospital Association verwacht een spectaculaire groei van CRM in de gezondheidszorg. <http://www.aha.org>

Het zal duidelijk zijn dat in een dergelijke opzet er ook voor de ziekenhuizen daadwerkelijk iets te kiezen moet zijn. De huidige zeer strikte capaciteitsplanning van medisch specialisten zal derhalve losgelaten moeten worden. Vanuit ziekenhuizen geredeneerd is het opleiden van het hoogwaardige medische en verpleegkundige personeel onderdeel van een breder en ten dele internationaler human resources beleid en strategie. Met andere woorden, zij zouden naar de bestaande Nederlandse opleidingen veel meer klant en co-producent moeten worden, dan passief afwachten van wat wordt opgeleverd. Er is in zo'n systeem vermoedelijk niet zoveel behoefte aan constructies als een onafhankelijk planbureau of capaciteitsorgaan; de vraag naar opgeleide medisch specialisten en hoogwaardig ander professioneel personeel dient te worden geformuleerd door de ziekenhuizen, zowel door ieder afzonderlijk als collectief.

Als reactie op toenemend kritische patiënten, zal elk ziekenhuis meer dan nu de mogelijkheid moeten krijgen integrale kwaliteitszorgsystemen op te zetten, waarbinnen alle professionals toetsbaar zijn. Er zal een verschuiving plaatsvinden van nationale, wettelijke legitimering van medisch handelen naar verankering in organisaties en hun reputaties en kwaliteitssystemen. Systemen van tuchtrecht en collegiale toetsing zullen daarbij zeker noodzakelijk blijven. In die zin gaat het vak van medisch professional een nieuwe fase in. Toch zullen grote delen van de vervolgopleiding, specialisatie, verantwoording, kwaliteitstoetsing en prestatiebeoordeling moeten verschuiven naar de medisch-curatieve organisatie (die daarop ook aanspreekbaar is door inspecties, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties/pressiegroepen), gezien de vereiste transparantie en toenemende druk van de concurrentie. In een dynamische, vraaggestuurde markt wordt medische kwaliteit, veiligheid en betrouwbaarheid het ultieme imago-instrument. Daardoor moet een goede aansluiting tussen het professionele en het organisatorische kwaliteitssysteem mogelijk zijn. In onze visie ontstaat er toenemend een 'normale' internationale arbeidsmarkt van medische professionals. Dat wil zeggen dat mobiliteit en erkenning van diploma's en afstemming van opleidings- en vestigingseisen door geheel Europa zullen blijven doorgaan. De Nederlandse ziekenhuizen concurreren dan om schaars personeel op deze markt. Verder heeft het 'gewone' karakter ermee te maken dat professionals en ziekenhuizen zelf onderling en onderhandelend uitmaken welk type en inhoud van contract zij sluiten.

Zowel de modellen van contractering en beloning van professionals als die van topstructuur en zeggenschap zullen binnen deze randvoorwaarde veel verder uiteen moeten gaan lopen. Dat gebeurt vooral afhankelijk van de strategische kracht en aantrekkelijkheid van de onderneming enerzijds en de schaarste, ondernemingszin en kwaliteitsniveaus van de professionals anderzijds. Dit loopt van loondienstconstructies, al dan niet met bonussystemen en dergelijke tot en met freelance en onderaanneming (bijvoorbeeld bij maatschappen, zoals van verpleegkundigen), maar ook de mogelijkheid van doorgroei in partnership van het ziekenhuis als totaal. Het zal duidelijk zijn dat ziekenhuizen met aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden en een goede reputatie het meeste eisen kunnen stellen en andersom geldt dit ook voor topspecialisten. Uiteraard is er op een dergelijke arbeidsmarkt ruimte voor vakbonden of beroepsorganisaties die als het ware een deel van de onderhandelingen overnemen of trachten te standaardiseren.

Kern is wel dat de contracten flexibeler en meer afgestemd op de vraag en strategie van het ziekenhuis moeten worden. Een goodwill constructie, met andere woorden een systeem waarbij men zich moet inkopen in de opgebouwde omzet, klantenrelaties en winstverwachting, kan een van de manieren zijn waarop ziekenhuizen zich positioneren op deze arbeidsmarkt. De ervaring met de Nederlandse academische ziekenhuizen leert dat dit zeker niet noodzakelijk is en tevens zeker niet moet leiden tot inflexibiliteit van de onderlinge verhoudingen. Twee kernvragen spelen tevens hierbij nog. Is het onderdeel waarin betrokkene zich inkoopt wel het meest verantwoordelijk voor opbouw van klantenkring en reputatie? En: in een werkelijk goodwillmodel is eenieder zelf verantwoordelijk voor het vinden van een opvolger die bereid en in staat is de opgebouwde goodwill te betalen, is dit wel de praktijk in veel gevallen? En wat te doen als ziekenhuis als de betrokken maatschap niet tijdig heeft gezorgd voor opvolging?

In de nieuwe visie op de ziekenhuisorganisatie als 'normale' professionele onderneming die tegelijk veel verdergaand dan nu mag differentiëren in omvang, aard en reputatie van de te leveren zieken-

huiszorg, past ook een grote diversiteit aan inrichting van deze professionele organisaties. Dit betreft zaken als wijze van strategiebepaling, winst- en rendements- en risicoverdeling, soorten contracten met medische professionals, de plaats en rol van (deel-)maatschappen van professionals etc. In de grotere ziekenhuizen zullen modellen van intrapreneurship kunnen ontstaan, vergelijkbaar met die in universiteiten en academische ziekenhuizen rond ondernemende hoogleraren, in de kleinste kan zeer goed sprake zijn van een *doctor owned* constructie, met andere woorden een maatschap van leidende professionals in de top van de organisatie.

We spreken hier bewust steeds van professionals en niet alleen van medisch specialisten. Niet alleen de relatie van de professional met het ziekenhuis zal veranderen, maar ook de positie van de professionals onderling. Zo zal ook de huidige functionele opbouw van het takenpakket in een ziekenhuis waarschijnlijk verlaten worden. In het spectrum van specialist tot verzorgende figuren verder: verpleegkundigen, case-managers, basisartsen, co-assistenten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, laboranten et cetera. Daartussen is wellicht ruimte voor specialistischer verpleegkundigen en korter opgeleide ziekenhuisartsen, met name voor de acute zorg. Deze kunnen verschillende taken in het ziekenhuis op zich nemen, zoals voorbereidend werk, case-management, patiëntenvoorlichting, nazorg en controle. Maar het is dus ook goed denkbaar dat een deel van deze professionals, met name degenen die cruciaal zijn voor het strategisch profiel dat het betrokken ziekenhuis neer wil zetten, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen en sommige paramedische professionals e.d. eenzelfde zware positie in de interne overleg, respectievelijk eigendomsstructuur krijgt als medisch specialisten.

In het United Kingdom wordt momenteel een onderzoek gedaan naar nieuwe rollen en taken voor verpleegkundigen. Gedacht wordt aan specialisatie tot anesthesisch of chirurgisch assistent, of in het geven van nabehandeling bij patiënten thuis. Een van de redenen hiervoor is overigens het aantrekkelijker maken van het beroep.

Vooraf bij veel voorkomende en niet levensbedreigende ziektebeelden kan het delegeren naar andere beroepsgroepen een efficiënte werkwijze opleveren. Elk ziekenhuis zal nu eenmaal voortdurend de mogelijkheden voor een efficiënte en goede taakverdeling tussen verschillende categorieën personeel moeten verkennen. De medisch-technologische ontwikkelingen vereisen daarnaast ook steeds opnieuw een herijking op dit punt. Bovendien zou verrijking van het takenpakket van verpleegkundigen een belangrijk onderdeel van het verzuimbeleid kunnen zijn.

Daarbij wordt het steeds belangrijker dat de arts, of behandelaar, voor de patiënt door het hele proces herkenbaar aanwezig is. In elk geval moet iemand het primaire aanspreekpunt zijn voor patiënten en hun informele verzorgers. Het gaat dan om het hele logistieke proces, van eerste contact of acute opname tot aan operatie, nazorg en controle, inclusief de koppeling naar de thuissituatie (familie, huisarts, thuiszorg).

Bovendien staat nog open hoe er tot een goed opgeleide ziekenhuisarts gekomen moet worden. Sowieso is de vraag wat de meest efficiënte manier van opleiden is. Het huidige stelsel leidt tot tekorten en wordt gekenmerkt door de woorden: 'te knap, te duur en te lang'.

Ten behoeve van het in de toekomst overleiden van basisziekenhuizen in dunner bevolkte gebieden, is het nodig dat er een opleiding komt voor een breder inzetbare medisch specialist. In het opleidingsgamma van medisch specialisten dient opgenomen te worden de opleiding voor een basisarts die de meest basale en alle urgente ingrepen kan en mag verrichten. Deze opleiding dient te passen in Europese richtlijnen ten aanzien van het vak van dokter. Zo goed mogelijk moet worden aangesloten op bestaande opleidingspaden, bijvoorbeeld door deze opleiding te plaatsen na de opleiding tot basisarts en verdere medische specialisatie mag niet worden uitgesloten, sterker nog, moet na enige jaren facultatief worden aangeboden. Het betreft hier een ander concept dan dat van de Spoedeisende Eerste Hulparts, aangezien dit wordt gezien als een specialisatie naast andere specialisaties. Wij denken dat er in Nederland weinig plaatsen zijn waar een dergelijke arts een volledige en goede dagtaak kan vervullen en tevens dat het juist niet tegemoet komt aan de behoefte in de dunnerbevolkte gebieden om de acute zorg overleiden te houden.

Op het platteland van Griekenland is een aantal basisziekenhuizen opgericht om een goede dekking en bereikbaarheid te garanderen. Gegeven het eiland-karakter van dit land voorwaar geen sinecure. Het blijkt dan ook dat deze ziekenhuizen voornamelijk bemant worden door huisartsen en dat deze met name huisartstaken uitvoeren. Waar nog aan gewerkt wordt, is een goed verwijssysteem naar de gespecialiseerder ziekenhuizen in dichter bevolkte gebieden.

Ook in de ontwikkeling naar het ziekenhuis als **professioneel risicobedrijf** ligt een majeure uitdaging voor de huidige organisaties. Management, raden van toezicht, medisch specialisten, verpleegkundigen, maar ook de vele andere spelers die zich met kwaliteit en risico's bemoeien, zoals inspectie, branchevereniging, consumentenbond en de media, zullen hiermee nog moeten leren omgaan. De primaire verantwoordelijkheid ligt echter bij de ziekenhuisonderneming als brandpunt van het risico in de zorgketen.

5. Het maatschappelijk ondernemende ziekenhuis

Het ziekenhuis van de toekomst staat veel meer in de samenleving: meer in verbinding met de huiselijke sfeer van de patiënt (**verbonden**), met andere zorgondernemingen, klinieken en maatschappen (**modulair**), met financiers zoals zorgverzekeraars en werkgevers (**ondernemend**) en met de bredere omgeving vanuit transparantie over kwaliteit, specialisatie en risicobeheersing (**reputatie** en **betrouwbaarheid**).

Dit ziekenhuis staat met zijn gezicht naar de samenleving en de patiënt toe en tegelijk in een competitief veld waarin de strategische druk toeneemt. Deze druk wordt opgevoerd door patiënten die toenemend kunnen 'shoppen', door verwijzers waarvoor hetzelfde geldt, door media en patiëntengroepen die zich meer als Non Gouvernementale Organisaties gaan gedragen, dat wil zeggen als pressiegroepen op overheid en uitvoeringsorganisaties en, niet in de laatste plaats, door personeel en dokters die zelf specialistische initiatieven starten of hun heil elders zoeken.

Tegelijk opereert het ziekenhuis van de toekomst nog steeds sterk in een publieke en politieke context. Naast verantwoordelijkheid voor continuïteit en continue kwaliteit, heeft het dus ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het publiek en zijn plaatsvervangers, de politiek en de media, opereren als extra strategische spelers waarmee terdege rekening moet worden gehouden.

Deze hoofdrichting is samen te vatten als het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. Zelfstandig opererend op drie fronten: commerciële markten, publieke financiering en (soms) gedetailleerde wetgeving en betrokken burgers. Met concurrentiekracht op de markt, met verantwoordelijkheid en transparantie rond overheidsbudget en publieke doelen en met maatschappelijke verantwoordelijkheid en verantwoording aan de burgerij. Dit model is als een soort Nederlandse 'derde weg' tussen staat en markt nu in discussie en zal de komende tien jaar worden uitgebouwd, ook voor en door ziekenhuizen.

Waaruit bestaat die maatschappelijke verantwoordelijkheid van een toekomstig ziekenhuis boven op de verantwoordelijkheid voor het goed en verantwoord en klantvriendelijk laten verlopen van het eigen kernproces en het rechtmatig en doelmatig beheer van overheidsmiddelen?

Ten eerste gaat die verantwoordelijkheid verder dan het simpelweg aanbieden van de beschikbare medische mogelijkheden. Het gaat om wat het beste is voor de patiënt, en niet in eerste instantie om de belangen van het ziekenhuis, de belastingbetaler, de dokter of de toeleverende industrie. Niettemin zal expliciete rantsoenering van beschikbare middelen nog lange tijd een rol blijven spelen: wie komt er wel en wie niet in aanmerking voor een behandeling, wie is urgent, wie kan er op een wachtlijst, en zullen wij deze intensieve ingreep nog bij deze patiënt doen? Uiteraard betreft dit in eerste instantie een afweging tussen de patiënt en de arts, maar niettemin kan het ziekenhuis hierin een eigen beleid voeren. Het ziekenhuis zal blijvend de afweging van de professionals tussen het medische aanbod en de financiële consequenties moeten ondersteunen. Daarbij gaat het ook om het aanspreken van patiënten op hun gedrag, en om voorlichting en 'empowerment' van de patiënt op de terreinen waar deze grip kan hebben.

De maatschappelijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis uit zich ook in een actief voorlichtingsbeleid, bijvoorbeeld over incidenten, fouten of pijnlijke keuzen zoals het sluiten van locaties.

Maar ook over successen, innovatieve ontwikkelingen en beleidsbeslissingen. Wat daarbij hoort, is een maatschappelijk jaarverslag, waarin verantwoording wordt afgelegd over de gemaakte afwegingen op een voor burgers en samenleving begrijpelijke wijze.

Vervolgens heeft het ziekenhuis een maatschappelijke verantwoordelijkheid inzake het handhaven van haar eigen bereikbaarheid en de aansluiting op andere zorgvoorzieningen. Toegankelijkheid, en daarmee spreiding van voldoende en adequate ziekenhuisvoorzieningen voor iedere burger in het werkgebied, is niet alleen een zorg van de politiek, maar ook van het ziekenhuis zelf. Niemand is gehouden tot het organisatorische of financiële onmogelijke, maar actief eigen beleid mag hierbij verwacht worden, evenals het openstaan voor verzoeken om bijstand. Dat kan natuurlijk tot andere uitkomsten leiden dan louter het openhouden van de bestaande ziekenhuislocaties. Juist hier kan de meerwaarde blijken van het deskundige ziekenhuismanagement. Hierover dienen wel gewoon zakelijke afspraken gemaakt te kunnen worden. Met andere woorden, functies die een zwakkere locatie niet meer kan vervullen, kunnen tegen zakelijke voorwaarden worden overgenomen door andere, sterkere vestigingen.

