

Capaciteitsplanning in de gezondheidszorg

DRS. W. A. KOCH*

In 1979 bedroegen de kosten voor de gezondheidszorg f. 26 mrd. Dit is 8,6% van het bruto nationaal produkt. In de periode 1972-1979 zijn de kosten gemiddeld met zo'n 13,5% per jaar gestegen. Vanwege het niveau van de kosten, en de forse stijging ervan in het recente verleden, tracht men in de gezondheidszorg tot kostenbeheersing te komen, onder meer door het aanpassen van de capaciteit. Dat zou dan vooral moeten gebeuren in de intramurale sector (ziekenhuizen e.d.). Daarvoor is o.a. de bekende 4‰-norm voor het aantal bedden in ziekenhuizen ontwikkeld.

Daarnaast is er ten aanzien van de capaciteitsplanning een andere ontwikkeling gaande, nl. de invoering van de gewijzigde Wet ziekenhuisvoorzieningen. Daarmee wordt de capaciteitsplanning van intramurale voorzieningen in vergaande mate gedecentraliseerd. Ook de als kaderwet geformuleerde Wet voorzieningen gezondheidszorg kent een vergelijkbare decentralisatie van de planning. De provincies hebben de bevoegdheid gekregen voor het opstellen van plannen voor ziekenhuisvoorzieningen. De overheid geeft richtlijnen. De planning moet ervoor zorgen dat de capaciteiten uiteindelijk komen te liggen op de normen die daarvoor zijn ontwikkeld. Daarmee wordt ook een evenwichtige geografische spreiding van voorzieningen gerealiseerd.

In het navolgende besteden we aandacht aan de capaciteitsnormen die worden gesteld. Bovendien relateren we de gewenste capaciteit aan de aanwezige capaciteit. Ten slotte gaan we in op enkele financiële consequenties van de geplande capaciteitsaanpassing en de daarmee samenhangende gevolgen voor de werkgelegenheid in de gezondheidszorg.

Capaciteiten

Ten behoeve van de planning zijn voor vier categorieën instellingen capaciteitsnormen ontwikkeld 1). De normen komen samengevat op het volgende neer 2):

- ziekenhuizen : 4 bedden per duizend inwoners;
- verpleeghuizen : 2,45 bedden per 100 inwoners van 65 jaar en ouder, plus 0,35 bed per duizend inwoners;
- psychiatrische ziekenhuizen : 1,5 plaats per duizend inwoners;
- zwakzinnigeninrichtingen : 1,8 plaats per duizend inwoners.

In tabel 1 zijn voor deze vier categorieën instellingen de aantallen bedden of plaatsen weergegeven in het jaar 2000 volgens de huidige capaciteitsnormen. Hierbij is uitgegaan van een gemiddelde van de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De bevolking kan dan voor het jaar 2000 worden geschat op 14,75 mln. inwoners, met 13,2% bejaarden (65+) 3).

Tabel 1. Bedden in instellingen voor intramurale gezondheidszorg, erkend in 1978 en in 2000, volgens de huidige capaciteitsnorm

	Erkend 1978	Norm 2000	Vershil
Ziekenhuizen	74.052	59.008	- 15.044
Psychiatrische ziekenhuizen	26.846	22.128	- 4.718
Zwakzinnigeninrichtingen	28.135	26.554	- 1.581
Verpleeghuizen	44.017	52.926	8.909

*De auteur is wetenschappelijk medewerker/econoom bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, te Leiden.

1) De normen zijn gepubliceerd in de Handleiding bij de toepassing van artikel 29, eerste lid, Wet Ziekenhuisvoorzieningen, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Directie Planning en Bouw, Leidschendam, december 1979.

2) Er zijn afwijkingen toegestaan. Daarmee is hier geen rekening gehouden.

3) CBS, *De toekomstige demografische ontwikkeling in Nederland na 1975*, 's-Gravenhage, 1976.

Tabel 2. Erkende bedden en toegestane aantallen bedden (volgens de capaciteitsnormen) in 1978

