

De geïstitutionaliseerde markt voor gezondheidszorg

PROF. DRS. H. TER HEIDE*

De voorziening van medische diensten in de sector van de gezondheidszorg wordt niet aan het marktmechanisme overgelaten. Door middel van uiteenlopende maatregelen wordt getracht prijs en produktie te reguleren. De markt voor gezondheidszorg is daardoor een geïstitutionaliseerde markt. In dit artikel wordt onderzocht op welke wijze men in de gezondheidszorg — in welke sector ook prof. Lambers actief is geweest — probeert de allocatie te bepalen en de efficiency te waarborgen. De centrale beïnvloeding heeft zich tot nu toe vooral toegespitst op het beheersen van de tarieven die voor verrichtingen in rekening worden gebracht.

Inleiding

De traditionele functies van de markt zijn de allocatiefunctie en de efficiencyfunctie. De allocatiefunctie zorgt ervoor dat het met de preferenties overeenkomende goederen- en dienstenpakket geproduceerd wordt; de efficiencyfunctie, dat dit gebeurt in een combinatie van prijs en kwaliteit die het resultaat is van een efficiënt gebruik van produktiemiddelen.

In beschouwingen over economische systemen wordt, niet ten onrechte, ook de allocatie onder het efficiency-begrip gebracht. Als immers de allocatie niet goed functioneert wordt niet het technisch mogelijke produktiepeil bereikt. Wanneer echter markten geheel of gedeeltelijk worden uitgeschakeld is het toch mogelijk beide functies te splitsen, met behulp van twee vragen:

- hoe wordt beslist hoeveel er geproduceerd wordt?
- hoe wordt toegezien op een efficiënt gebruik van de produktiemiddelen?

De eerste vraag slaat op de situatie waarin de marginale transformatievoet in de produktie gelijk is aan de marginale substitutievoet in het gebruik. De tweede vraag omvat twee aspecten: het macro-aspect van de volledige inschakeling van alle produktiemiddelen en het micro-aspect van de produktie op het minimum niveau van de produktiefunctie. Deze begrippen hebben betrekking op de statische efficiency. Voor dit betoog kunnen de problemen samenhangende met de dynamisering van deze begrippen buiten beschouwing worden gelaten.

Zijn de resultaten van het marktproces niet acceptabel, dan kunnen één of meer elementen buiten de markt geplaatst worden: de markt wordt geïstitutionaliseerd en verliest daarmee of wel de allocatiefunctie, of wel de efficiencyfunctie, of beide. Bij geheel gecentraliseerde produktie en distributie wordt de allocatiefunctie overgenomen door de politieke besluitvorming, via de overheidsbegroting. De efficiency wordt bepaald in een hiërarchisch bureaucratisch systeem.

Allerlei mengvormen zijn denkbaar. De produktie van een echt collectief goed als een dijk vindt via aanbesteding plaats door bedrijven. Voor een dergelijk collectief goed wordt de efficiency verzekerd geacht via de concurrentie tussen aan de aanbesteding deelnemende bedrijven. De overheid bepaalt het budget, binnen het budget worden nauwkeurige kwalificaties opgesteld voor de uit te voeren werken, gunning ge-

schiedt op basis van prijs en verwachte kwaliteit bij de uitvoering.

In het algemeen kunnen er zowel bij het budgetmechanisme als bij de bureaucratie en bij de concurrentie een groot aantal relativerende opmerkingen worden gemaakt, die verklaren waarom noch de allocatie noch de efficiency optimaal zijn. In dit artikel zal van deze meer algemene theorieën weinig gebruik worden gemaakt, maar zal specifiek worden gekeken naar het bewaken van de efficiency en het beoordelen van de allocatie in de gezondheidszorg en meer in het bijzonder in de intramurale gezondheidszorg.

De markt voor gezondheidszorg

De gezondheidszorg is een complex geheel, waarvan de ontwikkeling zich niet in eenvoudige termen laat beschrijven. Milton Roemer 1) noemt als belangrijkste determinanten van gezondheidszorgsystemen:

- a. historische determinanten;
- b. het niveau van economische ontwikkeling;
- c. het beleid van politieke organen;
- d. andere culturele invloeden.