Ten vierde heeft het ziekenhuis een zekere verantwoordelijkheid voor de toestand van de volksgezondheid in haar adherentiegebied. In elk geval dient het ziekenhuis de bereidheid te hebben om de eigen expertise hierop in te zetten. Vooral in geval van crises, onbekende, nieuwe ziekteverschijnselen of sterk lokale ontwikkelingen, dient het ziekenhuis in te springen en bij te dragen aan een oplossing. Maar ook ten aanzien van preventie of ontwikkelingen in de volksgezondheid heeft het ziekenhuis een zekere taak, naast de instellingen voor basisgezondheidszorg.

Tenslotte heeft het ziekenhuis een maatschappelijke verantwoordelijkheid als gemeenschap in zichzelf en als verzamelplaats van verschillende soorten mensen, zoals werknemers, patiënten, toeleveranciers, bezoekers. Dat betreft de zorg voor een veilig klimaat, veilige arbeidsomstandigheden, het handhaven van de hygiëne, het opsporen en aanpakken van misstanden en fouten, het openstaan voor diversiteit aan culturen, het bieden van verblijfs-, recreatie- en eetmogelijkheden, een duidelijke routing door het pand et cetera.

Deze visie op het toekomstige ziekenhuis heeft grote gevolgen voor de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist. Ook specialisten zullen hun aandeel moeten waarmaken in het maatschappelijk verantwoord ondernemen. De contractuele relaties en de beloningsstructuur van het ziekenhuis zullen hierop moeten aansluiten: als een ziekenhuis deze verantwoordelijkheden expliciet wil waarmaken, heeft dat effecten op de werkwijze en de verhouding met artsen en andere professionals. Een kwaliteitstoetsing door vakgenoten op louter medisch-technische gronden en een honorariumstructuur die alleen medische verrichtingen beloont, passen daar niet bij. Er mag in een moderne honorariumstructuur voor professionals wel degelijk rekening worden gehouden met economische motieven zoals schaarste en productiviteit, en dat mag dan ook veel individualistischer. Louter belonen naar productiviteit van verrichtingen is echter geen goede zaak, omdat veel nuttige zaken die niet direct te labelen zijn als 'productie' ook beloond moeten worden (goed consult, spreekuur in de wijk, bezoek aan huisartsen, voorlichtingsavonden, doorverwijzen).

6. De ziekenhuisbranche als deskundige en betrokken publieke partner

Hierboven is het toekomstperspectief voor de Nederlandse ziekenhuizen langs vier strategische lijnen geschetst. Daarin wordt zo goed mogelijk tegemoet gekomen aan de te verwachten ontwikkelingen met behoud van de eigen private, maatschappelijke verantwoordelijkheid van ziekenhuizen. Het gaat om een omvangrijk en intensief veranderingsproces met vele partijen en dus belangen en perspectieven. In het veranderingstraject zal een krachtige, gezagvolle en visionaire branchevereniging daarom een belangrijke 'procesmanagementrol' moeten vervullen. Uiteraard niet alleen. Met steun van de eigen achterban en de Orde van Medisch Specialisten, maar ook van Ministeries, toezichthouders, patiëntenorganisaties en nog vele anderen.

Het is zaak dat de NVZ zoveel mogelijk een koers uitzet die leidt tot een vorm van 'master of your own destiny'.

Hiervoor is al aangegeven dat de branche van ziekenhuizen maatschappelijk zal moeten gaan ondernemen. Met andere woorden, dient te onderkennen dat ziekenhuizen van de toekomst zowel opereren dankzij publieke middelen, vanuit publieke belangen, als eigen ondernemersactiviteiten moeten ontplooiën in een meer commerciële setting. Het Nederlandse ziekenhuis van de toekomst blijft tussen markt en overheid instaan. Die positie vereist een visie op de - grenzen van de - eigen verantwoordelijkheid en op de kerncompetenties die eigen zijn aan de organisatie.

De maatschappelijke verantwoordelijkheid van het toekomstige ziekenhuis reikt daarmee verder dan het netjes opereren en afleveren van patiënten. Het gaat om het faciliteren van de afwegingen die plaatsvinden tussen arts en patiënt, over het al of niet aangaan of staken van een behandeling, bijvoorbeeld een experimentele. Deze verantwoordelijkheid betreft ook het versterken van de patiënt in zijn vermogen tot beslissen, door voorlichting, verantwoording en ondersteuning, ook van zijn omgeving. Het heeft te maken met bereikbaarheid en toegankelijkheid en een coöperatieve opstelling ten opzichte van andere zorginstellingen in het maken van afspraken en het overdragen van patiënten. De regionale volksgezondheid is ook een gedeelde verantwoordelijkheid van het ziekenhuis, zeker wanneer er bij crises of bij patiënten die tussen wal en schip dreigen te vallen, moet worden ingegrepen. Daarnaast heeft het ziekenhuismanagement een bijzondere verantwoordelijkheid voor de gemeenschap die het ziekenhuis als 'huis' voor patiënten, bezoekers en medewerkers vormt.

Tegelijkertijd vergt het van ziekenhuizen een hoge mate van ondernemerschap om te kunnen blijven opereren onder een overheid die conflicterende signalen uitzendt. Bovendien bevinden zij zich toenemend in een krachtenveld waarin verschillende partijen de krenten uit de ziekenhuispap willen plukken. Het is de unieke opdracht voor het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming om deze twee - vaak conflicterende - krachten met elkaar te verzoenen.

Het motto hierbij is dat er een **contract met de samenleving** moet komen. Een contract om aan te geven dat de branche ergens voor staat, namelijk het leveren van het publieke goed medisch-curatieve zorg en op die pretentie afgerekend mag worden. Tegelijk is daar ook huiver voor in de branche. Om te beginnen staat de Nederlandse gezondheidszorg er na jaren gedetailleerde overheidssturing qua imago en prestaties niet best voor. Het is dan moeilijk daar maar even verantwoordelijkheid voor te nemen. Vervolgens is ook de sector zelf natuurlijk decennia lang opgevoed in een systeem van gedetailleerde regels, budgettaire onderhandelingen en omgang met beleidsparadoxen. Een omslag naar meer private verantwoordelijkheid in een geliberaliseerd bestel zal dus eveneens een cultuurproces

van lange adem zijn. Tenslotte is er zeker ook huiver voor de zogenaamde systemen van 'afrekening', zoals deze nu zichtbaar zijn rond bepaalde privatiseringen en vooral deprivatiseringen. Deze processen zijn in de beleving van professionele ziekenhuisbestuurders wel erg politiek en publiek gedreven en weinig gericht op de werkelijk te leveren prestaties. Toch moet en wil de branche deze route op: meer private verantwoordelijkheid, met bijbehorende bevoegdheden, liberalisering van het bestel, en dus ook loslaten van de vele beschermingswallen die er zijn, meer transparantie en dus ook keuzevrijheid voor de patiënt en zorgverzekeraar, meer sturing op prestaties en dan ook betere selectie op goed management. Al deze voornemens zijn op – geduldig – papier ook bestaand beleid, maar de branche van de ziekenhuizen en de individuele ziekenhuizen voorop zullen zelf hierin in praktijk stappen moeten gaan zetten om het bestaande rollenpatroon te doorbreken. Alle weerstanden tegen verandering uit de schoolboekjes zullen zich hierbij voordoen: cynisme, *not invented here*-gedrag, deelgroepen in de eigen achterban die overheidsbescherming of de pers opzoeken om de vuile was buiten te hangen, externe partijen die elk incident zullen aangrijpen om aan te geven dat 'de ziekenhuizen het niet kunnen'.

Er zijn grofweg drie systemen denkbaar om op macroniveau een branche die sterk wettelijk en publiek wordt gestuurd te liberaliseren: een publieke variant, de regulator; een publiek/private variant, zoals een publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie, en een private variant, bijvoorbeeld de bedrijfstakorganisatie. Hoewel dus eenieder onderkent dat er nog een lange en vaak moeizame weg te gaan is, lijkt het toch het beste en meest passend te opteren voor de meest private variant, de branche die zelf het voortouw neemt. Toch betekent dit wel dat indringende afspraken met de belangrijkste partij inzake de deregulering, namelijk de overheid, gemaakt moeten worden over bevoegdheden, tussentijdse maatregelen, stappenplan van deregulering, hoe om te gaan met politieke druk in het proces etc. Het contract met de samenleving moet daarom drie elementen combineren:

- a. Een visie en deelname aan het stelseldebat vanuit eigen deskundigheid op basisziekenhuiszorg in de toekomst voor iedere burger in Nederland; de eigen deskundigheid slaat vooral op organisatorische vormgeving, mogelijkheden van nieuwe technieken, mogelijkheid van vormgeving van hospital-at-home tot hospital-at-a-distance. Vervolgens heeft de branche binnen deze visie een inspanningsverplichting tot leveren van deze basiszorg.
- b. Acties die de ziekenhuisbranche als geheel gaat ondernemen om systemen van modernisering, kwaliteitsverbetering, transparantie en verantwoording te verbeteren en te introduceren; dit in samenspraak met patiënten-consumentenorganisaties, overheidsinspectie en zorgverzekeraars; belangrijke voorbeelden zijn het eigen accreditatiesysteem, eigen benchmarksystemen, deelname aan het traject van transparante producten en productprijzen (DBC's) en corporate governance-instructies. De branchevereniging zal de afgesproken transparantiesystemen vervolgens dwingend opleggen aan haar leden en deelname aan de branchevereniging wordt een kwaliteitskenmerk;
- c. Een visie op het stappenplan dat de branche wenst te doorlopen op weg naar de geschetste toekomst; hoe daar meebeslissende partijen inpassen, zoals overheid, medisch specialisten en andere professionals, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars en mede een rol spelen.

Basisziekenhuiszorg

Er woedt in Nederland al twintig jaar een publiek debat over ons zorgbestel en ten tijde van dit onderzoek (2001) leek dit weer op een tussentijds hoogtepunt beland te zijn. Globaal bestaat dit debat telkens uit drie grote brokken:

- a. Welk verzekeringsstelsel combineert belangrijke wensen als solidariteit en brede dekking, toegankelijkheid en rechtvaardigheid, keuzevrijheid voor burgers, samenhang van financiële stromen passend bij samenhang in de zorg en in een toenemende Europese invloed en markt? Politiek topje van dit cluster lijkt steeds de vraag of we het onderscheid Ziekenfonds-Particulier de wereld uit helpen. Visies hierop zijn natuurlijk zeer sturend voor de komende tien jaar, inmiddels liggen er twee basisstukken: een breed gedragen SER-advies en een kabinetsstandpunt.
- b. Welke rolverdeling wensen we in het veld van zorg, met name de nieuwe rol van zorgverzekeraars, en welke wijze van sturing, regulering, vrijheden wensen we in de wijze waarop het aanbod van zorg is georganiseerd, welke ontwikkelingen doen zich daar voor en hoe dient daarop ingespeeld te worden?
- c. Parallel aan bovenstaande meer beleidsmatige clusters en deze ook voedend, is het telkens oploeiende debat vanuit de publieke praktijk van dit moment: schaarste, wachtlijsten, medische problemen en omvallende ziekenhuizen. Deze laatste categorie vormt als het ware de lakmoesproef voor de beide andere: als dergelijke problemen niet beter en tijdiger worden aangepakt, dan faalt iedere beleidsverandering.

Het is duidelijk dat in deze visieontwikkeling veel aandacht is gegaan naar de onderdelen b. en c., deze zijn immers het meest nabij voor ziekenhuisbestuurders en ook het meest hun verantwoordelijkheid. Toch ontkomt de ziekenhuisbranche niet aan het debat onder a.: via het toekomstig verzekeringsbestel wordt immers bepaald op welke (ziekenhuis-)zorg iedere burger, collectief of privaat verzekerd, recht heeft en hoe dit geleverd moet worden. Tevens is de huidige ziekenhuisvoorziening erg globaal omschreven, waardoor je zou kunnen zeggen dat de huidige ziekenhuisproducten zich altijd voor een heel groot deel binnen het collectief verzekerde pakket bevinden en de discussie dus wat langs hen heen gaat. Indien er DBC-formules zijn, kan het zijn dat in de omschrijving van het collectieve pakket en ook in polissen van individuele verzekeraars veel beter gespecificeerde omschrijvingen worden gemaakt van wat verzekerde ziekenhuiszorg is, en wat niet. Om die reden zou de branche het voortouw moeten nemen in een 'kleine stelseldiscussie'. Het gaat hier om een eigen visie op het collectief te verzekeren pakket van medisch-curatieve zorg en vooral de wijze van omschrijven ervan. Daarbij gaat het om zaken als zinnige DBC-omschrijvingen, wellicht ook met twee alternatieven (bijvoorbeeld opname versus medicijnbehandeling), die zodanig zijn opgesteld dat ze ruimte laten voor manageriale afwegingen en vooral zodanig omschreven dat het management kan blijven anticiperen op nieuwe ontwikkelingen in technologie en wijze van organiseren, zoals die hiervoor uitgebreid zijn geschetst. Veel medisch-curatieve zorg van de toekomst kan buiten strikte ziekenhuissettings, meer aan huis, meer op afstand, meer technologisch ondersteund plaatsvinden en deze organisatievarianten zullen dus ook vrijgelaten moeten worden. In de herdefinitie van de verzekeringen (stelseldebat) en de verstrekkingen (DBC-exercitie) die nu gaande is en de komende tien jaar **leading** kan zijn in verdere ontwikkeling, schuilt vanuit de hier geschetste visie het grote gevaar dat op grond van verouderde opvattingen en te gedetailleerde standaardproducten tegen standaard prijzen in standaard organisaties worden vastgelegd.

Spreiding

Een belangrijk onderwerp van publiek belang is de spreiding van acute en basisziekenhuiszorg. Overal in Nederland dient toegang te zijn tot kwalitatief goede zorg en er dient landelijke dekking te zijn voor de acute hulp en basiszorg. Hiervoor is al aangegeven hoe belangrijk het is dat dergelijke basiszorg beknopt, maar open naar de toekomst qua wijze van aanbieden en organiseren wordt omschreven. Als het gaat om het collectief te verzekeren pakket vergt dit ook een duidelijke wettelijke basis. In een echte kaderstellende wet staan dan ook heldere normen ten aanzien van bereikbaarheid (fysiek, geografisch, wachttijden, qualificaties van professionals) en van verantwoordelijkheid en bevoegdheid. Beide elementen, heldere krachtige publieke normen en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling, ontbreken nu in hoge mate. De branche zal daar via het zogenaamde 'kleine stelseldebat' actiever haar deskundigheid op moeten inzetten, maar ook haar eigen externe communicatie als betrouwbare publieke partner. Bij te grote delen van publiek en politiek is de fysieke uitdrukking van ziekenhuiszorg, namelijk het ziekenhuis, nog te doorslaggevend voor het vertrouwen dat ze hebben in een tijdige opname of hulp. Nu loopt vrijwel iedere ziekenhuisbestuurder die hieraan sleutelt om redenen van organisatie en budgettair kader hier tegen aan.