	Ziekenhuizen a)				Verpleeghuizen			Psychiatrische ziekenhuizen			Zwakzinnigeninrichtingen		
	erkende bedden	bedden volgens norm 1	bedden volgens norm 2	norm 1 minus erkend	erkende bedden	bedden volgens norm	norm minus erkend	erkende bedden	bedden volgens norm	norm minus erkend	erkende plaatsen	plaatsen volgens norm	norm minus erkend
Groningen	2.989	2.191	2.770	- 798	1.858	1.927	69	795	822	27	290	986	696
Friesland	2.483	2.292	2.115	- 191	2.109	2.000	- 109	600	859	259	740	1.031	291
Drenthe	1.545	1.652	1.405	107	928	1.275	347	2.204	620	-1.584	1.183	744	- 439
Overijssel	5.156	4.201	4.432	- 955	2.506	3.001	495	1.184	1.502	318	854	1.802	948
Gelderland	8.063	6.673	6.340	- 1.390	5.187	4.988	- 199	3.121	2.502	- 619	6.059	3.003	-3.056
Utrecht	6.203	3.515	3.948	- 2.688	2.661	2.629	- 32	2.184	1.318	- 866	3.037	1.582	-1.455
Noord-Holland	14.468	9.198	9.438	- 5.270	7.977	7.694	- 283	3.654	3.449	- 205	1.926	4.139	2.213
Zuid-Holland	16.078	12.212	12.397	- 3.866	11.420	10.275	-1.145	5.986	4.579	-1.407	4.618	5.495	877
Zeeland	1.698	1.360	1.184	338	1.060	1.288	228	—	510	510	790	612	- 178
Noord-Brabant	9.364	8.046	7.510	- 1.318	5.281	4.977	- 304	4.964	3.017	-1.947	4.819	3.621	-1.198
Limburg	6.005	4.244	4.121	- 1.761	3.030	2.772	- 258	2.154	1.591	- 563	3.819	1.910	-1.909
Nederland	74.052	55.584	55.660	-18.468	44.017	42.826	-1.191	26.846	20.769	-6.077	28.135	24.925	-3.210

Bron: Erkende bedden opgave NZI.

a) Norm 1: 4‰-norm gekoppeld aan de geografische bevolking.

Norm 2: 4‰-norm gekoppeld aan de adherente bevolking.

Het blijkt dat voor realisatie van de capaciteitsnormen een aanzienlijke beddenreductie noodzakelijk is. In de ziekenhuizen moeten ruim 15.000 bedden verdwijnen en in de psychiatrische ziekenhuizen zal het aantal plaatsen met 4.700 moeten worden teruggebracht. Uitsluitend in de verpleeghuissector is nog een (aanzienlijke) groei mogelijk.

Het gaat de overheid niet alleen om de landelijke aanpassing van de capaciteiten aan de daarvoor ontwikkelde normen, doch ook om de realisatie van een evenwichtige geografische spreiding van de voorzieningen. Interessant is dan ook te bezien wat de normen betekenen, wanneer deze worden gekoppeld aan de geografische spreiding van de bevolking per provincie. Bij de ziekenhuizen kan ook worden uitgegaan van de z.g. adherente bevolking. De adherente bevolking is de bevolking die in werkelijkheid aan de ziekenhuizen in een provincie moet worden toegerekend. Een ziekenhuis aan de rand van een provincie bestrijkt immers ook een gedeelte van de aangrenzende provincie(s). Tabel 2 geeft voor de vier categorieën instellingen de aantallen bedden of plaatsen weer, die volgens deze normen (in 1978) aanwezig mogen zijn, en vergelijkt de normen met de aantallen „erkende” bedden of plaatsen in 1978. In tegenstelling tot tabel 1 worden de normen in tabel 2 dus niet geëxtrapoleerd naar het jaar 2000.

Het blijkt dat de geografische spreiding van het aantal bedden en plaatsen in 1978 tamelijk onevenwichtig is. Slechts voor de verpleeghuizen is dit niet het geval. Bij zwakzinnigeninrichtingen en de psychiatrische ziekenhuizen is een geografische herallocatie noodzakelijk.

Het realiseren van de hiervoor genoemde capaciteitsnormen lijkt zowel landelijk als regionaal een moeilijke en langdurige aanpassing van de capaciteiten te vergen.

Consequenties capaciteitsaanpassing

De consequenties van de aanpassing van de capaciteit aan de normatieve capaciteit worden hier besproken voor zover het de financiële en personele gevolgen betreft. In het door ons gekozen basisjaar 1978 bedroegen de uitgaven van de vier categorieën instellingen in totaal ruim f. 13 mrd. Het aantal bezette arbeidsplaatsen bedroeg ruim 220.000. In tabel 3 zijn de kosten per categorie voorzieningen weergegeven en is het aandeel van de loonkosten hierin vermeld. Tevens is in deze tabel het aantal bezette arbeidsplaatsen opgenomen, omgerekend op basis van een volledige dagtaak.