Voor de Nederlandse situatie zijn de geschiedenis en het politieke beleid, die overigens ten nauwste met elkaar verband houden, belangrijke elementen. De intramurale gezondheidszorg is voor een belangrijk deel in handen van charitatieve professionele instellingen, die in het traditioneel verzuilde Nederlandse systeem op sterke politieke steun konden rekenen. Weliswaar is ook in deze sector de verzuiling in de afgelopen decennia sterk verzwakt: er hebben veel fusies plaatsgehadt van ziekenhuizen die niet tot dezelfde zuil behoorden, en ook de overkoepelende organisatie, de Nationale Ziekenhuis Raad, is niet meer verzuild. De erkenning van de zelfstandigheid van de individuele instellingen voor gezondheidszorg, ook in de politiek, is daarmee niet verdwenen. Zelfs de overheidsinstellingen op dit gebied hebben een dui-

* Hoogleraar omgeving aan het Interuniversitair Instituut Bedrijfskunde te Delft.

1) Milton I. Roemer, *Comparative national policies on health care*, New York, 1977, blz. 1.

delijk zelfstandig karakter. In de eerste plaats geldt dit voor de academische ziekenhuizen, die zijn gelieerd aan de universiteiten en aan het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, maar ook voor andere instellingen, die voor het grootste deel onder gemeenten en provincies ressorteren. Wat overblijft zijn enkele rijkspsychiatrische inrichtingen, die dan vaak nog door het Ministerie van Justitie worden beheerd. Daarnaast zijn er over het algemeen als vrije beroepsbeoefenaars optredende medici en para-medici.

De medische ethiek brengt met zich dat hulp aan mensen in nood niet wordt geweigerd. Bovendien wordt het in rekening gebrachte tarief dikwijls aangepast aan de veronderstelde draagkracht van de patiënt. Na de industriële revolutie kwam het verzekeringsstelsel op als financieringsmethode voor de gezondheidszorg en raakte de charitas enigszins in onbruik. Het lijkt mogelijk ook de verzekerde gezondheidszorg geheel als particuliere consumptie te beschouwen, waarbij institutionalisering niet nodig is.

Toch zijn er wel redenen om niet alleen de markt voor medische zorg te reguleren, maar deze zorg zelfs als een collectief goed te beschouwen. De gezondheidszorg voldoet niet aan de criteria van collectieve goederen in enge zin (prijsvorming niet mogelijk, ondeelbaarheid), maar het karakter van „merit-good” is des te sterker en ook de externe effecten zijn van belang. Maar doorslaggevend is dat de beschikbaarheid van medische diensten als een grondrecht wordt gezien dat de overheid, gelijk alle andere grondrechten, behoort te waarborgen. Als de betaling de belangrijkste (hoewel niet de enige) hinderpaal voor de realisering van dit grondrecht is, zou men kunnen veronderstellen dat met een (eventueel verplichte) verzekering het probleem via de markt kan worden opgelost.

De allocatie zou dan bepaald worden door beslissingen van consumenten, de efficiency door een gedifferentieerd aanbod. Er ontstaat dan wel het probleem, zelfs bij een overigens goed functionerende markt, dat de vraag naar medische voorzieningen niet wordt afgewogen tegenover andere besteding. Er wordt immers geen prijs betaald. Dit heeft alleen geen belangrijke gevolgen indien de vraag zeer inelastisch is. Bailey 2) is van mening dat de vraag naar gezondheidsdiensten in twee delen kan worden gesplitst: bij acute, ernstige aandoeningen is de vraag zowel prijs- als inkomensinelastisch, in andere gevallen zijn de elasticiteiten veel groter.

Het allocatie-aspect

Aan de opvattingen van het recht op gezondheidszorg als een grondrecht zijn interessante conclusies te verbinden. Een individuele bijdrage aan de kosten van bepaalde behandelingen kan tot een betere allocatie leiden indien het geen essentiële behandelingen betreft (daarbij heeft de prijs immers geen duidelijke invloed op de vraag) en de eigen bijdrage inkomensafhankelijk is, zodat het gelijke recht op gezondheidszorg onafhankelijk van het inkomen zoveel mogelijk gehandhaafd wordt. Of gebruikersbijdragen een belangrijke verbetering in de allocatie teweeg zouden brengen is echter de vraag. Bailey zegt over de werking van het marktmechanisme in de gezondheidszorg: „If the market place were really adequate, if consumers were really informed and if there were not powerful professional interests, than we could say, let the market solve the problem” 3).