Bij bereikbaarheid en dus spreiding van de zorg is het belangrijk een onderscheid te maken tussen dun- en dichtbevolkte gebieden en tussen acute en basisziekenhuiszorg. Nogmaals: doorslaggevend criterium hiervoor wordt geleverd door wettelijke normen ten aanzien van geografische afstand dan wel minuten- of urengrenzen binnen welk tijdsverloop hulp geboden moet (kunnen) worden. Naarmate deze normen scherper worden gesteld, is daar natuurlijk ook een prijs voor, al is het maar dat de prijs verschuift van verrichtingenbasis naar kosten van instandhouding, oftewel potentiële leegloop van de betrokken voorziening. De branche zou het voortouw kunnen nemen in het opstellen van bedrijfseconomische modellen en berekeningen om dergelijke verbanden tussen normen en kosten helder te maken, ook hier weer gebaseerd op een moderne managerial inschatting van de beste wijze van aanbieden van dergelijke zorg.

In dunbevolkte gebieden staan maar weinig ziekenhuizen en vaak slechts maar één in een groot gebied. Het alles- in- één ziekenhuis zal voor dunbevolkte gebieden waarschijnlijk de belangrijkste verschijningsvorm blijven. Differentiatiemogelijkheden zijn hier beperkt evenals specialisatie, waarvoor de benodigde schaalgrootte ontbreekt. In een dergelijk basisziekenhuis wordt ook in de toekomst uitgebreide basiszorg geboden, waarbij complexe gevallen worden doorverwezen naar categorale of academische ziekenhuizen of met specialisten in deze ziekenhuizen worden besproken met behulp van teleconsultatie. Gezien de aard van de zorg die geleverd wordt in dit type basisziekenhuis, bestaat hier meer behoefte aan hoog opgeleide medisch generalisten dan aan specialisten.

Ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden hebben een kleinere staf van meer generalistische medisch specialisten, een duidelijk en adequaat budget voor het garanderen van acute zorg binnen bepaalde tijdsnormen en de bevoegdheden hierover zaken te doen met bijvoorbeeld ambulances en hebben een andere taak- en werkverdeling met de eerste lijn. De inrichting van kleinere klinische voorzieningen bij huisartsen, liefst in een groter en multidisciplinair organisatorisch verband en nauw samenwerkend met het ziekenhuis, moet worden bevorderd. Medisch specialisten, verpleegkundig personeel en huisartsen moeten extra voorzieningen en dergelijke krijgen indien zij zich wensen te vestigen in dunbevolkte gebieden. Dit hoeft niet alleen honorering te zijn, maar kan ook huisvesting,

scholing, doorgroeifaciliteiten betreffen. In hun kwetsbare positie zullen zij ondersteund moeten worden voor inhuur van ondersteuning elders, extra kosten voor mobiliteit en bereikbaarheid, extra compensatie op de arbeidsmarkt, verminderde voordelen van schaalgrootte en wellicht ook leegloop in sommige specialismen. Daar staat tegenover dat een extra inspanning gepleegd moet worden voor een toetsbaar en transparant beleid inzake de kwaliteit van deze ziekenhuizen.

De branche zal haar verantwoordelijkheid moeten nemen als dergelijke basisvoorzieningen, dreigen 'om te vallen' of onder een aanvaardbaar kwalitatief niveau komen te opereren. Overigens een reden om met transparante prijzen en budgetten te werken en niet te volstaan met de huidige fictie van eenheidsprijzen over het gehele land en voor elk ziekenhuis.

In dichtbevolkte gebieden zijn doorgaans veel meer ziekenhuizen en daardoor ontstaat de ruimte voor differentiatie tussen ziekenhuizen. Er kan een grote verscheidenheid aan verschijningsvormen ontstaan, variërend van gezondheidsparken met diverse paviljoens tot ziekenhuizen die zich hebben toegelegd op een of meerdere specialismen, aandoeningen, doelgroepen of type ingrepen. Het alles-in-één ziekenhuis zal hier niet langer het enig voorkomende type zijn, er zal een veel grotere diversiteit ontstaan. De basisziekenhuiszorg zal zich in die gebieden waarschijnlijk goed laten regelen via inkoopconcurrentie door zorgverzekeraars, zeker als maatregelen worden genomen tot het tegengaan van schaarste en monopolies. Aangezien de NMa niet besluit over reeds ontstane monopolies, maar alleen over het misbruik hiervan, zal hierop specifiek beleid ontwikkeld moeten worden.

Acute zorg

Acute zorg is een aparte vorm van zorg met een zeer duidelijk publiek karakter. Om bevoegdheden, verantwoordelijkheden en budget meer in een hand te krijgen, wordt aangeraden de acute zorg en de bijbehorende 'minutengrens' tussen melding en daadwerkelijke hulp en ambulanceaanwezigheid geheel tot de verantwoordelijkheid van betrokken ziekenhuizen te maken. Dat betekent dat de ziekenhuizen, nadat de melding via de centrale meldkamer is binnengekomen, moeten zorgen dat zij binnen een wettelijke norm een acute diagnose stellen en vervolgens op tijd acute zorg laten arriveren. Hoe dat proces door de ziekenhuizen wordt ingericht is aan hen (zelf capaciteit hebben, allianties aangaan); zij dragen wel verantwoordelijkheid voor het voldoen aan de wettelijke norm.

Ook bij acute zorg zit er een verschil tussen dicht- en dunbevolkte gebieden. In dunbevolkte gebieden zal elk ziekenhuis acute zorg moeten leveren, al zal het hier vaak voorkomen dat complexe of specialistische gevallen moeten worden doorverwezen. In dichtbevolkte gebieden, waar de dichtheid van ziekenhuizen groter is, hoeven niet alle ziekenhuizen acute zorg te leveren. Het kan zijn dat één of een aantal ziekenhuizen al voldoende is om deze zorg dekkend te maken.

Gezien het publieke karakter ligt een concessiestelsel voor acute zorg voor de hand. De concessies worden voor een bepaalde periode uitgegeven door de zorgverzekeraar of de overheid zelf, waarbij dus in dichtbevolkte gebieden waarschijnlijk beter valt te kiezen dan in dunbevolkte.

Tenslotte is er nog het fenomeen van de 'omvallende' ziekenhuizen, hetgeen zich op allerlei plaatsen in Nederland kan voordoen, zowel in dunbevolkt als in dichtbevolkt gebied en zowel bij grote als kleine ziekenhuizen. Bovenstaande heldere visie op noodzakelijke en bereikbare medisch-curatieve zorg is als toetsingskader hiervoor natuurlijk essentieel: hoe erg is het dat deze voorziening daar ver-

dwijnt? Vervolgens zou het uitgangspunt moeten zijn, dat zwak management en toezicht mogen verdwijnen en de wettelijk genormeerde zorg zoveel mogelijk wordt voortgezet. Bij dit laatste hebben omliggende en ondernemende ziekenhuisorganisaties een bijzondere verantwoordelijkheid. De branche zou dit soort incidenten meer moeten gaan benutten om haar visie op noodzakelijke en bereikbare medischcuratieve zorg extern te communiceren.

De branchevereniging als keurmerk

De NVZ als branchevereniging stelt zich ook open voor commerciële aanbieders in het medisch curatieve veld, inclusief ondernemende initiatieven van medische en verpleegkundige professionals. Aangezien de toelatingscriteria niet meer zomaar gekopieerd kunnen worden uit de wet of hedendaagse blauwdrukplanning, ontwikkelt zij hiertoe eigen toelatingscriteria. Er moet een duidelijke erkenningsregeling komen voor ziekenhuizen die vooral geënt is op kwaliteitsnormen en mogelijkheden tot toetsing door bestuurlijk verantwoordelijken en inspectie. Deze erkenning moet zo eenvoudig mogelijk zijn en weinig voorschriften omvatten naar aard en omvang van het ziekenhuis. Medisch specialisten werken altijd via dergelijke toegelaten organisaties, maar deze kunnen dus onderling sterk verschillen.



Een aantal Spaanse ziekenhuizen heeft zich aangesloten bij de Amerikaanse Accreditatie commissie voor het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden. Het eerste keurmerk is twee jaar geleden door deze commissie toegekend aan een privaat ziekenhuis in Barcelona; <http://www.jcaho.org>

De branche zal zeker ook actief moeten zijn in het voorzien in leemten in het aanbod, door bijvoorbeeld het formuleren van criteria bij de verdeling van kostbare investeringsgoederen zoals gebouwen en apparaten.

Het toewijzen van verantwoordelijkheid

De maatschappelijke en politieke bereidheid om zaken los te laten, hangt natuurlijk sterk samen met het vertrouwen dat men heeft in de ziekenhuisbranche. Om het vertrouwen te krijgen dat de overheid kan volstaan met 'toezicht' op wettelijke normen, is de 'transparantie' van de top van deze private partijen doorslaggevend. Dit is niet alleen een kwestie van 'corporate governance', maar ook een kwestie van het eenduidig en helder vaststellen wie waarvoor verantwoordelijk is. In onze eindvisie zijn deze verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk neergelegd:

Het ziekenhuis en met name de ziekenhuisbestuurders zijn volledig verantwoordelijk en krijgen dus ook de bijbehorende bevoegdheden inzake het voorkomen en borgen van de kwaliteit van medisch handelen en werkprocessen en voor levering van afgesproken producties/functies.

De raden van toezicht houden toezicht op het management en zijn verantwoordelijk voor adequaat toezicht, respectievelijk voor ingrijpen en 'changing horses' als er conflicten dreigen of andere zaken van topmanagement niet 'up to standards' zijn. Een verdere beïnvloeding en verantwoording van dit

oordeel van de raden van toezicht door maatschappelijke partijen is daarvoor wel belangrijk.

Omliggende en ondernemende ziekenhuizen zijn wel verantwoordelijk zich in te spannen wegvallende ziekenhuis(voorzieningen) op te pakken op een zo goed en verantwoord mogelijke wijze, echter niet om bestaande locaties coûte que coûte overeind te houden. Indien dit wel wordt gedefinieerd als een publiek belang, is het aan de overheid via wettelijke normering en dan ook bijbehorende voldoende incentives en systeemprikkels ervoor te zorgen dat deze publieke normen van bereikbaarheid en toegankelijkheid ook managerial kunnen worden waargemaakt.

De NVZ als branchevereniging kan ondersteunend, stimulerend en prikkelend meewerken aan het onderbouwen en faciliteren van deze verantwoordelijkheden, maar is niet de zelf direct aanspreekbare partij op een van deze potentiële probleemkwesities. Dit is vanuit borging en mogelijkheid tot aanpakken van problemen ook niet verstandig, aangezien er veel meer mogelijkheden tot maatschappelijk ondernemerschap zijn, dan bij een nationale en collectieve aanpak als branche valt te verwachten.

Dat de branche zich actief wil opstellen, blijkt bijvoorbeeld al uit het feit dat zij met dit rapport het voortouw neemt in het mee-definiëren van deze publieke belangen en niet afwacht tot de wetgever daarmee komt. In het hiernavolgende hoofdstuk gaan we in op het stappenplan dat de branche nodig heeft om tot verdere liberalisering te komen.

7. Fasegewijze veranderingsaanpak: verantwoorde liberalisering

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven welke ontwikkelingen en stromingen te onderkennen zijn in de zorg zoals die er in de toekomst uit zal zien. Het is echter duidelijk dat het huidige stelsel niet de vrijheid biedt om adequaat en inspirerend in te spelen op de huidige ontwikkelingen.

Zo is op het moment het alles-in-één-ziekenhuis nog dominant. Fysiek, cultureel en organisatorisch bestaat een grote uniformiteit door het hele land, ingericht met grote zuinigheid. Daardoor heeft de ziekenhuisbranche de volgende kenmerken: weinig 'slack' in het systeem, vooral kostenefficiënt op ambtelijke wijze, niet echt klantgericht, niet erg innovatief en niet gericht op medische of sociale effectiviteit. Dat wordt in hoge mate afgedwongen door standaardisaties uit het wettelijk systeem.

Bescherming

Er staan veel beschermingswallen rond het ziekenhuis. Het 'korset' waar de overheid de gezondheidszorg in heeft geperst en dat zowel de adem beneemt als het systeem in stand houdt, bestaat onder andere uit:

- Toelatingsvoorwaarden
- Regulering privé-klinieken
- Het algemeen verbindend verklaren van de CAO
- Bouwplanning en gereguleerde spreiding
- Het vergoeden van verrichtingen via het ziekenhuis
- Tegengaan vrije vestiging artsen
- Contracteerplicht van zorgverzekeraars
- Vergoedingensysteem op basis van vastgestelde tarieven
- Toebedeling budgetkader per ziekenhuis binnen macrobudgetkader

Aanbodplanning

Overheid, management en professionals zijn inmiddels getraind in twintig jaar gedetailleerde aanbodplanning volgens 'sjablonen'. Het systeem wordt immers zeer sterk gefinancierd uit collectief opgelegde premies, waardoor weinig ruimte bestaat voor andere vormen van financiering. Vervolgens levert het standaarddiensten voor wie daar vanuit de regelgeving recht op heeft. Dat biedt dus weer weinig ruimte aan ondernemerschap en klantgerichtheid.

Dat leidt tot de volgende grote problemen in het medisch curatieve bestel:

- Wachtlijsten, die ten dele een politiek karakter vertonen en ten dele voortkomen uit de inflexibiliteit in de planningssystemen;
- Een cultuur die vergeven is van schaarstedenken en preoccupaties met budgettaire druk, zelfs als er extra middelen lijken te zijn;
- Een onvoldoende aansprekende werkomgeving voor de moderne werknemer en dus te weinig personeel;
- Een stelsel dat ondernemend management en ambachtelijke professionaliteit wegdrukt;
- Een bureaucratie die tot kostenafwentelingen leidt van alle partijen, inclusief de overheid (onder andere tariefkwesties, goodwillproblematiek, bouwkosten);
- Machtsconflicten in het ziekenhuis; het professionele zorgproces wordt slecht gemanaged. Het management is vaak vooral gericht op financiële beheersing binnen wettelijke kaders. Telkens weer spelen in spannende tijden conflicten tussen directie en medische staf op.

- Een onvoldoende openheid van het systeem voor de wensen van patiënten, zowel wanneer zij meer koopkracht willen aanwenden, als wanneer zij meer invloed willen uitoefenen op hun behandeling of aanvullende diensten zouden willen betrekken;
- Innovatie komt van buiten; doorbraken komen min of meer van buiten het systeem, maar worden doorgaans wel goed geïncorporeerd: toeleveringsindustrie, medisch-technologische ontwikkelingen, privaat kapitaal van werkgevers of burgers en innoverende artsen.

Een omslag in het bestel: Verantwoorde liberalisering

Een meer innovatieve en rigoureuze omslag in het gehele bestel is nodig om in te spelen op de trends en de huidige knelpunten. We zetten dit uiteen onder de noemer **Verantwoorde liberalisering**. Andere termen die voor deze omslag worden gehanteerd, zijn: **Managed competition** of **Maatschappelijk ondernemerschap**.

‘Verantwoord’

De eerste termen in deze begrippen, namelijk ‘verantwoord’, ‘managed’ en ‘maatschappelijk’ beklemtonen dat pure marktwerking op alle onderdelen van de gezondheidszorg zal leiden tot verslechteringen, zelfs ten opzichte van het huidige bureaucratische aanbodbestel. Belangrijke negatieve effecten zijn elders in de wereld zichtbaar:

Selectie van vitale medische diensten op inkomen (al dan niet via de omweg van de verzekeringenmarkt) of andere overwegingen, in plaats van op medische indicatie;

Griekenland kampt met grote regionale verschillen in gezondheidszorgvoorzieningen. Heeft Athene 6,4 ziekenhuisbedden per 1000 inwoners, het platteland moet het doen met maar 1,2. Dat hangt samen met een omvangrijk privaat aanbod in de grote steden Athene en Thessaloniki, en dan met name in de rijke wijken van deze steden.

