

Scherpere keuzes voor helder en toekomstbestendig profiel ziekenhuizen

Bijna zo voorspelbaar als Prinsjesdag is dat accountantsorganisatie BDO in oktober publiceert over de jaarcijfers van de Nederlandse ziekenhuizen. Onder een heel redelijke financiële buitenkant - betere cijfers over de hele linie maar met verschillen, stijgende operationele kosten gecompenseerd door de lage rentelasten – is de slotsom dat van de transformatie zoals beoogd in het Hoofdlijnenakkoord nog niet veel is terecht gekomen. Nog te weinig ‘juiste zorg op de juiste plaats’ en 3½% méér volume is echt iets anders dan nulgroei.

BDO roept op tot snellere aanpassing van de financieringsmethodiek en doet een appèl op partijen om ‘over bestaande belangen heen te stappen’. Dit kan doordat ziekenhuizen ‘meer regie pakken’ en het zo weten te plooiën dat medisch specialisten meer ‘een vorm van eigenaarschap ervaren’ (opmerking: op écht mede-eigenaarschap door het MSB wordt duidelijk niet ingezet).

Deze richting lijkt mij de juiste. Hierna ga ik in op wat er nodig is om in ziekenhuizen dit pad verder op te gaan. Eerst een paar observaties naar aanleiding van de minder presterende ziekenhuizen.

In de Haagse regio bungelt al vele jaren achtereen het ziekenhuis in Zoetermeer in de onderste regionen en al is het nodige geprobeerd: beschutting in de zgn. A12-combinatie o.l.v. Haaglanden MC, flirten met een private entrepreneur en tenslotte overname door Reinier-Hagagroep, een doorbraak is uitgebleven. Binnen dezelfde groep presteert ook het topklinische Haga ziekenhuis financieel niet goed. Wat zegt dit over de veronderstelde synergie die bereikt zou kunnen worden tussen deze ziekenhuizen met ook het Reinier de Graafziekenhuis in Delft? Is er in het medisch-specialistisch palet daadwerkelijk ingezet op te behalen voordelen van *scale* en *scope*? De cijfers suggereren van niet. Misschien is het voor een complex concern extra lastig om regie te voeren over wáár en in welke mate welke medisch-specialistische functies en daaraan gerelateerde zorgvormen aan te bieden. De verschillen in karakter van de afzonderlijke ziekenhuizen en hun positie in de regio bieden toch mogelijkheden voor onderscheidende profilering. De aanwezigheid van andere (‘concurrerende’) ziekenhuizen in de regio hoeft niet als een bedreiging te worden gezien maar kan ook kansen inhouden.

Als de financiering meer wordt: ‘van ziekte naar gezondheid’, met een soort regiobudgetten, zullen ziekenhuizen per saldo voordeel hebben van een scherpere positionering en profilering. Onder het huidige model van bekostiging moeten dan wel stappen in die richting worden gezet.

Was ooit het *algemeen ziekenhuis* hét antwoord van de 2^e lijn op al wat werd doorverwezen door huisartsen en geen academische aandacht vroeg, we onderscheiden al veel langer acute, electieve, chronische/netwerkzorg en in een andere dimensie: basis-, topklinische en topreferente zorg; bovendien is dit veld niet statisch maar door verdergaande specialisatie en (medisch-)technologische innovaties bij uitstek *dynamisch*. Dit biedt zorgaanbieders mogelijkheden bewust te kiezen voor wat wel en niet in het zorgaanbod op te nemen. Maar dwingt hen ook slagvaardig te zijn om een nieuwe rol te kunnen spelen nu een groeiend volume aan zorg niet meer noodzakelijk in en door het ziekenhuis wordt geleverd: 1½e lijn zorg, professionalisering HAP's en medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis. Ook het *businessmodel* van zorgaanbieders is verder gedifferentieerd. Al dan niet verbonden met ziekenhuizen en/of MSB's functioneren zelfstandige behandelcentra e.d. Terzijde: hierdoor is de eind jaren '90 geuite verwachting dat door concentratie in Nederland ongeveer veertig min of meer dezelfde ziekenhuizen zouden resulteren m.i. afdoende gelogenstraft.

Een betrekkelijk gegeven voor zorgaanbieders is de (potentiële) patiëntenpopulatie in het verzorgingsgebied. Op welk deel hiervan de zorgaanbieder zich richt (naar: aard aandoeningen, (mix van) zorgvormen e.d.) en hoe ruim deze daarbij de regio definieert én in welke mate het openstaat voor instroom van buiten, zijn allemaal strategische keuzes die de zorgaanbieder zelf maakt. Het ziekenhuis is als *private partij* hierin zelf aan zet. Maar houdt uiteraard rekening met de verwachtingen die in de omgeving leven en die op hun beurt zijn gevoed door hoe de zorgaanbieder tot dan toe heeft gepresteerd. Speelt het ziekenhuis onvoldoende in op deze verwachtingen (gedefinieerd als ‘publieke belangen’) dan leidt dit tot uitstroom van patiënten en benadeelt het zichzelf als private partij.

Het beeld van *privaat* en *publiek* is niet compleet zonder hierin het aspect *professioneel* te betrekken. Medische professionals bepalen niet alleen, in samenspraak met de patiënt, *hoe* de zorg volgens professionele maatstaven te leveren, maar bepalen op grond van hun opleiding en specialisatieprofiel feitelijk ook *welke* zorg het ziekenhuis biedt. Welk type dokters het ziekenhuis c.q. het MSB aan zich verbindt is dus sterk bepalend voor het zorgaanbod, maar ook voor bijvoorbeeld investeringen en capaciteit en inrichting van zorgvoorzieningen (SEH, OK, IC, kliniek, dagbehandeling, poli).

Ziekenhuis en MSB spelen in de huidige *governance* elkaar aanvullende rollen, het is essentieel dat de strategie van het ziekenhuis en die van het MSB op elkaar aansluiten en elkaar versterken. Die strategie houdt niet alleen in waarheen ziekenhuis en MSB zich willen ontwikkelen, maar ook wat zij niet meer tot hun kerntaken rekenen en dat deze zaken, in samenwerking met partners in de zorg, anders worden belegd (en hóe). Het betekent ook dat ziekenhuis én MSB ieder investeren in de ontwikkeling van het zorgaanbod en ook bijdragen in de onvermijdelijke afbouwkosten (afstoten vastgoed, reorganisatiekosten personeel en medisch specialisten).

Uit het pleidooi om de private en de professionele optiek met elkaar te verbinden en samen op de publieke verwachtingen in te spelen, vloeit een eenvoudige conclusie voort voor de ziekenhuizen die nu financieel zwak staan en voor wie dit risico dreigt: MSB en ziekenhuis moeten nu samen scherpere keuzes maken en in uitvoering nemen voor een helder en toekomstbestendig profiel van het ziekenhuis.

Frank Leguijt,
oktober 2019