Dikwijls wordt er van uit gegaan dat het gebruik van medische diensten door het aanbod wordt bepaald en dat de vraag slechts een beperkte invloed heeft. De Amerikaanse regering meende dat door een vergroting van het aantal opgeleide artsen deze zich ook meer op het platteland zouden vestigen. Dit resultaat werd echter niet bereikt: „it was clear that one of the many market imperfections in the health field had undermined this one too: physicians were finding no trouble in taking up practice in „overcrowded” metropolitan areas and in such specialities as surgery. Because the physician defines much of the nature and extent of the consumer's demand, physicians could easily generate enough demand

for their services to maintain a comfortable standard of living” 4). In hetzelfde artikel worden de volgende bepalende variabelen voor de uitgaven voor gezondheidszorg genoemd 5):

1. de verwachtingen van de consument;
2. de omvang en de aard van de medische technologie;
3. het aantal en het gedrag van artsen;
4. het aantal en de organisatiestructuur van ziekenhuizen;
5. de structuur en de omvang van de collectieve financiering.

Het bekende probleem bij de preferenties van de consument is dat de consument voor het verkrijgen van inzicht in wat voor hem nuttig of nodig is geheel afhankelijk is van de aanbodzijde van de markt. Men veronderstelt dat hierbij een zekere rem bestaat, doordat alleen de eerste lijn (huisarts, tandarts, verloskundige, enkele voorzieningen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg) rechtstreeks voor de patiënt toegankelijk is en de tweede en derde lijn alleen met een verwijzing vanuit de eerste lijn bereikt kunnen worden. In de ziekenfondsverzekering doet zich daarbij het merkwaardige verschijnsel voor dat de huisarts geen financieel belang heeft bij voortgezette behandeling door hemzelf, omdat er een abonnementensysteem geldt: hij wordt betaald per verzekerde en niet per verrichting. De enige rem op medische consumptie is dan gelegen in de offers die de consument moet brengen in termen van vrije tijd en ergernis, en de capaciteit van de gezondheidszorgdiensten. Overigens komt het streven naar volledige benutting van de capaciteit in de gezondheidszorg overeen met het streven naar budgetmaximalisatie bij ambtelijke diensten en de groeistrategie van ondernemingen. Het is daardoor minder uitzonderlijk dan soms wel wordt gedacht. Uit deze vergelijking kan ook worden afgeleid dat het persoonlijke financiële voordeel bij meer verrichtingen niet de enige factor is, die dit verschijnsel oproept. Er is geen enkele reden om te veronderstellen dat artsen in loondienst zich niet op budgetmaximaliserende wijze zullen gedragen.

Een allocatie die geheel of in belangrijke mate door de aanbieder wordt bepaald, kan nauwelijks optimaal zijn. Hiertegen wordt weleens aangevoerd — vroeger meer dan nu — dat financiële overwegingen geen rol mogen spelen wanneer de gezondheid en zelfs het leven op het spel staan. Daarbij wordt echter vergeten dat in vele sectoren van de overheid om budgettaire redenen maatregelen worden nagelaten, waarvan vaststaat dat ze mensenlevens kunnen sparen. Dit is vooral duidelijk in het verkeer en bij het milieubeleid. Een belangrijke factor is daarbij waarschijnlijk dat bij de gezondheidszorg bekend is wie de slachtoffers van het achterwege blijven van een behandeling zijn en in andere sectoren niet 6).

Het allocatieprobleem is voor politici pas duidelijk geworden door de enorme absolute stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg. In zijn *Structuurnota gezondheidszorg* ontvouwd staatssecretaris Hendriks een beheersingsbeleid dat op drie pijlers beruist: regionalisatie, voorkeur voor de eerste lijn en beheersing van de capaciteit. Bij dit laatste element werd expliciet uitgegaan van de veronderstelling dat de vraag naar ziekenhuisdiensten vrijwel geheel werd bepaald door het beschikbare beddenbestand. Deze veronderstelling was mede gebaseerd op een interessant onderzoek van Van Praag, die aantoonde dat de regionale beschikbaarheid van

2) R. M. Bailey, Aneconomist's view of the health service, in: S. Levey en N. P. Loomba (red.), *Health care administration*, Philadelphia, 1973.

3) Idem, blz. 56.

4) L. D. Brown, The scope and limits of equality as a normative guide to federal health care policy, *Public Policy*, jg. 26, nr. 4, blz. 497.

5) Idem, blz. 503.

6) E. G. Mishan, The value of trying to value life, *Journal of Public Economics*, 1981, blz. 133.

ziekenhuisbedden de belangrijkste verklarende variabele was voor het aantal ligdagen per inwoner. Hieruit vloeide de bekende 4‰-norm voort: niet meer dan vier bedden per 1.000 inwoners. Het aantal bedden per 1.000 inwoners bedroeg toen 5,4, zodat de norm een vermindering met ongeveer een kwart betekent: een duidelijke beleidsombuiging na enkele decennia van expansie. Deze capaciteitsbeheersing zou echter ook verrijnd moeten worden binnen de intramurale sector en uitgebreid tot de extramurale sector via de Wet voorzieningen gezondheidszorg. Het duidelijkste effect is de beperking in de bouw van nieuwe ziekenhuizen, vooral onder druk van de noodzaak tot bezuinigingen. Het beperken van bouwplannen is een relatief gemakkelijk en snel werkend middel.