Selectie van risico's bij verzekeringen, waardoor onverzekerbaarheid ontstaat;

Dekking van zorgverzekeringen in de Verenigde Staten:

Medicare	14%	Ouderen en gehandicapten
Medicaid	15%	Mensen met een laag inkomen
Private health insurance	65%	Waarvan 89% op basis van een betrekking
Onverzekerd	18%	

Medische overconsumptie als gevolg van omzetprikkel aan de aanbodzijde, die niet worden gecorrigeerd door de patiënt;

Sturing door de verzekeraar van de arts-patiënt-ziekenhuisrelatie, met slechts een beperkt korte termijnbelang, namelijk het indammen van de schadelast.

Een deel van deze effecten is niet tegen te houden vanwege het ontstaan van een internationale medische, verzekeraars-, patiënten- en arbeidsmarkt. Met andere woorden: moderne burgers met enig inkomen kunnen toenemend over de grenzen de zorg kopen, die de Nationale regering hen zou willen onthouden. Het 'verantwoord' slaat dus ook op het vinden van een evenwicht tussen nationaal bestel en internationale omgeving.

Spanje is een waar slagveld voor concurrerende verzekeraars. Internationale verzekeraars hebben dit inmiddels ook ontdekt. Sanitas, in handen van een Britse onderneming, is een van de drie grootste geworden.

Bovendien hangt deze term samen met publieke voordelen die nu gerealiseerd worden en die bij een volledig vrije markt niet of niet automatisch ontstaan. Daar hebben zij dan ook strenge wettelijke interventies nodig, zoals:

- Gelijke toegang;
- Goede spreiding over het land - als fysieke uitdrukking van de toegankelijkheid;
- Geen uitsluiting van medisch noodzakelijke zorg door onverzekerde (acceptatie- en zorgplicht);
- Solidariteit tussen ziek en gezond en rijk en arm in de premiehoogte.

Garanties voor minimale kwaliteit van zorg zijn bewust niet opgenomen in deze lijst, aangezien deze zowel in een volledig bureaucratisch, als in een volledig marktbestel te garanderen zijn. In toenemende mate worden deze dan ook door de burger/consument op alle terreinen afgedwongen.

Het is ook noodzakelijk dat in het geliberaliseerde stelsel extern toezicht door de overheid wordt gehouden. Kernelementen van een dergelijk toezicht zijn:

- Kwaliteitsinspectie op het primaire proces
- Toezicht op de besteding van collectieve middelen
- Toezicht op de marktwerking

Hiervoor is een krachtige, algemeen werkende inspectie nodig, die iedere aanbieder van zorg op gelijke en transparante wijze inspecteert.

Een additioneel instrument om aan kwaliteitsbevordering te doen is accreditatie. Accreditatie van ziekenhuizen is noodzakelijk om binnen een geliberaliseerde markt de kwaliteit te kunnen waarborgen en te controleren. Voorts is dit een uitstekende methode om reputatie en imago te benutten voor differentiatie tussen ziekenhuizen en voor patiënten om te selecteren.

Het 'verantwoord', 'maatschappelijk' of 'managed' ondernemen, bepaalt mede het soort partijen dat op het speelveld van de gezondheidszorg toelaten zouden moeten worden. In hun ondernemingsbeslissingen dienen zij de huidige, publieke, pluspunten te behouden.

Liberalisering

De term 'liberalisering' betreft eerst en vooral een verruiming van de keuzemogelijkheden van patiënten en daarmee een versterking van hun invloed. Pas in tweede instantie verwijst de term naar concurrentie, private geldstromen en marketing. Het versterken van de vraag moet echter gestructureerd worden, zeker als wij geen vrije gezondheidszorgmarkt voorstaan, waarin alleen de koopkracht telt.

Binnen het publieke bestel kan het marktmechanisme geïntroduceerd worden met instrumenten voor kunstmatige koopkracht, zoals vouchers en persoonsgebonden budgetten. Daarmee is in de gehandicaptenzorg al ervaring opgedaan. Of dit ook een goede optie is in de curatieve sector, zou nader onderzocht moeten worden, maar het is een serieuze mogelijkheid om vraagsturing te versterken.

Velen zijn nog onbekend met het instrument persoonsgebonden budget. Dit blijkt in de gehandicaptenzorg uit onderbenutting van de fondsen die beschikbaar zijn gesteld door de overheid. Echter, wanneer men het budget benut en dus zelf zorg inkoopt, dan blijkt men dat vaak veel efficiënter te doen: budgethouders realiseren vaak een bestedingspercentage van minder dan 85% van het totale budget dat hen ter beschikking staat.

Buiten het publieke bestel gaat het erom de private koopkracht toe te laten tot het systeem. Dat betekent minimaal dat alle aanbieders in de zorg privé-middelen zouden moeten kunnen innen.

Tot slot kan het informeren van de patiënt de vraag structureren; met maatregelen als het bieden van transparante verantwoording, het vergroten van de deskundigheidsmacht via patiëntenverenigingen, het toelaten en financieren van second opinions, het stimuleren van websites met patiënteninformatie etc. Daarbij zij opgemerkt dat bestuurlijke en overlegachtige manieren om de invloed van patiënten vorm te geven (zoals de wet medezeggenschap, wet geneeskundige behandelovereenkomst en de regiovisie) lang niet zo efficiënt en effectief blijken te zijn als elementen van het marktmechanisme.

8. Stappenplan

Elke visie en toekomstverwachting vergt eveneens een visie op de beste weg ernaartoe. Het gaat dan om stappen om te komen tot implementatie van de in deze visie opgenomen maatregelen en de beste wijze van anticiperen op de verwachte trends en ontwikkelingen. In het traject naar 2010 zien we dan de volgende markante periodes: 2002/korte termijn, 2003-2005/middellange termijn en 2005-2010/lange termijn. Deze periodes sluiten goed aan op in gang gezette eigen trajecten van de NVZ en tijdpaden die in breder verband zijn afgesproken, zoals rond de introductie DBC's en van de introductie regievoering door zorgverzekeraars.

Korte termijn (2002)

Op korte termijn gaat het om die maatregelen die het ziekenhuismanagement of de branchevereniging zelf al op eigen kracht en gezag kunnen entameren, dan wel om terreinen waar zoveel maatschappelijke en politieke 'sense of urgency' is, dat ook met andere partijen, voortvarende stappen gezet kunnen worden.

Dan zien we de volgende gebieden van actie:

Spoor I: tegengaan van schaarste en terugdringen wachtlijsten en wachttijden

Cruciaal voor elk verhaal dat pleit voor meer ruimte, liberalisatie en ondernemerschap, is de vraag hoe op korte termijn al minder schaarste op deze markt gerealiseerd kan worden. Het grootste gevaar dat dit verhaal bedreigt, is immers dat het irrealistisch wordt omdat er voorlopig wachtlijsten, krapte en dus gebrek aan competitie bestaan.

Op dit vlak zijn de volgende maatregelen te overwegen:

Betere benutting van de bestaande capaciteit; zowel van de fysieke capaciteit (bedden, OK's, apparatuur) maar vooral die van personeelscapaciteit. Voorzover de bestaande krapte wordt veroorzaakt door ziekenhuizen, gaat het in het bijzonder om een meer adequate toepassing van plannings-systemen vanuit de ICT, die de logistiek van patiënten, personeel en bedden beter op elkaar afstemt. In de planning van de bezetting is nog veel efficiëntie te behalen, op korte termijn, zonder de bestaande capaciteit te hoeven uitbreiden. Vooral van een planning- of matchingsysteem in de hele keten valt in dit opzicht veel te verwachten. Het management van ziekenhuizen kan nu al overgaan tot het beter logistiek inrichten en managen van deelprocessen vanuit een visie op het modulaire en open ziekenhuis. Zie hiervoor onder andere de suggesties uit de Moretstudie naar disease-management en de toepassing van internet in verwijsstromen zoals die nu al wordt onderzocht in de regio's Deventer en Leiden.

Het is dus moeilijk de impact van ICT op onder andere de organisatie van de curatieve zorg te overschatten. Er moeten dan ook stappen worden ondernomen om de potentie van deze technologie waar te maken: er dient in de toekomst voluit te worden geïnvesteerd in ICT, zowel vanwege patiëntenlogistiek en dus klantvriendelijkheid als om de schaarse professionals te ontlasten van niet-patiëntgerichte taken en handelingen. Een nadere financiële injectie op dit onderdeel kan daarbij helpen, maar de kern van het probleem van de geringe toepassingen zit nu in cultuur, management en ten dele in een generatiekwestie. Los van deze incidentele injectie zou er een meer structurele aanpak moeten komen. In de reguliere prijzen zou ook genormeerd de ICT-component meegenomen moeten worden om daardoor te stimuleren dat eenieder creatief aan de slag gaat met deze potentiële

investerings en verbeteringen. Uiteraard botst dit met twee belangrijke zaken die nu nationaal wenselijk worden geacht. Allereerst uitwisseling en levering van basisinformatie die vervolgens leidt tot nationale overzichten en beleidsinformatie. Vervolgens de noodzaak dat ook binnen ketens en regionale netwerken goed toegankelijk patiënteninformatie en dergelijke wordt uitgewisseld. Op deze beide onderdelen zou de NVZ met voorstellen en beleidsregels moeten komen, zoals in het hedendaagse ICT-platform, dat bijvoorbeeld ook sterk kijkt naar standaardisaties, zowel van hardware als van gegevensstromen.

Bij betere benutting van de personeelscapaciteit gaat het om een goed pakket aan maatregelen voor de terugdringing van uitstroom en ziekteverzuim, met name onder het verpleegkundig personeel. Het mag toch een gotspe genoemd worden dat juist de gezondheidszorg kampt met zeer hoge verzuimcijfers. Als het ziekenhuizen lukt te excelleren op het gebied van terugdringing van ziekteverzuim, dan slaan zij twee vliegen in een klap; zij hebben hun eigen capaciteitsprobleem opgelost en zij hebben hun eerste privaat aan te bieden product geformuleerd. Van een goed human resources beleid valt in dit opzicht overigens meer te verwachten dan van een medische aanpak. Dit pakket kan daarom wellicht aangevuld worden met het stimuleren van initiatieven zoals de verpleegkundigenmaatschap, het verrijken van de taken, het ontwikkelen van carrièreperspectieven en het organiseren van een uitwisselingsprogramma met bijvoorbeeld de thuiszorg.

In Nederland is de vervoersbranche ver met een systematische en succesvolle aanpak van het ziekteverzuim. De brancheorganisatie heeft daar het voortouw genomen met onderzoek naar beroepsziekten, voorfinanciering van maatregelen en informatievoorziening middels een tijdschrift. De bedrijven grijpen eerder in dan wettelijk is geregeld, maar de verzekeraar krijgt geen gegevens over de medewerkers. Opleidingen vormen een nadrukkelijk onderdeel van het interventieprogramma.

Tevens is het denkbaar te anticiperen op de noodzakelijke liberalisering door de wachtlijstgelden niet te verdelen naar omvang van wachtlijst, maar juist patiënten op de wachtlijsten met een vorm van rugzakfinanciering te plaatsen bij die ziekenhuizen die geen of geringere wachtlijsten en wachttijden hebben. Zie onder andere de recente vergelijkingen in het Algemeen Dagblad en het beter toepassen van de website van de NVZ. Met andere woorden het opzoeken van die plaatsen waar capaciteitsgebrek blijkbaar minder speelt en het belonen van degene die dat goed beheert en tijdig aangeeft. Daarmee verdere incentives gevend aan transparantie (het wordt interessant goed te communiceren naar patiënten en verwijzers hoe de wachtlijsten en wachttijden exact in elkaar zitten) en competitie (degene die het goed voor elkaar heeft, wordt daarvoor beloond).



Zweden tracht ook haar wachtlijsten te reduceren met het publiceren ervan op internet. Op die manier probeert met name de regio Stockholm minimum levertijden te garanderen. Voorwaarde is wel dat patiënten bereid zijn naar een andere stad te reizen. Voor een tamelijk up to date-overzicht:

www.sll.se/w_vanta/17592.cs of http://www.sll.se/w_vanta/17592.cs

Tenslotte kan beter geanticipeerd worden op de eveneens verwachte differentiatie tussen medisch specialisten en professionals in het algemeen, door degenen die een hogere of additionele productie draaien in het wegwerken van wachtlijsten en wachttijden daarvoor ook individueel hoger te belonen.

Het buitenland als 'overloopcapaciteit' gebruiken; hierin zijn twee varianten te onderscheiden: Nederlandse patiënten verplaatsen naar het buitenland (en dit ook financieel, verzekerings-technisch, medisch en wettelijk mogelijk maken) en buitenlandse capaciteit naar Nederland halen. Ook hier weer geldt dat de oorzaak van de schaarste in de zorg maar voor een beperkt deel bij de ziekenhuizen zelf ligt. Maar voor zover dat het geval is, is het gebruik maken van de ontstane Europese markt met vrij verkeer van goederen, diensten en werknemers, natuurlijk een goede optie voor een klein land als Nederland. Gaat het over het verplaatsen van patiënten naar het buitenland, dan speelt het kwaliteitsaspect uiteraard een belangrijke rol, alsook de vraag naar de ondersteuning die daar in fysieke en personele zin geboden kan worden. Gaat het om het importeren van personeel naar Nederland, dan vallen er taal- en culturele problemen op te lossen.

In Spanje wordt de overloop in patiëntenstromen niet zozeer internationaal, maar wel interregionaal opgevangen. Private ziekenhuizen in Barcelona behandelen het grootste gedeelte van alle patiënten uit Catalonië, alsook een flink aantal uit andere regio's van Spanje

Spoor 2: Ombouw en versterking branchevereniging

Ombouw van de NVZ tot een werkelijke branchevereniging met een helder 'keurmerk', met andere woorden strenge kwaliteits- en transparantie-eisen die zowel worden bevorderd¹ als worden getoetst, en in het uiterste geval gestraft met openlijke berispingen dan wel uitsluitingen. Indien de overheid dit traject tijdelijk, hangende andere wettelijke wijzigingen, sanctioneert, bijvoorbeeld door de 'eigen' toezichthouders hieraan te binden, kan dit zeer effectief zijn. Belangrijke zaken die de brancheorganisatie kan oppakken zijn:

- Visitatie op managementniveau;
- Zelfregulering door systemen van accreditatie, certificatie, zelfevaluatie, keurmerken, directiereglementen en modellen voor bestuurlijke informatievoorziening;
- Een betere consumenteninformatie: door elk ziekenhuis wordt toegewerkt naar een landelijk systeem van relevante kwaliteitsvergelijking (kwaliteitskaart, 'Michelinsterren'). Dit gebeurt samen met de Consumentenbond.
- Citizen / patiënt charters (beloftes aan de klant die juridisch afdwingbaar zijn). Het is niet genoeg duidelijke afspraken te maken met zorgverzekeraars, maar ook direct naar patiënten moet helder zijn wat rechten en plichten van zorg zijn en het ziekenhuis moet op die belofte aanspreekbaar zijn.

¹ Tenslotte zal de branche een verantwoordelijkheid moeten nemen om het management, in afstemming met de artsen en directeuren, gereed te maken voor deze omslag. Een School voor Maatschappelijke Ondernemers in Ziekenhuizen zou zo'n initiatief kunnen zijn. Tevens kan gedacht worden aan een breder management development traject, waarin **high potentials** worden gespot en begeleid. Daarin kan tevens – via gemeenschappelijke opleidingen – gewerkt worden aan afstemming tussen de managers en de zorgprofessionals van de toekomst.