Tabel 3. Exploitatiekosten, loonkosten en bezette arbeidsplaatsen in de intramurale gezondheidszorg, 1978

	Exploitatiekosten in mln. gld.	Loonkosten in procenten	Bezette arbeidsplaatsen
Ziekenhuizen	7.858,2	68,5	128.697
Psychiatrische ziekenhuizen	1.431,1	76,2	23.411
Zwakzinnigeninrichtingen	1.408,5	67,3	24.509
Verpleeghuizen	2.369,7	68,0	43.450
Totaal	13.067,4	69,1	220.067

Bron: CBS.

Wanneer in het jaar 2000 de capaciteitsnorm voor de ziekenhuizen is gerealiseerd, dient de capaciteit ten opzichte van 1978 met ruim 20% te zijn teruggebracht. Omdat de gemiddelde bezettingsgraad in 1978 zo'n 85% bedroeg, is een dergelijke reductie mogelijk indien het aantal verpleegdagen met 10% afneemt, als we daarbij veronder-

stellen dat een toename van de bezettingsgraad tot 95% mogelijk moet zijn. Op zich zou men hieruit kunnen concluderen dat ook het aantal arbeidsplaatsen met 10% kan afnemen (dit wil zeggen met bijna 13.000). Maar het aantal arbeidsplaatsen dat kan worden bespaard is uiteraard afhankelijk van de wijze waarop de vermindering van de capaciteit wordt gerealiseerd. Worden ziekenhuizen gesloten, of wordt in bestaande ziekenhuizen het aantal bedden verminderd? Wanneer een lineair verband wordt verondersteld tussen loonkosten en productie — hetgeen bij sluiting van ziekenhuizen een reële veronderstelling zou zijn — dan wordt, in prijzen van 1978, uiteindelijk op jaarbasis ruim f. 550 mln. bespaard.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen zal de realisering van de gestelde norm neerkomen op een reductie van het aantal bedden met 18%. De gemiddelde bezettingsgraad bedroeg hier in 1978 bijna 92%. Wanneer we opnieuw een lineair verband veronderstellen tussen loonkosten en productie zal het aantal verpleegdagen met zo'n 12% afnemen, hetgeen een besparing op loonkosten impliceert van f. 130 mln., wat overeenkomt met ruim 2.800 arbeidsplaatsen.

In de zwakzinnigeninrichtingen zal het aantal plaatsen met bijna 1.600 (5,6%) moeten worden verminderd. Door de hoge bezettingsgraad (in 1978 gemiddeld 98%) is realisering van de norm slechts mogelijk indien het aantal verpleegdagen met 5% afneemt. Bij een lineair verband tussen loonkosten en productie zal aan loonkosten f. 47 mln. worden bespaard. Het aantal arbeidsplaatsen kan worden teruggebracht met 1.200. Bij deze uitkomsten geldt wel de „ceteris-paribus”-clausule. Zo is het van belang of er in de toekomst meer poliklinische behandelingen plaatsvinden van patiënten die nu nog klinisch worden behandeld, en wat de invloed is van het toenemend aanbod van beroepsbeoefenaren. Verder is het de vraag of het aantal verrichtingen toeneemt, of er een intensievere zorg noodzakelijk zal zijn e.d. Ook lijkt een capaciteitsvermindering in de intramurale sector een zwaarder beroep op de zorgverlening in de extramurale sector met zich te brengen, waardoor in die sector weer extra kosten zullen worden veroorzaakt.

In tegenstelling tot de drie hiervóór genoemde categorieën instellingen is in de verpleeghuissector nog een aanzienlijke groei mogelijk. Vooral door de toenemende vergrijzing van de bevolking kan het aantal bedden tot het jaar 2000 nog toenemen met 20%. Op grond hiervan mag worden aangenomen dat het aantal arbeidsplaatsen met ongeveer 8.700 kan toenemen. Wanneer ook hier uitsluitend naar de personeelskosten wordt gekeken, zullen de kosten met minimaal f. 325 mln. (ten opzichte van 1978) toenemen.

Per saldo zou het aantal arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg tot het jaar 2000 met ongeveer 8.300 kunnen afnemen ten opzichte van 1978. Op andere punten kan echter weer een uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen worden verwacht (b.v. door de voortdurende verruiming van de personeelsrichtlijnen). In het vierde Financieel Overzicht van de gezondheidszorg van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, wordt het aantal personeelsleden in de intramurale sector in 1984 geschat op 258.000, een toename van zo'n 38.000. In dit overzicht worden voor 1984 de kosten van de hier besproken voorzieningen geschat op f. 22 mrd. In deze meerjarenramingen zijn de (financiële) effecten van het beleid dat gericht is op kostenmatiging volledig verwerkt. De beddenreductie levert al met al „slechts” een beperkte bijdrage aan de afremming van de kostengroei in de gezondheidszorg.

W. A. Koch