Samenvattend kan over de allocatieproblematiek het volgende worden gesteld. Het model waarbij de consumentenpreferentie in combinatie met de overheidspreferentie de allocatie bepaalt, werkt in de gezondheidszorg niet of nauwelijks. De individuele preferentie wordt vertekend omdat de kosten van individuele dienstverlening meestal nul zijn en de overheidspreferentie alleen tot uiting kan komen door beperking van het aanbod en eventueel door een verrichting niet in het ziekenfonds- of AWBZ-pakket op te nemen. Op beide terreinen dient echter rekening te worden gehouden met de eigenaardigheden van het politieke proces: sterk gerichte pressie heeft daar heel vaak succes. Voorbeelden hiervan zijn het feit dat wel de nieuwbouw is afgeremd, maar nog geen enkel ziekenhuis op last van de overheid is gesloten, alsmede de financiering van luchtbruggen voor open-hartoperaties in het buitenland.

Het efficiency-aspect

Het is mogelijk de allocatie van middelen in de gezondheidszorg, de input, los te zien van de vraag of het transformatieproces zo gestructureerd is dat voor deze input een optimale output wordt verkregen.

Het eerste belangrijke probleem is de omschrijving van de output. Wat gewaardeerd wordt is de door de diensten bereikte verbetering in de gezondheidstoestand. Gewoonlijk wordt de output echter gemeten in verrichtingen, b.v. aantallen ligdagen, aantallen visites, aantallen behandelingen van een bepaald soort. De afstand tussen het eerste en het tweede criterium ontstaat, wanneer uit de beschikbare alternatieve behandelingswijzen niet de optimale wordt gekozen of wanneer de behandeling kwalitatief niet optimaal is. Bij beide aspecten zou uiteraard het totaal aan beschikbare middelen, met andere woorden het kostenaspect, mede een rol dienen te spelen bij de beantwoording van de vraag wat optimaal is.

In feite is bij een centrale beïnvloeding hiervoor weer alleen het grove middel van de capaciteitsbeheersing te gebruiken. Wanneer het vermoeden bestaat, dat de verdeling over eerste en tweedelijns gezondheidszorg niet optimaal is, kan men trachten de capaciteit in de tweede en derde lijn te beperken ten gunste van de eerste lijn. Door bepaalde gecompliceerde behandelingen alleen in bepaalde ziekenhuizen toe te staan, kan het gebruik van de voorzieningen worden afgeremd. Daardoor vindt echter geen toetsing, zelfs niet achteraf, plaats van de gekozen behandelingswijze.

In principe is voor de kwaliteitscontrole op de behandeling de geneeskundige inspectie beschikbaar, doch de bevoegdheden en de werkwijze van deze diensten leiden tot een marginaal en sterk formeel toezicht. In feite berust de invloed van de inspectie op de goede wil van de geïnspecteerden; de inspectie kan alleen de erkenning intrekken, een wapen dat meer bedoeld is voor afschrikking dan voor gebruik. Efficiencytoezicht in de hier bedoelde dubbele zin zou in principe ook door de ziekenfondsen kunnen worden verricht, doch deze doen dit met behulp van de adviserende artsen slechts in beperkte mate.

Het ontbreken van duidelijke allocatie-instrumenten leidt ertoe dat efficiency-gebreken, die leiden tot hogere kosten, beslag leggen op middelen en dus de allocatie beïnvloeden. Mede hierdoor wordt de discussie over de organisatie van de

gezondheidszorg, die in hoofdzaak een kostendiscussie is, verward. Een duidelijke stap voorwaarts is het Financieel Overzicht Gezondheidszorg, bijlage bij de begroting van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dat niet alleen een overzicht geeft van de totale kosten, maar in toenemende mate als beleidsinstrument gebruikt wordt om de ontwikkeling te sturen. Eén van de belangrijkste functies daarbij is aan te geven welke kosten onbeheersbaar zijn met beschikbare instrumenten.