De Ontario Hospital Association heeft als brancheorganisatie stevige contacten in de regio gelegd voor een bredere verantwoording aan de samenleving. Daarnaast heeft zij een visitatiesysteem en richtlijnen ontwikkeld voor de ziekenhuizen en hun management <http://www.oha.com/>

Ook moet de branche inzetten op allianties inzake een stelselwijziging die past bij de bovenstaande liberalisatiegedachte (en die in contouren zelfs al zichtbaar aan het worden is). Allianties met consumenten aan de ene kant en specialisten aan de andere kant. Sluit met beide partijen een convenant af, waarin die elementen worden opgenomen, die gezamenlijk kunnen worden gerealiseerd.

Het verdient ook aanbeveling commitment te verkrijgen van de Rijksoverheid voor deze visie en dit vervolgens vertalen in een eerste onomkeerbare stap. Elementen daarvan kunnen zijn het niet langer van toepassing verklaren van de WTG voor deze sector of een versnelde vrijgave van de bouwcomponent via een eenmalige uitruil (brutering à la woningcorporaties of het baksteenarrest à la de energie-sector). Dit overleg zal bijdragen tot het vertrouwen dat men in de ziekenhuisbranche heeft.

Spoor 3: Aanpak ondernemende ziekenhuizen

De ziekenhuizen kunnen zelf aan de slag met veel van de hier geschetste aanbevelingen, zoals ander logistiek management, helderder in kaart brengen van klantenwensen, samenwerken rond bepaalde schaalvoordelen al dan niet in ketens en dergelijke. Belangrijke stappen die ondernemende ziekenhuisbestuurders nu al kunnen nemen in het bestaande bestel en duidelijk maken wat wij hier bedoelen, zijn:

- Inrichten van toegesneden kleinere klinieken waar de routinematige ingrepen die in de toekomst door vergrijzing sterk zullen gaan groeien, geconcentreerd worden uitgevoerd, voor het hele land worden aangeboden en gecontracteerd;
- Het inrichten van een mobiel team van goed betaald OK-personeel dat in avonduren en weekenden operaties verricht die daarna worden overgenomen door het bestaande ziekenhuis. Het is duidelijk dat dit alleen is weggelegd voor de ziekenhuizen die hierop qua OK-voorzieningen en nazorg ingericht zijn en vooral een probleem hebben met OK- en IC-personeel;
- Het inrichten van een franchiseketen op ondersteunend gebied, bijvoorbeeld door de gezamenlijke kleinere ziekenhuizen;
- Het inrichten van een inkoopcombinatie ten behoeve van de contracten met de zorgverzekeraars op landelijke schaal van een aantal ziekenhuizen die op een bepaald specialisme goed voorzien zijn.
- Het openen van spreekuurposten door medisch specialisten in verder weggelegde gebieden, liefst in combinatie met huisartsen.

Spoor 4: Herinrichten overheidsrol

Het is duidelijk dat deze visie op medisch curatieve zorg in 2010 inhoudt dat geleidelijk de overheid bestaande strakke plannings- en inrichtingswetgeving moet loslaten om ruimte te bieden aan differentiatie, verbreed aanbod en vraagsturing. In de kern gaat het hierbij naar een rol die inhoudt dat

de overheid publieke randvoorwaarden en heldere normen stelt, bijbehorende duidelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden aangeeft (voor zover nodig om de publieke normen te bewaken en te borgen) en de bijbehorende budgettaire kaders aangeeft (ook weer voor zover het publieke zaken betreft). Het is, zo leren liberalisatieprocessen elders, verstandig deze exercitie zo vroeg mogelijk in het proces te starten en daar duidelijk tijd voor te nemen. Zo niet, dan staat elk veranderingsproces voortdurend onder de doem dat bij elk tegenvallend incident het principe van de verandering ter discussie wordt gesteld.

Middellange termijn (2003-2005)

Deze periode staat geheel in het teken van de visie van een nieuw kabinet en een nieuwe minister op stelselwijziging, modernisering curatieve zorg, de verdere implementatie van DBC's en onderhandelingen daarover met zorgverzekeraars. Zo is het voornemen van de overheid de zorgverzekeraars vanaf 2005 volledig verantwoordelijk te maken voor het contracteren op gereguleerde deelmarkten. Het is duidelijk dat in de aanloop daarnaartoe veel zal veranderen en experimenteel zal worden geïntroduceerd. Daarnaast biedt de middellange termijn gelegenheid werkelijk zichtbaar te krijgen wat ICT-toepassingen kunnen betekenen voor het management van het zorgproces en de communicatie daaromheen. Het doel moet zijn om zo in deze periode meer sturing door en vanuit de vraag te creëren, meer ruimte voor private koopkracht te maken en meer vrijheid tot innovatief ondernemerschap. Dit alles natuurlijk wel met behoud van publieke belangen zoals garanties van basiskwaliteit, financiële solidariteit en minimum levertijden.

In de kern moet op middellange termijn zichtbaar worden dat de sector een omslag gaat maken van sterk nationaal en collectief gestuurd en geregeld, naar een bestel dat meer private transacties kent (tussen patiënt en ziekenhuisorganisatie, tussen zorgverzekeraars en ziekenhuisorganisaties, tussen ziekenhuizen en medisch specialisten, tussen ziekenhuizen en directe maatschappelijke omgeving) binnen publieke randvoorwaarden en bewakingsmechanismen. Dus niet langer landelijk uitonderhandelde en gedetailleerde systemen en regels van publieke (wetgeving) dan wel private (CAO's, UvO's, CTG-afspraken) aard.

Belangrijke **ontpolderingsitems** op de middellange termijn zijn:

- De verdere detaillering van het GMSB: onnodig
- De DBC's niet hanteren als kader voor nationale helderheid van producten en prijzen, maar verder doordetaileren naar standaardinkomens, standaardprotocollen en wellicht zelfs standaardtarieven: overbodig
- Het handhaven van gedetailleerde bouwplanningen en bouwvoorschriften, beter is ombouw van College Bouwzaken naar een ondersteunende en consulterende functie

Belangrijke maatregelen op de middellange termijn betreffen daarmee:

- Bouwplanning en vormgeving moeten flexibeler en meer een verantwoordelijkheid van ziekenhuizen worden. Dit betekent opnemen van investerings-/afschrijvingskosten en exploitatiekosten in de DBC-prijzen, onder gelijktijdig dereguleren van de bouwvoorschriften (het **wat** moet flexibeler, ook om op toekomst en omgeving beter te kunnen inspelen), vrijlaten van het bouwproces, ook door de mogelijkheid van Private Finance Initiatives toe te laten, maar ook gebundelde partijen die in Nederland zich specialiseren in de bouw van ziekenhuizen en zorginstellingen (het **hoe** moet flexi-

beler en privater) en marginale eisen ten aanzien van spreiding van ziekenhuisbouw (het **waar** moet meer volgens marginale toetsing).

- Andere opzet planning van capaciteit van opleidingen, met name een veel grotere stem van de ziekenhuizen in het definiëren van hun (toekomstige) vraag, afgeleid van de vraagontwikkeling zoals zij die inschatten.
- Nadat de budgettering en contracteringsmogelijkheden van de zorgverzekeraars goed zijn ingeregeld is er geen enkele reden nog te werken met aparte budgetten voor de ziekenhuizen.

Lange termijn (2005-2010)

Het nieuwe stelselregime zal minder gestandaardiseerd en financieel getint moeten zijn en meer gericht op het inrichten van spelregels en bewaking van transparantie en kwaliteit van alle, steeds sterker van elkaar te onderscheiden partijen in het ziekenhuisaanbod.

Verantwoord liberaliseren betekent dus niet dat de overheid geen rol meer speelt: integendeel. Het vergt van de overheid een subtiele 'overall' aanpak, vanuit een overkoepelende visie, maar met oog voor de details die geregeld moeten worden om handelingsvrijheid te bieden aan de ziekenhuizen. Belangrijke taken die zullen blijven bestaan, zijn in elk geval de volgende:

- Opbouw van een concessiestelsel en toedelen van de concessies voor acute en ambulancezorg.
- Een duidelijk contracteringskader voor zorgverzekeraars en ziekenhuisorganisaties, gebaseerd op producties/functies, waaronder DBC's. Het is vermoedelijk ter wille van de voortgang en inzichtelijkheid verstandig de betrokken prijzen/tarieven vooral te laten bestaan uit een component die via benchmarking en onderhandeling goed kan worden vastgesteld en andere kosten, zoals bouw, er meer gestandaardiseerd en genormeerd in te verwerken. Separaat zal dan een bruteringsoperatie moeten plaatsvinden om de bouw en bestaande kapitaalgoederen wel volledig over te dragen aan de ziekenhuisorganisaties.
- Ordening van, en toezicht op, het speelveld en de marktwerking die daarop gaat optreden. Deregulering van de erkenningenregeling naar een veel globaler en meer op kwaliteitsoordelen toegesneden pakket van eisen, aangezien we een veel grotere diversiteit in organisaties willen en zullen gaan zien die medisch curatief aanbod verzorgen. Deze eisen moeten ook zodanig zijn dat ze internationale en commerciële aanbieders niet onnodig van de Nederlandse markt afschermen en tevens niet onnodig Nederlandse aanbieders hinderen in het aangaan van concurrentie met hen.
- Het toebedelen van rollen en bevoegdheden aan zorgaanbieders.
- Het garanderen van wettelijke zekerheden aan de burger en het optreden als contractant voor een beperkt aantal doelgroepen of ten aanzien van een aantal leemten die optreden door verhoogde marktwerking.
- Collectieve inning van premies volgens een solidair financieel systeem en het omschrijven van het basispakket dat daartegenover verzekerd is.
- Verantwoordelijkheid voor public health, met name bevolkingsmonitoring en maatregelen van algemeen hygiënische en volksgezondheid betreffende aard.
- Kwaliteitsinspectie op het primaire proces, maar met inschakeling van moderne rapportagesystemen en burgers, en met een duidelijke bevoegdheid tot optreden. Ook het medisch tuchtrecht en de mogelijkheid tot herijking van de vergunning van artsen dienen bij deze modernisering van de inspectie betrokken te worden.
- Toezicht op de besteding van collectieve middelen door zorgverzekeraars, in casu het CTZ.
- Het bieden van fiscale stimulansen voor investeringen in de zorgsector.
- Toegankelijkheid in termen van regionale spreiding, met name in dunbevolkte gebieden.

Hiervoor moet een aantal zaken nog nader gedefinieerd worden:

Monitoring strategieproces van de branche

Het is van groot belang, gezien het lange termijnperspectief en het visionaire karakter van het strategieproces tot nu toe, dat op een flexibele manier de voortgang en de aanpak de komende jaren wordt gemonitord. Temeer daar dit proces zich afspeelt in een complex krachtenveld met veel invloedrijke partijen die ook niet stil zitten. Het lijkt daarom goed een onafhankelijke monitorcommissie in te stellen die jaarlijks aan het bestuur van de NVZ advies uitbrengt inzake de stand van zaken tot dan in dit proces en eventuele valkuilen of bijstellingsmogelijkheden die zich (moeten) voordoen.

Allianties in de implementatie

In het realiseren van deze visie heeft de NVZ als branchevereniging behoefte aan partners, aangezien veel van de gewenste deregulering en veranderingen in het aanbod niet zonder medewerking van anderen kunnen plaatsvinden dan wel tot problemen, stagnaties of onrust zullen leiden. Nu zijn dergelijke zaken in een belangrijk veranderingsproces nooit helemaal te vermijden, maar wijs bestuur vraagt toch het doordenken daarvan vooraf. Daarbij geldt ook altijd weer dat een goede afweging moet worden gemaakt tussen wat partners toevoegen in gezamenlijkheid, versus waar belangen zo uiteenlopend zijn dat samenwerking alleen schijnbaar kan zijn en in zichzelf eigenlijk meer stagnatie veroorzaakt dan wanneer gewoon zakelijk wordt onderhandeld. Alles overziende lijkt het alsof de NVZ voor de langere termijn, gedurende het hele traject van de komende tien jaar, vooral versterking nodig heeft in zijn vraaggerichte en marktgerichte visievorming en dat dus hele belangrijke strategische partners in het nu komende proces liggen bij consumenten/patiënten en bij zorgverzekeraars. Met hen zal vooral moeten worden opgetrokken en de visie en stappen moeten worden gedeeld en afgestemd.

Daarbij is het voor de toekomst van de ziekenhuizen een basisvoorwaarde en strategische noodzaak dat zij voldoende hoogwaardige professionals, met name medisch en verpleegkundig, aan zich weten te binden en te boeien gedurende dat veranderingsproces, inclusief processen van verandering van productiviteit, klantgerichtheid, taakdifferentiatie, opleidingen en dergelijke. Tegelijk heeft de NVZ als branchevereniging met de landelijke organisaties van deze beroepsgroepen ten dele een verhouding van werkgever met vakbonden en georganiseerd overleg vooral gericht op arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden. Om elkaar in deze ingewikkelde rolvermengingen en complexe processen van toenadering en onderhandeling de komende jaren niet kwijt te raken, is het waarschijnlijk aan te raden over te gaan tot een meer structurele vorm van overleg te komen over de verdere toekomstige vormgeving van de relatie tussen medisch-specialisten en professionele ziekenhuisorganisaties, een soort Stichting van de Arbeid in de Medisch-curatieve Zorg.

Bijlage 1: Samenvatting deelrapporten

In het kader van deze toekomstverkenning is een uitgebreide literatuur studie gedaan. Dit heeft geresulteerd in vier deelrapporten en een internationale studie:

- 'Het effect van trends op curatieve zorg en het ziekenhuis in de toekomst'
- 'Spreiding van medisch curatieve voorzieningen'
- 'Ontwikkelingen in de ICT, Farmacologie & Technologie'
- 'Omgaan met schaarste'
- 'An exploration of future hospital care in 10 countries'

Deze bijlage bevat de belangrijkste bevindingen van deze studies die als basis hebben gediend voor deze toekomstverkenning. Voor meer gedetailleerdere informatie verwijzen wij u dan ook naar de deelrapporten.

DEELRAPPORT 1:

'Het effect van trends op curatieve zorg en het ziekenhuis in de toekomst'

Vergrijzing:

Vergrijzing is een welbekend demografisch fenomeen in de geïndustrialiseerde wereld. De verwachting voor Nederland is dat de vergrijzing in ongeveer 2035 op haar top zal zijn. De dubbele vergrijzing van de bevolking leidt tot andere, meer chronische ziekten, en een toename van de wisselwerking met thuis- en verpleeghuiszorg. De invloed van de vergrijzing zal op termijn goed te merken te zijn door ziekenhuizen. Een aantal ziektes is vergrijzingsgevoelig (bijvoorbeeld CARA, coronaire hartstoringen, kanker, heupfracturen, suikerziekte), wat consequenties zal hebben voor de capaciteit. Te meer daar deze aandoeningen juist door verbeterde zorg een steeds chronischer karakter zullen krijgen. Het leidt hoogstwaarschijnlijk tot een toename van de vraag naar zorg in alle specialismen, met uitzondering van de aan kinderen gerelateerde geneeskunde. In vergrijzinggevoelige specialismen, zoals verpleeghuisgeneeskunde, geriatrie, orthopedie, reumatologie kan de zorgvraag zelfs met meer dan 20% toenemen. Uiteindelijk komt de vraag op of er genoeg specialisten, apparatuur en verzorgenden zijn voor aandoeningen als kanker, gewrichtsslijtage, diabetes en cardiovasculaire en neurologische problemen.

