

Maak onderscheid tussen de vaste en variabele kosten van ziekenhuizen



Bedrijfseconoom Koen Perik is partner van SIS Finance Consulting.

Ziekenhuizen krijgen aan het eind van elk jaar te maken met zogeheten zorgplafonds, waardoor bepaalde zorg niet meer geleverd kan worden dat jaar. Dat is opmerkelijk, omdat de meeste kosten van een ziekenhuis vast zijn, en dus goed in te schatten.

Maak daarom in de financiële afspraken tussen verzekeraar en ziekenhuis liever onderscheid tussen het vaste en het variabele deel van de kosten. Dan houd je als branche greep op de kosten en voorkom je het jaarlijkse ‘financieel plafondritueel’.

Welke kosten maken ziekenhuizen eigenlijk? In de eerste plaats personele kosten, die van artsen, medische staf en ondersteuning. Daarbovenop komen materiële kosten: die van medicijnen, voeding en instrumenten, licentiekosten, onderhoudskosten en kapitaallasten van onder meer gebouwen en MRI's.

De kosten van medicijnen en voeding kun je als variabel beschouwen, en misschien deels ook personeelsinhuur. Maar de rest? Dat zijn vaste kosten die je heel goed voor één of zelfs meerdere jaren kunt inschatten. Dan hebben we het over zo'n 80% van de kosten. Maximaal 20% van de kosten varieert per uitvoeringsjaar, want die zijn afhankelijk van vraag of managementbeslissingen, en lastig te voorspellen.

Nu heeft een zorgplafond macro gezien wel een functie: je stelt een financieel maximum waarboven meer zorg niet mogelijk is. Dit heeft geleid tot een daling in de groei van zorgkosten in Nederland. Maar dat macro-voordeel staat wel verder af van ‘patiënt centraal’ en werkt niet altijd in het belang van het ziekenhuis.

Het kan ook anders: maak als verzekeraar een afspraak over de vergoeding voor de totale vaste kosten van het ziekenhuis en vergoedt vervolgens een variabel deel. Uiteraard met een maximum aan te declareren totale vaste en variabele kosten. Bij vraagoverschrijding van een specialisme kan de verzekeraar overwegen tegen relatief geringe zogeheten diagnose-behandeling combinatie-tarieven (DBC-DOT) de zorg toch door te laten leveren. Zo'n ‘variabel’ tarief is gemiddeld ongeveer 20% van de integrale kostprijs van DBC-DOT. Als er doorgeleverd moet worden, is de vergoeding van de verzekeraar aan een ziekenhuis in dat geval beperkt. Een alternatief is dat je op de totale aanneemsom een percentage vast en variabel overeenkomt.