Het toezicht op de tarieven

De centrale beïnvloeding heeft zich tot nu toe vooral toegevoerd op de beheersing van de tarieven die voor de output, gedefinieerd als verrichtingen, in rekening worden gebracht. Daarbij worden tarieven enerzijds bekeken vanuit kostenooipunt: hoeveel produktiemiddelen mogen voor een bepaalde verrichting worden gebruikt. Anderzijds worden zij bekeken uit inkomensooipunt: hoe hoog is het verworven inkomen. Over de tarieven worden overeenkomsten gesloten tussen ziekenfondsen en medewerkers c.q. instellingen, die de goedkeuring behoeven van de Ziekenfondsraad en die onder een repressief toezicht staan van de minister. Voor de intramurale tarieven trad daarbij het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) op als adviesorgaan voor de Ziekenfondsraad en als toezichthoudende instantie voor de tarieven voor niet-zielenfondsverzekerden.

Oppervlakkig gezien is dit tarieventoezicht betrekkelijk eenvoudig. Door de Ziekenfondsraad wordt vastgesteld welke verstrekkingen onder het ziekenfondspakket resp. het AWBZ-pakket vallen, het COZ resp. de Ziekenfondsraad bepalen welk tarief hiervoor in rekening mag worden gebracht. Door de vaststelling van het tarief kan echter mede beïnvloed worden welke omvang en potentiële kwaliteit de verstrekking kan hebben. Indien de betrokken instelling autonoom zou zijn in de vaststelling van de vraag hoeveel personeel en apparatuur zou worden ingezet, zouden de kosten sterk kunnen oplopen.

Per 1 januari a.s. gaat het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg functioneren. Dit orgaan zal alle taken op dit gebied van de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven overnemen en, onder ministerieel toezicht, alle tarieven in de gezondheidszorg goedkeuren of vaststellen.

De tariefbeheersing in de intramurale gezondheidszorg

Teruggaande naar het uitgangspunt dient in de eerste plaats gevraagd te worden welke bijdrage de tariefbeheersing geeft aan het bereiken van de gewenste allocatie en efficiency van de gezondheidszorg. Daarbij gaat het vooral om de vraag welke functies potentieel vervuld kunnen worden en welke functies de facto vervuld zijn.

Tarieven kunnen, in de huidige opzet, maar een beperkte functie vervullen bij de beheersing van de omvang van de consumptie van medische diensten. Men kan zelfs stellen dat de tariefeenheid in de intramurale zorg, de verpleegdag, stimulerend op de consumptie werkt, omdat elke verpleegdag extra inkomsten oplevert. Dit wordt ook herhaaldelijk gesteld en men bepleit dan meestal over te gaan op budgetfinanciering. Schrijvers 7) stelt dat budgetfinanciering in Engeland en Zweden bestaat zonder dat aan de activiteitenomvang plafonds zijn gesteld. Taakstellende begrotingen voor de infrastructuur (arbeidskrachten, gebouwen en apparatuur) kunnen dan toch belangrijk zijn voor de uitvoering van de regio-

7) G. Schrijvers, *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*, Lochem, 1980, blz. 167.

nale planning. Er zijn dus wel redenen om te experimenteren met budgettering, maar het argument dat het tarief per verpleegdag tot meer verpleegdagen zou leiden, faalt. Ten opzichte van 1970 is het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen met ruim 4% gedaald en in psychiatrische ziekenhuizen zelfs met bijna 15%, daartegenover is het aantal verpleegdagen in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen gestegen. In de meeste categorieën loopt de ontwikkeling van het aantal verpleegdagen ongeveer parallel met de ontwikkeling van het aantal bedden: de bezettingsgraad is dan ook tamelijk constant. Dit lijkt dus de stelling te bevestigen dat er een nauw verband bestaat tussen capaciteit en consumptie.

Een uitzondering vormt de veruit belangrijkste categorie van de algemene ziekenhuizen, waar het aantal verpleegdagen tussen 1970 en 1980 sterker is gedaald dan het aantal bedden, waardoor de bezettingsgraad daalde van 90% tot 83%. Dit verschijnsel loopt parallel met een verandering in het beleid van het COZ, dat voor de ziekenhuizen de eis van een 90%-bezettingsgraad heeft laten vallen. Dit betekent dat in de tariefpolitiek de vaste kosten ook bij een lagere bezettingsgraad gedekt mogen worden. Deze beslissing werd gemotiveerd met de verwachting dat een financiële stimulans voor de produktie van meer verpleegdagen zou worden weggenomen. De volle winst wordt uiteraard alleen behaald indien op den duur de capaciteit aan de mindere bezetting wordt aangepast. Een systematisch streven daartoe heeft inderdaad lange tijd ontbroken. Pas de vorige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft voorzichtige stappen in die richting gezet. Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt 8) dat de kortere verpleegduur gedeeltelijk is toe te schrijven aan een toename van opnamen met korte verblijfsduur in het ziekenhuis voor diagnostische doeleinden. Dit moge zo zijn, maar het verklaart niet waarom de totale bezettingsgraad gedaald is.