Groei van privaat aanbod:

Het huidige zorgbestel kent een sluipende privatisering door een groeiend aanbod van private partijen. Naast vele initiatieven in de thuiszorg en de verpleeghuiszorg, bijvoorbeeld in allianties met de bouw- en woonsector, groeit ook het aantal privé-klinieken langzaam, maar gestaag. Hoewel concrete cijfers ontbreken, is deze ontwikkeling toe te schrijven aan een grotere private koopkracht, krachtiger consumenten die de zorg buiten het reguliere circuit kopen, ondernemender werknemers die betere arbeidsvoorwaarden voor zichzelf scheppen en investerende partijen uit binnen- en buitenland die inspelen op deze vragen.



In de heuvels rond Barcelona is Centro Medico Teknon verschenen; een totaal privaat ziekenhuis met 193 bedden. Kwaliteitsgeneeskunde, kwaliteit in hotelvoorzieningen, vrije keuze van artsen en flexibele roostering zijn de belangrijkste marketinginstrumenten die dit centrum inzet. Het heeft onlangs een alliantie gesloten met het oncologisch centrum Sloan-Kettering uit New York, waardoor het in dat vakgebied aan de top van Zuid-Europa is komen te staan. Sloan-Kettering heeft overigens op het Europese vasteland nog meer vestigingen. <http://www.teknon.es/>

Mondigheid:

De patiënt van de toekomst verandert met de culturele verschuivingen. Het proces van individualisering blijft doorgaan en daarmee neemt zijn onafhankelijkheid en mondigheid toe. Consumentisme zal zijn intrede doen aangezien de patiënt steeds beter weet wat hij wil en hoe hij het wil. Dit leidt tot een toename in zorgvraag, en meer specifiek tot een toename in gerichte vragen. De huidige groei van zelfmedicatie en alternatieve geneeskunde speelt zich nu nog buiten de muren van het ziekenhuis af, maar zal daardoor langzaam maar zeker naar binnen dringen. Met de emancipatie van patiënten hangt overigens niet alleen consumentisme samen, maar ook een grotere verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Dat is ook een ontwikkeling waarop het ziekenhuis zal inspelen. Klantgerichtheid, een innovatieve attitude en diversificatie van het aanbod zijn onvermijdelijke antwoorden op deze sociaal-culturele ontwikkeling.



De NHS heeft 10 jaar geleden een aantal rechten van patiënten vastgelegd in een zogenaamde Patient's charter. Hoewel deze niet juridisch afdwingbaar zijn, dragen zij wel bij aan het beeld van patiënten wat zij kunnen verwachten aan diensten in de gezondheidszorg. Bovendien publiceren de instellingen op basis van deze charter meer en vergelijkbare informatie over hun prestaties.

<http://www.doh.gov.uk/nhsinfo/pages/patients/charter.htm>

Extramuralisering van care en cure:

Met name de medisch-technische ontwikkelingen, maar ook de sterkere positie van de patiënt, zorgen voor een vervaging van de grenzen van de instelling. De zorg, niet alleen care maar ook de curatieve zorg rondom diagnose, bewaking, kleine interventies en geneesmiddelen, kan steeds beter thuis geleverd worden, en patiënten willen dat ook. Dat betekent dat het ziekenhuis veel sterker verbonden moet zijn aan andere instellingen, zorgaanbieders en de thuissituatie van de patiënt. Deze netwerk- of ketenvorming zal haar eigen problemen kennen van overdracht van cliënten en hun gegevens, financiële administratie, het organiseren van behandelstromen en competentieconflicten. Niettemin zal de druk om naadloze zorg te leveren door patiënten en hun verzekeraars nopen tot een open instelling van de ziekenhuizen, niet in de laatste plaats omdat het een gerechtvaardigd verlangen betreft. Het woord 'ziekenhuis' is daarom misschien op den duur niet meer toereikend voor een goede beschrijving. Het stelt de fysieke component te zeer centraal en suggereert een organisatorische eenheid waarin een langdurig verblijf vanzelfsprekend is. Beter ware te spreken van 'reeksen

medische klinieken', 'patiëntenontmoetings- of verzamelcentra', 'curatieve zorginstelling' of misschien toch 'geïntegreerd specialistisch medisch bedrijf'.

DEELRAPPORT 2:

'Spreiding van medisch curatieve voorzieningen'

Spreiding:

Om bevoegdheden, verantwoordelijkheden en budget meer in een hand te krijgen, wordt aangeraden de ambulancezorg en de bijbehorende 'minutengrens' tussen melding en daadwerkelijke hulp en ambulanceaanwezigheid met name in dergelijke gebieden geheel tot de verantwoordelijkheid van betrokken ziekenhuizen te maken. Dat betekent dat het ziekenhuis vrij staat zelf te kiezen hoe zij die norm verwezenlijken. Voor acute zorg in dichtbevolkte gebieden geldt dat in een concessie stelsel geregeld kan worden welke ziekenhuizen de acute zorg voor de gehele regio regelen. Het is in deze regio's niet noodzakelijk dat alle ziekenhuizen acute zorg leveren.

Als leidraad voor de organisatie van de spreiding van ziekenhuisvoorzieningen moet het principe dat voor ieder Nederlander binnen een straal van 30 kilometer of 15 minuten (wat minder is) een basisziekenhuis staat, gelden. Het is de overheid die verantwoordelijk is voor dit spreidingsminimum en de overheid dient er dus zorg voor te dragen dat in een bepaalde regio altijd een functionerend basisziekenhuis staat. Basisziekenhuizen in dunbevolkte gebieden zullen uitgebreide basiszorg bieden, waarbij complexe gevallen naar categorale, academische of algemene ziekenhuizen met specialisten zullen worden doorverwezen. In dicht bevolkte gebieden, waar doorgaans meer ziekenhuizen zijn, is er meer ruimte voor ziekenhuizen om te differentiëren.

Er bestaat nog geen consensus over welke specialismen binnen basis ziekenhuiszorg minimaal geboden dient te worden in een regio en over het aantal noodzakelijke specialismen per locatie. Veelal worden de volgende disciplines genoemd: kindergeneeskunde, IC/CC, cardiologische nazorg, oncologie, gynaecologie/obstetrie, interne geneeskunde, chirurgie, longheeskunde, neurologie, short stay, dagverpleging, radiologie, 24-uurs-opvang van spoedeisende hulp. Niet alleen dienen er criteria vastgesteld te worden over welke specialismen aangeboden dienen te worden, maar ook normen voor basisziekenhuizen ten aanzien van het minimale aantal diagnostische en behandelingsmogelijkheden per locatie en marktaandeel in het adherentiegebied. Met andere woorden, er zou een minimum pakket van basisziekenhuiszorg moeten worden vastgesteld. Vervolgens kan dan per individueel ziekenhuis worden bekeken hoe de geboden zorg zich verhoudt met de regionale adherentiegebieden.

Welke zorg een basisziekenhuis in een bepaalde regio zou moeten bieden in de toekomst is afhankelijk van een aantal factoren. Algemene criteria voor geografische aanbod van medisch specialistische zorg zijn:

- Voldoende toegankelijkheid (bereik, capaciteit)
- Voldoende samenhang (met overige aanbieders van zorg in de regio, ketenzorg)
- Voldoende functiediversiteit (scope)
- Voldoende kwaliteit van zorg
- Voldoende personeel
- Voldoende doelmatigheid van zorg (scale)
- Voldoende financiering

Daarnaast is er nog een aantal belangrijke trends waarmee rekening gehouden dient te worden:

- Extramuralisatie, minder opnamen in de kliniek, meer poliklinische behandeling/dagbehandeling en ambulante zorg, waardoor afstand tot het ziekenhuis minder belangrijk wordt
- Toename mogelijkheden van ICT
- Apparatuur die handzamer en goedkoper wordt, dus toegankelijker voor meer zorgaanbieders en de patiënten zelf
- Organisatie van zorg in (regionale) zorgnetwerken, met minder schotten tussen zorginstellingen, meer samenhang. Verlenen van ziekenhuiszorg buiten het ziekenhuis (poliklinieken en gezondheidscentra), telemonitoring (alarm/medicatie/diagnose)
- Substitutie van zorg: verpleegkundigen/huisartsen nemen taken van de medisch specialist over.

De vraag lijkt zich minder toe te spitsen op welke zorg een basisziekenhuis zou bieden, maar eerder op welke basis ziekenhuiszorg dient geboden te worden in een regio en hoe dit wordt ingevuld. Bij het aanbieden van medisch specialistische basiszorg gaat het waarschijnlijk minder om het inrichten van een locatie waar deze zorg dan wordt geboden, maar om het tot elkaar brengen van zorgvraag en zorgaanbod. Hierbij spelen drie vormen van mobiliteit een rol: vervoer van de patiënt, vervoer van de arts en vervoer van kennis.

Voor een aantal beschouwende poortspecialismen geldt dat zij in principe stand-alone kunnen zijn, mits er geen klinische infrastructuur (zoals bijv. intensive care) hoeft worden ingekocht. Heelkundige behandelingen die in aanmerking kunnen komen, zijn minimaal invasieve chirurgische ingrepen in dagbehandeling, met een lage kans op complicaties. KNO-heelkunde, oogheelkunde, cosmetische chirurgie, dermatologie en venerologie doen het meest in poliklinische of dagbehandeling. Veel ingrepen binnen deze disciplines kunnen in principe nu al in een stand-alone setting plaatsvinden onder de paraplu van het ziekenhuis of in private handen.

In onderstaande tabel wordt een indicatie gegeven van welke specialismen stand-alone in Nederlandse privé-klinieken heelkundige handelingen worden uitgevoerd:

KNO	Neusschotcorrectie, trommelvliesbuisje, verwijderen neus-/keelamandelen, operaties aan de neusbijholten, antisnurktherapie
Tandheelkunde	Implantaten, kaakchirurgische ingrepen
Gynaecologie/fertiliteit	IVF, abortus
Urologie	Sterilisatie man, prostaatoperaties
Cardiologie	Niet-invasieve behandelingen
Pulmonologie	Niet-invasieve behandelingen
Orthopedie	Endoscopische operatie hernia, tennisellebogen, enkel- en kruisbanden
Chirurgie	Liesbreuk, navelbreuk, spataderen, maagballon
Cosmetische chirurgie	Diverse ingrepen
Oogheelkunde	Staar, laserbehandelingen

Een indicatie welke specialismen stand-alone in Nederlandse priveklinieken heelkundige handelingen uitvoeren. Bron: internet, diverse pagina's

Toename van de minimaal invasieve behandelingen maakt dat voor meer behandelingen geen uitgebreide klinische infrastructuur meer nodig is. Geschat wordt dat in de toekomst wellicht zo'n 80% van de niet-acute/urgente chirurgische ingrepen in dagbehandeling zullen gaan plaatsvinden. Een groot deel hiervan zou logistiek en financieel gezien buiten het traditionele ziekenhuis kunnen gaan plaatsvinden.

Flexibiliteit in de bouw:

Flexibiliteit is vooral nodig vanwege de onvoorspelbaarheid van medische en technologische ontwikkelingen en van de differentiatie van de vraag. Hoe meer vraagsturing zal worden toegepast, hoe meer flexibiliteit nodig zal zijn. Bovendien maakt een grotere flexibiliteit van een gebouw het - bijna constraintuutief - toekomstvaster.

In concreto houdt flexibel bouwen in:

- In blokken bouwen
- Mogelijkheden openhouden voor incorporeren andere vormen van zorg
- Centraal in het gebouw de OK's en recoveryruimten houden en daaromheen de vleugels plannen.
- Het openhouden van de mogelijkheid om aanpalende diensten te vestigen in het gebouw: winkels, kinderdagverblijven voor personeel en bezoekers, hotelfunctie voor bezoekers, long stay-afdelingen (overgang naar verpleeghuizen) en klinieken
- Het gebruik van flexibele informatievoorziening zoals op Schiphol en Stations, zodat verschillende ruimten per dag verschillend gebruikt kunnen worden.
- De fysieke bereikbaarheid
- Het aanleggen van verschillende ingangen voor verschillende functies
- Het snel kunnen afsluiten van afdelingen in verband met ziekenhuisinfecties
- Goede voorzieningen voor ICT
- Innovatiever aanbesteden, het bouwmanagement uitbesteden, publiek-private samenwerking



Het Private Finance Initiative in de UK is ver gevorderd in bouw en exploitatie van zorginstellingen. De Britse regering heeft al vroeg besloten dat zij de achterstand in kwaliteit van de ziekenhuisgebouwen niet zelf kon wegwerken en heeft private investeerders uitgenodigd daaraan bij te dragen. De NHS heeft dus ruime ervaring met het aangaan van publiek-private samenwerking, zie: <http://www.capitec.co.uk/trading/> en <http://www.privatefinance-i.com/> en <http://www.doh.gov.uk/pfi/>

DEELRAPPORT 3:

'Ontwikkelingen in de ICT, Farmacologie & Technologie'

Ontwikkelingen in de farmacologie:

Momenteel bedraagt het geneesmiddelengebruik minder dan 10% van de kosten van de gezondheidszorg (KNMP). Er wordt een stijging in het extramuraal gebruik van geneesmiddelen verwacht van jaarlijks 9-12%. In de Zorgnota wordt rekening gehouden met een groei van 11% bij de geneesmiddelen en 9,5% bij de medische hulpmiddelen (Werkgroep kosten Geneesmiddelen, Zorgnota 2001).

In de pijplijn van nieuwe geneesmiddelen kan men tevens de volgende trends signaleren:

- Indicatiegebied uitbreiding voor diverse klassen geneesmiddelen: voor sommige klassen, zoals de selectieve serotonine heropname remmers (SSRIs), is dit al het geval. SSRIs worden gebruikt in de behandeling van depressie en van angststoornissen. Voor andere typen geneesmiddelen worden de mogelijkheden voor indicatieuitbreiding nog onderzocht, zoals het gebruik van cholesterolverlagers (statines) niet alleen bij coronaire hartziekten en beroerte, maar ook bij osteoporose, het gebruik van bepaalde ontstekingsremmers niet alleen bij reumatoïde artritis, maar mogelijk ook darmkanker, dementie, coronaire hartziekten en artrose
- Betere en nieuwe toedieningsvormen die het gebruiksgemak verhogen en daardoor naar verwachting therapietrouw zullen verbeteren
- In diverse bestaande klassen van geneesmiddelen zullen meer of betere middelen beschikbaar komen, zoals op het gebied van de diabetes, osteoporose, antipsychotica, middelen ter behandeling van coronaire hartziekten

Te verwachten is dat met name bij depressie, astma en reumatoïde artritis medicamenteuze behandeling kan leiden tot een daling van het aantal ziektejaarequivalenten¹ ondanks de groei en vergrijzing van de bevolking. Volgens het RIVM zullen voor diabetes mellitus, schizofrenie, hartfalen en beroertes de vooruitgang in medicamenteuze behandeling de effecten van vergrijzing en groei van de bevolking slechts gedeeltelijk kunnen compenseren.

Hoewel de farmaceutische ontwikkelingen er op termijn veelbelovend uitzien, is de komende 10 jaar meer effect te verwachten van betere diagnostiek, nieuwe concepten voor behandeling (disease management) en veel betere targetting van beschikbare stoffen. Zo is astma nu te behandelen. Niet vanwege nieuwe moleculen, maar vanwege betere standaarden, betere awareness, betere begeleiding en betere doseringen.

Biotechnologie wordt al sinds de jaren '70 gebruikt bij de productie van geneesmiddelen. Biotechnologische productiemethoden zijn bij uitstek geschikt voor de productie van grote hoeveelheden van complexe moleculen, die anders van nature in het menselijk lichaam voorkomen of zouden moeten voorkomen zoals hormonen en verschillende elementen in het bloed zoals stollingsfactoren. Innovaties met betrekking tot biotechnologie in de context van geneesmiddelen worden vooral verwacht op het gebied van de farmacogenetica.

In Nederland is nog betrekkelijk weinig aandacht voor farmacogenetica. Er is in Nederland geen incentive in het systeem voor de benutting van medische mogelijkheden genetica. Als er drivers komen, kan het wel snel gaan (in de USA is bijvoorbeeld consumer genomics in opkomst: bedrijven die genetische predispositie van mensen voor bepaalde aandoeningen onderzoeken) maar dat is niet te voorspellen. Over 10 jaar zal er wel tailor-made farmacotherapie zijn op categoriaal gebied, dat is ingeburgerd bij bepaalde groepen. De eerste toepassingen zullen zijn infectieziekten (bijvoorbeeld hepatitis, AIDS), cardiovasculaire aandoeningen en kanker, wellicht dat op deze gebieden in 2010 al op grote schaal getest wordt. Het is dan afwachten hoe het dan verder doorsijpelt naar andere aandoeningen en breed gebruik. Het is nog niet duidelijk wat verzekeraars gaan doen op het gebied van farmacogenomics (met name risicoselectie) en hoe wordt omgegaan met de ethische en privacy kwesties.

¹ Dit is het voor kwaliteit van leven gecorrigeerde aantal jaren dat met een bepaalde ziekte wordt doorgebracht in de totale bevolking.

Het hebben van eigen genenprofielen die gematched zouden kunnen worden tegen populatiegegevens, is in 2010 wellicht in aantocht maar dan waarschijnlijk in de praktijk nog niet toegepast. (Wellicht op kleinere schaal door consumer genomics bedrijven.²)

Gevolgen voor het ziekenhuis:

- Verbeteringen in medische behandeling leiden tot extramuralisatie en compressie van morbiditeit.
- Meer aandoeningen kunnen medicinaal worden genezen en/of behandeld
- Medische behandeling kan bepaalde chirurgische ingrepen vervangen

Bovenstaande ontwikkelingen leiden tot minder en minder langdurige opnames en meer extramurale en poliklinische behandeling. Tevens zullen preventie en vroege behandeling belangrijker worden. Een en ander betekent dat er wellicht minder bedden en verzorgend personeel, minder chirurgen en ander OK personeel en IC-personeel nodig is, en wellicht meer beschouwende specialisten, meer ondersteunend personeel ten behoeve van de poli's en wellicht gespecialiseerde poliklinieken (hartfalenpoli, geheugenpoli).

Ontwikkelingen op het gebied van ICT:

De mogelijkheden van ICT voor de patiënt zijn als volgt:

- Communicatie met artsen/zorgaanbieders: bijvoorbeeld in de vorm van e-mail consulten (in het algemeen of in gevallen waarbij de patiënt vooralsnog een zeker anonimiteit op prijs stelt, het vragen van 2nd opinions, het maken van afspraken via e-mail/internet sites, waarbij de patiënt tevens zich kan informeren over de lengte van de wachtlijst en de rating van het ziekenhuis). Patiënten kunnen vooraf vragenlijsten invullen (e-anamnese) en mailen naar het ziekenhuis en de arts hoeft daar tijdens het consult niet meer mee bezig te zijn en kan focussen op het daadwerkelijk te bespreken probleem
- Tevens is te verwachten dat in 2010 telemonitoring zo ver gevorderd zal zijn dat patiënten thuis een aantal gegevens kunnen meten (bijvoorbeeld bloedsuikers) en dat er diagnostische software en diagnostische apparaten (naast de thermometer en bloeddrukmeter) ontwikkeld zullen zijn zodat patiënten zelf eerste diagnoses kunnen stellen, op basis hiervan bepalen of ze al dan niet een arts moeten bezoeken en mocht het laatste het geval zijn de gevonden gegevens/symptomen alvast opsturen naar de arts/verpleegkundige. Ook digitale begeleiding van dieet- of anti-rookprogramma's of postoperatieve begeleiding zou middels interactie via e-mail/videoconferencing kunnen plaatsvinden
- Lotgenotencontact: sites van patiëntenverenigingen, patiëntencommunities
- Informatieverzameling: er komen steeds meer health portals, gezondheidszorgsites en aan bepaalde aandoeningen gerelateerde sites op het internet. Beter geïnformeerde patiënten zullen een duidelijker en wellicht meer diverse zorgvraag hebben waar aanbieders van zorg mee geconfronteerd worden en wellicht op in willen spelen
- Bestellen van geneesmiddelen: ook de farmacie richt zich tot de consument middels on-line apotheken
- Exponent in de USA: veiling van operaties op het Internet

² Bedrijven die de profielen van hun klanten matchen tegen de database opgebouwd uit profielen van hun klanten.

DE EFFECTEN VAN ICT-ONTWIKKELINGEN OP DE ZIEKENHUIZEN

Telemedicine:

Er kunnen verschillende vormen van telemedicine geïdentificeerd worden:

- Teleconsultatie: tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten, 2nd opinion op afstand expert opinies
- Telediagnose (I.c.m. diagnostische sites, software, portable scan apparatuur, call-centres)
- Telemonitoring: patiënten worden gevolgd in hun eigen leefomgeving (in combinatie met (bio-)sensoren, devices om thuis testen te doen) video conferencing. Ten behoeve van thuismonitoring komt er steeds meer apparatuur op de markt. In de nabij toekomst zal door verbeteringen in monitoring devices meer gegevens, die nu nog via het centrale lab beschikbaar komen, aan het bed van de patiënt of zelfs thuis geregistreerd worden. Geschat wordt dat dit op termijn 90% van de lab-werkzaamheden zal betreffen
- Telebehandeling: verbeterde kwaliteit van beelden maakt behandeling van een patiënt op afstand mogelijk. Ook kunnen beelden en patiënteninfo op verschillende locaties tegelijk beschikbaar zijn.
- Telechirurgie: computer assisted surgery zal vooral een rol gaan spelen bij minimal invasive surgery en operaties in precare gebieden, zoals endovasculaire en neurochirurgische ingrepen

Telemedicine kan een bijdrage leveren aan het oplossen van problemen in de zorg zoals de wachtlijsten, verkeerde bedden en personeelsschaarste. Telemonitoring kan een bijdrage leveren in het beperken van doorverwijzingen (filterfunctie), in het bevorderen van vervroegd ontslag uit het ziekenhuis (substitutiefunctie), in het realiseren van ketenzorg (communicatiefunctie) en in het monitoren van individuele zorgprocessen (analyse- en onderzoeksfunctie). De gevolgen van telemonitoring zijn ondermeer een afname in behoefte aan direct inzetbaar personeel in het ziekenhuis en een verschuiving in taken tussen zowel zorgverleners (specialisten, huisartsen, verpleegkundigen) als tussen zorgchelon (eerste, tweede en derde lijn).

Standaardisatie van processen en protocollen:

Evidence based medicine is de norm: medische behandeling wordt ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. Standaarden voor behandeling worden gebaseerd op evidence based-informatie over diagnose, differentiaaldiagnose en behandeling.

Voor goede transmurale zorg, die door ICT ondersteund wordt, is een verdere standaardisatie van behandeling noodzakelijk (transmurale protocollen gebaseerd op wetenschappelijke literatuur). Ook meer gelijke beschikbaarheid van informatie zal bijdragen aan de unificatie van behandeling.

Organisatie:

Betere plannings- en matchingsinstrumenten zouden op korte(re) termijn een verlichting kunnen betekenen voor de wachtlijsten/verkeerde beddenproblematiek. Zij kunnen de in-, door- en uitstroom van patiënten verbeteren. Er zijn partijen die reeds een dergelijk instrument hebben ontwikkeld ten behoeve van de opnamekant van het ziekenhuis. De huisarts kan dan via zijn scherm bekijken waar zijn patiënt (met zijn patiëntenprofiel) het beste naar toe zou kunnen worden verwezen. Echter, matching zou nog effectiever kunnen zijn, wanneer het niet op het niveau van de individuele instelling werd gedaan, maar op het niveau van het zorgnetwerk waar de instelling deel van uitmaakt.

Ook stimuleert ICT zorg op maat, transmuralisering, disease management, biedt ondersteuning bij het medisch handelen en verbetert de continuïteit van de zorg door betere informatie-uitwisseling. Daarnaast helpt het ziekenhuizen in samenwerking (teleconsultatie en ondersteuning regionale, virtuele, maatschappen). Door betere management informatie, krijgt het management van ziekenhuizen ook betere instrumenten in handen voor de sturing van de organisatie.

Kenmerkend voor het ziekenhuis van de toekomst is een brede inzet van ICT. Kleinere ziekenhuizen hebben niet alle specialisaties in huis nodig. Ziekenhuizen kunnen zich specialiseren, informatie kan met behulp van ICT makkelijk uitgewisseld worden en meer gespecialiseerde collega's kunnen voor teleconsulten makkelijker worden geraadpleegd.

Informatievoorziening:

- Zorgpas (chip): verzekeringstechnische gegevens. Verder toegang tot patiënteninfo via internet, zoals het regionale zorgaanbod, of de patiënt van de zorgvoorziening gebruik mag maken, info over preventieve gezondheidsmaatregelen, welke eigen bijdragen worden verlangd, info over aandoeningen etc.
- Het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) maakt dat door de zorgketen heen de behandelaars/multidisciplinaire behandelteams steeds op de juiste plek ten allen tijde over de meest up to date-info over de patiënt kunnen beschikken, dit komt i.c.m. transmurale protocollen de doeltreffendheid van de behandeling ten goede. Het EPD levert niet alleen een bijdrage aan het primaire proces, maar ook aan de ondersteunende processen zoals bedrijfsvoering en administratie

Technologische ontwikkelingen:

Robotica:

Hightech robot chirurgie leidt tot een hogere rendement, de kans op succes is groter en tumoren kunnen met een grotere precisie worden uitgeprepareerd. Meer mogelijkheden voor laparoscopische operaties. Vooral voor de volgende specialismen bestaan er voordelen: urologie, gynaecologie, orthopedie, algemene chirurgie en hartchirurgie.

Hightech operaties stellen specifieke eisen aan apparatuur, OK's, procedures, ruimtes. Ontwikkelingen in robotica, beeldverwerkingstechnieken, informatietechnieken en chirurgische technieken en medische kennis dragen alle bij aan de ontwikkeling van hightech operaties. Moderne zaken op het gebied van hartchirurgie zijn momenteel de: robotarm, 3D endoscoop, 3D echo, digitaal archief.

Nadelen van computer assisted operaties zijn momenteel nog dat het meer tijd kost dan conventionele chirurgie en dat de chirurg zich intensiever moet voorbereiden.

Nanotechnologie speelt in de komende tien jaar nog geen rol van betekenis.

Minimal invasive surgery:

Miniaturisatie een belangrijke trend. Vooral voor endovasculaire ingrepen heeft deze miniaturisatie veel effect. De implicaties van endovasculaire chirurgie zijn dat er minder hartchirurgie plaatsvindt, waardoor hiervoor minder OK's en minder OK-personeel (inclusief hartchirurgen) nodig zijn en dat uitbreiding van staf en faciliteiten m.b.t. cath labactiviteiten noodzakelijk is. Verder zal doordat de

ingrepen minder invasief zijn de opnameduur verkort worden en de benodigde verpleegkundige zorg minder intensief zijn. De verhouding percutane (door de huid) ingrepen en chirurgische ingrepen was in 2000 reeds 18.000 versus 14.000. In 1999 werd als zo'n 20% van de bypass-operaties gedaan zonder hart-longmachine, de verwachting was destijds dat in 2003 dit zo'n 50% zou zijn en dat dit uiteindelijk zal stijgen naar zo'n 70-80%.

Radiochirurgie:

Radiochirurgie zal veel van de conventionele chirurgie op het gebied van o.a. de Ziekte van Parkinson, epilepsie, vasculaire afwijkingen in de hersenen, hersentumoren vervangen: behandeling vindt plaats in een ander deel van het ziekenhuis (radiotherapie) en lengte verblijf in het ziekenhuis gaat omlaag.

Imaging

Betere beeldtechnologie (grotere resolutie, grotere gevoeligheid, snellere beeldgeneratie, 3D) leidt ertoe dat snellere en accuratere diagnosestelling mogelijk is. Dit biedt voordelen voor de patiënt (snelle diagnose), de arts (minder tijd nodige en beter behandeling te bepalen) en ziekenhuis (mogelijk meer patiënten te behandelen)

Digitalisering maakt het mogelijk beelden op te zoeken, sorteren en bekijken op verschillende plekken, het PACS (Picture Archiving and Retrieval System) leidt tot:

- geen film ontwikkeling (personeel, donkere kamers, chemicaliën);
- meer werkstations, netwerken, software en computers, training.

Diagnosticering

Kleinere draagbare apparatuur waardoor de huisartsen en ambulance personeel ook over deze zouden kunnen beschikken maakt dat de diagnose en voorbereiding van behandeling al kan beginnen voor een patiënt in het ziekenhuis is gearriveerd of dat eens specialist on-line geraadpleegd kan worden waardoor de gang van het ziekenhuis niet nodig is.



Op <http://www.archi.net.au> valt te zien hoe kennis wordt verspreid over medische technologie en innovatieve vormen van zorgverlening. De 'toolkit' bevat bijvoorbeeld thema's als 'The hospital in the home' en 'Risk management'.



In Ontario heeft een aantal instellingen de handen ineengeslagen en The Change Foundation opgericht. Het belangrijkste doel is het realiseren van een verticale integratie in de zorgketen. De Ontario Hospital Association is de leidende organisatie achter deze netwerkvorming: <http://www.oha.com>.

DEELRAPPORT 4:

'Omgaan met schaarste'

Wachttijsten en schaarste:

Het Capaciteitsorgaan heeft vastgesteld dat om aan de, nu on vervulde, zorgvraag te voldoen er 5 tot 10% meer medisch specialisten nodig zouden zijn. Op de lange termijn is de huidige instroom van medisch specialisten vrijwel voldoende om zowel de wachttijsten te verhelpen alsook tegemoet te komen aan de extra zorgvraag veroorzaakt door de vergrijzing van Nederland. Echter, de te verwachten groei van zorgvraag veroorzaakt door technologische en farmacologische innovaties, is moeilijk in te schatten en zou de beschikbare arbeidscapaciteit ruim kunnen overstijgen.