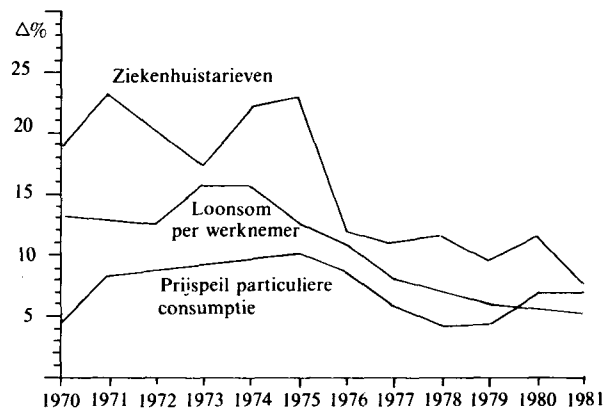
Terwijl de tariefbeheersing wellicht een indirecte invloed heeft op de bezettingsgraad, wordt verondersteld dat er een directe invloed op de kostenontwikkeling per verpleegdag van uitgaat. De stijging van de kosten per verpleegdag wordt getoetst aan de richtlijnen die voor de belangrijkste kostencategorieën bestaan. Bij deze stijgingen worden vier categorieën onderscheiden:

- trendmatige verhogingen, direct afgeleid van loon- en prijsstijgingen;
- zogenaamde verruiming van de richtlijnen, resultaat van een bewust beleid;
- individuele verhogingen uit een veelheid van factoren;
- het toenemen van verrichtingen die niet onder het algemene tarief vallen.

De categorieën a tot en met c komen tot uitdrukking in de gemiddelde verhoging van de door het COZ goedgekeurde tarieven. Hoe deze verhogingen zich in de afgelopen tien jaar hebben verhouden tot de belangrijkste bepalende macro-economische variabelen blijkt uit de figuur; daarbij dient te worden aangetekend dat de stijging voor 1981 een prognose was en dat de realisatie vermoedelijk wat hoger zal uitvallen.

Wat het meest opvalt in de figuur is de duidelijke breuk die optreedt in 1976. Niet alleen is dan het stijgingspercentage aanzienlijk lager door de geringere loon- en prijsstijgingen, maar ook de extra stijging wordt aanzienlijk minder. In het begin van dat jaar vond een briefwisseling plaats tussen de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het COZ-bestuur 9) waarin de staatssecretaris er met klem op aandrong een stringent en terughoudend beleid te voeren. Het COZ-bestuur stemde daarmee in. In latere jaren werd de verruiming van richtlijnen (categorie b, zie hiervoor) nog meer gestuurd door voor elke groep van instellingen in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg een maximum bedrag aan kostenstijgingen vast te stellen. Behalve een algemene uitbreiding van de verplegingsdienst, mede onder de druk van daartoe gevoerde acties, hebben veel van deze uitbreidingen betrekking op specifieke groepen of omstandigheden, zoals uitbreiding van de opleiding of verkorting van de werktijd.

Figuur. Ziekenhuistarieven, loonsom per werknemer en prijspeil particuliere consumptie, in procentuele veranderingen per jaar.



Bronnen: Jaarverslagen COZ, CPB.

Over het algemeen kan wel worden gesteld dat de sterke groei van de tarieven die voor 1976 bestond, duidelijk is omgebogen. De resterende stijging is, behalve aan de algemene kostenstijging, voor een belangrijk deel toe te schrijven aan een bewust beleid, mede ter stimulering van de werkgelegenheid in deze sector. Het SCP heeft opgemerkt dat slechts 40% van de groei van de personeelsaantallen in de kwartaire sector is toe te schrijven aan een toenemend gebruik (aantal bezette bedden e.d.). Welk deel van de resterende 60% voortkomt uit produktiviteitsdaling en welk deel uit kwaliteitsverbetering is niet na te gaan. Het SCP constateert wel dat de groei van het personeelsaantal per bezet bed in ziekenhuizen de laatste jaren daalt. Het probleem blijft dat objectieve criteria voor de personeelssterkte moeilijk te vinden zijn. In feite wordt gewerkt met voortdurend aangepaste, maar toch historisch bepaalde verhoudingen.

Het personeel is weliswaar de belangrijkste kostencategorie, maar uit CBS-overzichten blijkt, dat andere categorieën relatief nog sterker zijn gestegen (zie tabel).

Tabel. Exploitatiekosten van ziekenhuizen, aandeel in procenten per categorie.