- Oorzaken van wachttijsten zijn voor een groot deel te vinden in budgetafspraken en een tekort aan arbeidscapaciteit.
- Maatregelen om op korte termijn de capaciteitsschaarste te bestrijden zijn:
 1. Het buitenland als overloopcapaciteit
 2. Buitenlandse capaciteit naar Nederland brengen
 3. Het benutten van telemedine
 4. Het inzetten van mobiele OK/IC teams
 5. Werktijden verlengen en een hogere beloning van productie
 6. Het creëren van een pool van arbeidskracht
 7. Stroomlijnen van de organisatie, logistiek en planning binnen ziekenhuizen
 8. Het inzichtelijk maken van wachttijsten
 9. Het inzetten van privé-klinieken
 10. Het terugdringen van arbeidsverzuim en verloop
- Maatregelen om op lange termijn de capaciteitsschaarste te bestrijden zijn:
 1. Afschaffen van de numerus fixus
 2. Invoeren van functiedifferentiatie en daarmee verbonden flexibilisering van de opleidingen
 3. Ketenvorming

Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt:

Veel van de strategische veranderingen in organisaties worden tegenwoordig gestuurd door datgene wat de arbeidsmarkt toelaat, in plaats van dat de strategie een personele invulling krijgt. Ook in ziekenhuizen heeft de krapte op de arbeidsmarkt grote gevolgen voor management, organisatie, werktijden, werkwijzen en imago.

De uitnutting van de bestaande personele capaciteit is onvoldoende. Zo is het ziekteverzuim bij de ziekenhuizen ligt al geruime tijd boven het nationale gemiddelde: 7,2 tegenover 5,4 landelijk, een verschil van 1,8% (exclusief zwangerschapsverlof). Het bruto personeelsverloop in de ziekenhuizen was in 1999 14%. Ook de instroom van nieuw personeel is beneden de maat, hetzij om kunstmatige redenen, hetzij omdat de beroepen onaantrekkelijk zijn.

De krapte zal, zolang als zij aanhoudt, zowel voor medisch specialisten als voor het overige personeel, leiden tot meer differentiatie tussen ziekenhuizen. Binding met een onderscheidende, normatieve cultuur wordt een concurrentiefactor op de arbeidsmarkt tussen de instellingen.



De American Hospital Association wijt het tekort aan personeel in de zorg, met name verpleegkundigen, voor het grootste deel aan het imago van het zorgberoep. Het zorgsysteem wordt gezien als een instabiele werkgever. En wanneer ligduur steeds korter wordt, kunnen verpleegkundigen geen betekenisvolle relaties met patiënten meer aangaan. Laat staan als de naleven van protocollen steeds belangrijker wordt.
<http://www.ahapolicyforum.org>.

DEELRAPPORT 5:

'An exploration of future hospital care in 10 countries'

Het onderzoek naar trends en ontwikkelingen in het buitenland hebben een goede indruk gegeven van de vele innovatieve en interessante oplossingen die in het buitenland worden benut om dezelfde soort problemen te verhelpen als die in Nederland spelen. De gemeenschappelijkheid van de problemen en de variaties in de antwoorden op deze ontwikkelingen lenen zich erg goed voor het ontdekken en toepassen van best-practice cases. Hier volgt een kleine greep uit de onderzoeksresultaten.

Internationalisering:

De internationalisering van de zorg kent vele gezichten: patiënten trekken naar het buitenland, Nederlandse aanbieders naar buitenlandse of in het buitenland wonende patiënten, buitenlanders plegen overnames in het private aanbod, er ontstaat heviger concurrentie tussen Europese verzekeraars, er komt druk op stelselwijzigingen vanuit Europa, instroom van nieuwe ziektebeelden door internationale mobiliteit en instroom van niet- of basaal verzekerden, meestal asielzoekers. Met name de Europese markt zal er toe leiden dat het zorgaanbod toenemend over de grenzen gaat 'opereren'.

Desalniettemin is de Trans-Europese zorgconsumptie in en naar Nederland nog beperkt: grensoverschrijdende zorgconsumptie van Nederlanders is 0.2% van de totale zorgconsumptie. Ook het aantal buitenlandse patiënten dat Nederlandse zorg consumeert, is weinig indrukwekkend. De totale instroom van buitenlanders in de periode 1996-1998 is nog geen 0,33%.

Australië voert expliciet beleid om buitenlandse patiënten te behandelen. Het heeft een hoogwaardig, relatief goedkoop gezondheidszorgsysteem, dat aangeboden wordt aan een aantal landen waarmee het een overeenkomst heeft gesloten.

Centers of excellence:

Een zichtbare trend is het zich ontwikkelen van Europese "Centers of Excellence" waar de absolute top van medische kunde op een bepaald gebied zich concentreert. Deze ontwikkeling stoelt op toenemende internationalisering en liberalisering en de toenemende kapitaal intensiviteit van behandelingen. Een voorbeeld is het George Pompidou European Hospital in Parijs.

Privaat ondernemerschap:

Privaat ondernemerschap neemt toe in de wereld. De vorm waarin dit gebeurt verschilt sterk van land tot land omdat de nationale stelsels verschillen in opzet. Desalniettemin is het duidelijk dat private klinieken vaker complexere behandelingen uitvoeren nu dit mogelijk wordt gemaakt door technologische ontwikkelingen. De trend naar decentralisatie en extramuralisatie zet internationaal door.

In Zweden zijn in de acute zorg ziekenhuizen ondernemingen waarbij de overheden het eigendom hebben, maar de ziekenhuizen gemanaged worden door andere partijen, zoals bijvoorbeeld lokale zakenmensen of door de burgers zelf. In Spanje zijn zeer veel private ziekenhuizen die zelf voor een deel concurreren met publieke ziekenhuizen. In België zijn 60% van de ziekenhuizen non-profit private instellingen.

Zorgspreiding:

Zorgspreiding is probleem van grotere orde in Zweden en Canada dan in Nederland. In Canada ontwikkelen de gezondheidsorganisaties zich op regionaal niveau tot gezondheidsnetwerken waarbij ziekenhuizen, thuiszorg, huisartsen en verpleeghuizen integreren. De ziekenhuizen zelf beginnen zich te specialiseren in Centers of Excellence of juist algemene zorgcentra.

In Zweden vindt men een gelaagdheid in het zorg aanbod: in de dunbevolkte regio zijn er kleine beperkte ziekenhuizen terwijl in de meer dichtbevolkte gebieden de grote ziekenhuizen met veel specialiteiten staan. Om er voor te zorgen dat er genoeg huisartsen in dunbevolkte gebieden trekken, krijgen de doktoren daar meer salaris. In Canada gebruikt men deze methode ook, maar daar hebben ze ook restricties op het aantal doktoren in de dichtbevolkte gebieden.

Innovatieve diensten/processen:

In Australië kent men het concept 'hospital in the home'. Hierbij krijgen patiënten thuis de medische zorg die zij anders in een ziekenhuisbed hadden genoten. Dit kost de patiënt niets extra.

In de UK heeft de National Health Service een 24 uurs-hotline opgezet voor mensen die zorgadvies nodig hebben. Bellers worden meteen geholpen met advies of worden doorverwezen naar de instelling die hen het beste kan helpen.

Bijlage 2: Lijst van betrokkenen

Samenstelling Stuurgroep

- mevrouw ir. E. Forbes, Algemeen directeur Stg. Havenziekenhuis & Inst. voor Trop. Ziekten, Rotterdam
- prof. dr. W.H. van Harten arts, Algemeen directeur Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, Amsterdam
- P.C.H.M. Holland, arts, lid Raad van Bestuur Stg. Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem
- drs. G.H.J. Huffmeijer, Algemeen directeur Ziekenhuis Hilversum, voorzitter Stuurgroep
- A. Jonkman, arts, Algemeen directeur Deventer Ziekenhuizen, Deventer
- drs. A.H.M. Kessels, Algemeen directeur Maasziekenhuis, Boxmeer
- drs. W.A. van der Meeren, Lid Raad van Bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
- drs. L.J. Sluis, voorzitter Raad van Bestuur Stg. Algemeen Christelijk Ziekenhuis Eemland
- dr. H.J. van der Steeg, lid Raad van Bestuur Diaconessenhuis, Utrecht
- ir. G.R. Visser, voorzitter Raad van Bestuur Isala Klinieken, Zwolle
- drs. R.N. van der Plank, directeur NVZ-bureau
- mr. drs. R.W. Verrips, hoofd afdeling Kwaliteit & Organisatie NVZ, secretaris Stuurgroep

Presentaties werden tijdens de bijeenkomsten van de Stuurgroep gehouden door:

- dr. H.T.A. Schildkamp, algemeen directeur RZG
- drs. J.F. Maljers, Plexus Medical Group
- mevrouw J.M.G. Lanphen, huisarts, Raad voor de Volksgezondheid en zorg (RVZ)
- F.N.W.M. Maréchal, Zakelijk Directeur AVRO
- mevrouw A. Schipaanboord, beleidsmedewerker gezond Consumentenbond
- R.M. van Kralingen, Postioneringsgroep

Lijst interviews

Alfabetische lijst interviews eerste ronde:

Om een goed inzicht te krijgen in het complexe zorgveld en de vele ontwikkelingen op het gebied van medische-curatieve zorg is het houden van een uitgebreide interviewronde onontbeerlijk. Hier volgt een lijst van de mensen die geïnterviewd zijn in verschillende stadia van het project. De input die zij leverden, is besproken in de NVZ stuurgroep Curatieve Zorg 2010 en verwerkt in het uiteindelijke rapport en de deelstudies.

- mevrouw dr. H.E. Akyurek-Kievits, Clustercoördinator Zorg Nederlandse Mededingingsautoriteit
- J.J.A.C. Balm, directeur Medische Techniek Siemens Nederland N.V.
- prof. dr. J.Th.J. van den Berg, VNG
- prof. dr. O.P. Bleker, gynaecoloog, hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie AMC
- prof. dr. E.J. Bomhoff, directeur Nyfer
- mr. drs. E. Brinkman, Voorzitter Platform ICT in de zorg
- dr. I. Broeders, Stafchirurg UMCU, divisie chirurgie
- dr. F.J.H. Don, directeur Centraal Planbureau
- drs. G. van Gemert, GGZ Nederland
- prof. dr. J.R. Glasz, hoogleraar Corporate Governance, voorzitter Cie Health Insurance Governance
- prof. dr. W.J. de Gooijer, hoogleraar faculteit bestuurskunde, Universiteit Leiden
- prof. dr. T.E.D. van der Grinten, hoogleraar Erasmus Universiteit

-
- drs. J. Hamel, voorzitter Raad van Bestuur Academisch Ziekenhuis Groningen
 - mr. G.J.A. Hamilton, Directie Wetgeving en Juridische Zaken, Ministerie van VWS
 - prof. dr. ir. T. Hardjono, Hoogleraar Kwaliteitsmanagement en certificatie, Erasmus Universiteit Rotterdam
 - prof. dr. G.J. den Heeten, Afdeling Radiologie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
 - mevrouw H. Hillmann, directeur Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
 - mevrouw prof. dr. H. Huyer Abu-Saad, hoogleraar verplegingswetenschappen, directeur Centre for Nursing Research
 - mr. N. de Jong, voorzitter Arcades
 - drs. R.J.M. de Jong, Algemeen directeur Werkenrode
 - prof. dr. J.H. Kingma, Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg
 - drs. W. Koole, hoofd consument en beleid, Consumentenbond
 - prof. dr. L. Koopmans, voorzitter commissie DBC-ontwikkeling
 - drs. A.Th.J. Krol, voorzitter International Hospital Federation
 - drs. W.A.F.M. van der Kruijs, Human Capital Group
 - drs. P. Lems, Prismant
 - prof. dr. H.G.M. Leufkens, Faculteit Farmacie, Universiteit Utrecht
 - mevrouw prof. dr. B. Meyboom, hoogleraar huisartsengeneeskunde, Universiteit Groningen
 - mevrouw prof. dr. P.L. Meurs, hoogleraar Ziekenhuismanagement, Erasmus Universiteit Rotterdam
 - prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, directeur Zorg Achmea
 - prof. dr. L.F. van Muiswinkel, hoogleraar Algemene Economie, VU Amsterdam
 - dr. H.P. Muller, voorzitter Rv Wetenschap Opleiding en Kwaliteit, Orde van Medisch Specialisten
 - drs. R. van Nieuwenhuizen, voorzitter Petrus Camperinstituut
 - drs. N.C. Oudendijk, waarnemend directeur-generaal Volksgezondheid, Ministerie van VWS
 - drs. F.R. Plukker, interim-directeur Prismant
 - prof. dr. H. Rengelink, voorzitter Nederlandse Public Health Federatie
 - prof. dr. G.M. Richter, voorzitter Raad van Bestuur Trimbos Instituut
 - dr. F.B.M. Sanders, voormalig voorzitter Orde van Medisch Specialisten
 - Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) conferentie medische staven en directies
 - prof. dr. P. Schnabel, directeur SCP
 - drs. R.L.J.M. Scheerder, voorzitter CTG, Utrecht
 - drs. A.L.M. Barendrecht, algemeen secretaris CTG, Utrecht
 - W.M.L.C.M. Schellekens, arts, Algemeen Directeur CBO, Utrecht
 - prof. K. Schutyser, Secretaris- generaal HOPE
 - mevrouw drs. S.J. Stuiveling, President Algemene Rekenkamer
 - J. Troost, Voorzitter bestuur Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
 - dr. R.M. Valentijn, Voorzitter Orde van Medische Specialisten
 - prof. W. van der Ven, hoogleraar ziektekostenverzekeringen, Erasmus Universiteit Rotterdam
 - Prof.dr. F.A. de Wolff, hoogleraar klinische en forensische Toxicologie, LUMC

Interviews tweede ronde

- H.F. Dijkstal, Fractievoorzitter VVD, Tweede Kamer der Staten-Generaal
- drs. M.A.J.M. Bos, Directeur Zorg Zorgverzekeraars Nederland
- S. Buijs, arts, Woordvoerder volksgezondheid CDA, Tweede Kamer der Staten-Generaal

-
- R. Oudkerk, arts, Woordvoerder gezondheidszorg PvdA, Tweede Kamer der Staten-Generaal
 - Mw Hillmann, directeur Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
 - mr. N. de Jong, Voorzitter Arcades
 - drs. W. Koole, Hoofd consument en beleid, Consumentenbond
 - mr. J.H. Schraven, voorzitter VNO-NCW
 - Mw Dr. T. Slagter, voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging
 - drs. D. Sluimers, DG Rijksbegroting, Ministerie van Financiën
 - mevrouw drs. G.E.M. Tielen, directeur Directie Curatieve Zorg, Ministerie VWS
 - dr. R.M. Valentijn, Voorzitter Orde van Medische Specialisten
 - mevrouw drs. S. van Vliet, Woordvoerder gezondheidszorg D66 Tweede Kamer der Staten-Generaal
 - L. de Waal, Voorzitter FNV
 - drs. F.J.M. Werner, Voorzitter Vereniging Academische Ziekenhuizen
 - drs. H.H.F. Wijffels, Voorzitter SER

Colofon

Uitgever

NVZ vereniging van ziekenhuizen

Bezoekadres

Oudlaan 4

Postadres

Postbus 9696
3506 GR Utrecht

Telefoon

030 2739883

Telefax

030 2739780

E-mail

nvz@nvz-ziekenhuizen.nl

Website

www.nvz-ziekenhuizen.nl

Publicatienummer

4-2002-001

Vormgeving

Warner-Demare, Nijmegen

Extra exemplaren van deze uitgave kunt u onder vermelding van het publicatienummer en het aantal benodigde exemplaren uitsluitend schriftelijk aanvragen bij:

SpectraFacility
Afdeling Verkoop Publicaties
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

Telefax

030 2739454

Per exemplaar zal een bedrag van € 7,50 in rekening worden gebracht (inclusief BTW en exclusief handling- en verzendkosten).