	1970	1979
Personeel	65	69,7
Voeding	6,8	2,1
Inventaris, incl. medische apparatuur	8,8	10,3
Afschrijvingen	7,3	5,15
Interest	4,1	6,1
Overige	7,8	8,6

De relatieve daling van de afschrijvingskosten weerspiegelt waarschijnlijk de afnemende nieuwbouw. De afschrijving op historische kostprijs doet daardoor het aandeel van deze kostencategorie snel dalen. Interessant zijn de stijgende uitgaven voor medische apparatuur en rentekosten. De aanschaf van medische apparatuur kan in sommige gevallen gereguleerd worden via de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de komende Wet voorzieningen gezondheidszorg. Via het tarieftoezicht is pas dit jaar een eerste stap gedaan door de stijging van de

8) SCP, De kwartaire sector in de jaren tachtig, *Project personele voorziening kwartaire sector Bulletin*, nr. 2, blz. 15.

Op de uitvoerige beschouwingen in deze publikatie over de personeelsbezetting kan hier alleen terloops worden ingegaan.

9) COZ, *Jaarverslag 1976*, bijlage VI t/m X.

afschrijvingen op deze apparatuur aan een maximum te binden. Dit past geheel in het kader van een verfijning van de richtlijnen, maar zal waarschijnlijk pas op wat langere termijn effectief worden. De stijging van de rentekosten is uiteraard voor een deel toe te schrijven aan de gestegen rentestand. Een afnemende cash flow door lagere afschrijvingen kan ook een rol spelen. Een indringende studie naar de financieringsvorm van dit soort instellingen wordt ook uit kosten oogpunt langzamerhand interessant.

Samenvattend kan worden gesteld dat het overheidsbeleid wel degelijk invloed heeft op de kostenontwikkeling, en dat daarmee één van de hoofdproblemen, t.w. een vanuit de kostenontwikkeling sluipende invloed op de allocatie, kan worden beperkt 10). Hoofdelement, ook buiten de intramurale gezondheidszorg, blijft een beheersing van het aanbod. De Wet voorzieningen gezondheidszorg, mits goed toegepast, kan daarbij een belangrijk instrument worden.

Er is, zoals op de meeste beleidsterreinen, weinig te verwachten van wondermiddelen. Evenals in de afgelopen jaren zijn het de relatief kleine, uitgewogen maatregelen die op iets langere termijn het meeste resultaat beloven.

Veel moeilijker is de vraag of de instituties behalve de allocatie, ook de efficiency kunnen verbeteren. Vooral het tarievenbeleid heeft ook een efficiency-element: men wordt verondersteld voor een bepaalde prijs (representierend een bepaalde input) een dienst te kunnen verrichten. Daarbij bestaan twee problemen. Zoals hiervoor gesteld, wordt de dienst gedefinieerd in termen van een bepaalde output (bij voorbeeld een verpleegdag) in plaats van als bijdrage aan het herstelproces. Daarnaast wordt de kwaliteit van de dienst nauwelijks gemeten. De enige oplossing hiervoor kan gelegen zijn in de zogenaamde „intercollegiale toetsing”, waarbij met name op grond van resultaten en methoden (en dus kosten) de resultaten van behandelaars worden vergeleken, in de hoop dat daardoor een zelfcorrigerend proces op gang wordt gebracht. In Nederland is hierover al wel veel geschreven en gesproken, maar de uitvoering bevindt zich nog in een zeer prille beginfase.

De sancties bij de tariefbeheersing

Een dikwijls over het hoofd gezien punt bij vele maatregelen is het optreden van niet voorziene neveneffecten 11). Dit verschijnsel, hoe belangrijk ook, wordt hier verder buiten beschouwing gelaten. Een ander urgent probleem is wat er gebeurt met instellingen, die zich niet conformeren aan de door de tariefstelling opgelegde beperkingen.

In de regel gaat men er van uit dat voorschriften worden nageleefd. In de letterlijke zin is dat bij intramurale instellingen geen probleem. De betalingen geschieden door ziekenfondsen, verzekeringsmaatschappijen en verbindingkantoren. Daarvan mag worden aangenomen dat zij niet meer dan de vastgestelde tarieven zullen betalen. Indien de instelling meer kosten maakt dan door het tarief gedekt worden, ontstaan er dus tekorten. De meeste kredietinstellingen hebben nog zoveel vertrouwen in de kredietwaardigheid van gezondheidszorginstellingen dat liquiditeitsproblemen gemakkelijk door middel van krediet kunnen worden opgelost. Uiteindelijk wordt wel een grens bereikt, maar de praktijk leert dat de ongedekte schuld dan tot vele miljoenen gulden kan zijn opgelopen. In vele gevallen ontstaat een crisissituatie, die leidt tot vervanging van de directie en/of het bestuur. Tot dusver was het COZ in deze gevallen, waarin van een duidelijke sanering sprake was en waarin enige zekerheid bestond dat voortaan binnen de richtlijnen zou worden geëxploiteerd, tamelijk soepel bij het toekennen van compensatie voor verliezen uit het verleden. Doordat het aantal gevallen toenam, heeft het COZ zijn handelwijze aanmerkelijk verstrakt. Verliezen ontstaan door richtlijnoverschrijding zullen over het algemeen niet voor compensatie in aanmerking komen 12). Het enige alternatief is dan dat de betrokken instelling failliet gaat. In het COZ-jaarverslag over 1980 wor-

den drie gevallen van gezondheidszorginstellingen vermeld, waarin surséance van betaling is verleend.

Het optreden van tekorten door slecht management is op zich geen reden om een instelling via een faillissement te laten verdwijnen. Veel meer voor de hand zou liggen het management te vervangen. Het COZ staat echter voor het dilemma dat een situatie waarbij vrij grote zekerheid bestaat dat opgelopen verliezen achteraf, na sanering, zullen worden gecompenseerd, geen stimulans voor een dergelijke sanering vormt. In het COZ-jaarverslag worden zeven punten opgesomd die een dergelijke situatie zouden kunnen voorkomen. De kern van het probleem is echter het management van de instellingen, waaraan zowel wat de structuur betreft als wat de personele bezetting betreft, dikwijls veel ontbreekt. De structuur is vaak onduidelijk door een niet adequate verdeling van bevoegdheden tussen bestuur, directie en medische staf. De personele bezetting is vaak weinig professioneel uit management oogpunt. Er is nu in Maastricht een op de sector toegespitste management-opleiding, terwijl een dergelijke opleiding in Rotterdam het volgend jaar van start gaat. Op den duur kan dit tot een professionalisering van het management leiden, mits het probleem dat er voor deze afgestudeerden veel te weinig aanloopfuncties beschikbaar zijn wordt opgelost. Ook aan de structuur van het management wordt veel professionele aandacht besteed, al is niet ieder het over de ideale structuur eens.

Op korte termijn zijn twee maatregelen nodig om soelaas te bieden: problemen dienen te worden gesignaleerd voordat de tekorten een catastrofale omvang hebben bereikt. Verder zal er een instantie moeten zijn die professionele hulp verleent. Wil men het particuliere karakter van de instellingen zoveel mogelijk handhaven, dan zou een soort management-auditbureau kunnen worden opgericht door de meest betrokkenen, de Nationale Ziekenhuisraad en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. De taak van een dergelijke instelling zou kunnen zijn het ontwikkelen van activiteiten voor algemene advisering en training van management in de gezondheidszorg en tevens het geven van gerichte adviezen in probleemgevallen. Deze adviezen zouden meer gewicht kunnen krijgen wanneer ze gekoppeld zouden worden aan de kredietverlening van de instellingen. Tevens zou dan een tijdige signalering tot stand komen, omdat bijna alle managementproblemen hun neerslag vinden in tekorten. Technisch kan deze koppeling op verschillende wijzen tot stand worden gebracht.

Besluit

De algemene vraag hoe de geïnstitutionaliseerde markt voor gezondheidszorg zorg draagt voor een juiste allocatie en een redelijke efficiëntie, is in dit artikel toegespitst op het tarief toezicht in de intramurale gezondheidszorg. Daaruit bleek dat een uitbreiding en verfijning van de regels effectief kan zijn. Een alternatief is een min of meer ingrijpende verandering van de instituties, bij voorbeeld door nationalisatie van de gezondheidszorg. Dat alternatief is met name niet beschouwd, omdat, zoals in de aanvang gesteld, de politieke voorwaarden voor een dergelijke hervorming niet vervuld zijn. In genationaliseerde stelsels doen zich overigens evenzeer allocatie- en efficiencyproblemen voor.

H. ter Heide

10) Voor de situatie in de Verenigde Staten wordt een overeenkomstige conclusie getrokken. Amy K. Taylor, Government health policy hospital wage rates and employment, *Public Policy*, jg. 27, nr. 2.

11) Dit artikel kan zelfs in zijn geheel worden opgevat als een voorbeeld van de heterogonie der doeleinden waarover Lambers in zijn afscheidscollege uitvoerig sprak.

12) COZ, *Jaarverslag 1980*, blz. 21-22.