



# Hink-stap-sprong met de academische ziekenhuizen

DRS. H. R. HURTS

## Inleiding

Op 1 februari 1982 is de Wet ziekenhuistarieven vervangen door de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Een van veranderingen die de nieuwe wet met zich meebracht, is dat nu ook de academische ziekenhuizen onder het algemene tarievenregime van de gezondheidszorg zijn gebracht. Hiermee is een duidelijk voorschot genomen op de feitelijke ontwikkeling. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), dat krachtens de WTG tot taak heeft de tarieven voor alle gezondheidszorginstellingen vast te stellen, is op dit moment niet bij machte dat ook voor de academische ziekenhuizen te doen. In tegenstelling tot wat geldt voor de overige intramurale instellingen bestaat er voor de academische ziekenhuizen geen richtlijnensysteem voor de tariefvaststelling. Bovendien ontbreekt het aan inzicht in de werkelijke productie van de academische ziekenhuizen en de kosten daarvan.

Blijkens het kort geleden door de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Tweede Kamer aangeboden „Convenant Academische Ziekenhuizen” zal op korte termijn worden gestreefd naar de vaststelling van voorlopige tariefrichtlijnen voor de academische ziekenhuizen 1). Daartoe is een verzoek gericht aan het COTG 2). Na verloop van maximaal drie jaar zullen de voorlopige richtlijnen moeten worden verfijnd op basis van de uitkomsten van een op te zetten projectorganisatie, waarin de volledige problematiek van inpassing van de academische ziekenhuizen in de wetgeving die de financiering en planning van de gehele gezondheidszorg regelt, zal worden behandeld. Eén van de kernpunten van de werkzaamheden van de projectorganisatie zal zijn het ten uitvoer brengen van een splitsing van de kosten van de academische ziekenhuizen in kosten die verband houden met de patiëntenzorg en kosten die verband houden met onderwijs en onderzoek. Zonder een dergelijke kostensplitsing is een verbetering van de tariefvaststelling, zoals die reeds meer dan tien jaar wordt bepleit, onmogelijk.

In dit artikel willen wij de vraag behandelen of het *hinken* van de wetgever, dat heeft geleid tot een uitsluitend formele inpassing van de academische ziekenhuizen in de tarievenwetgeving, via de *stap* van het verzoek tot vaststellen van „voorlopige” richtlijnen, uiteindelijk zal kunnen leiden tot de *sprong* van een materiële inpassing in niet alleen de tarievenwetgeving, maar zo mogelijk ook de planningswetgeving. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zullen wij eerst bezien waarom inpassing van de academische ziekenhuizen zo belangrijk is en wat op dit moment de belangrijkste knelpunten zijn. Vervolgens behandelen wij de belangrijkste pogingen die de wetgever de laatste tien jaar heeft gedaan om het ook nu nog nagestreefde resultaat te bereiken. De aandacht wordt daarbij vooral gericht op de mogelijkheid van het uitvoeren van een kostensplitsing. Ten slotte stellen wij de ervaringen uit het verleden naast de huidige beleidsvoornemens van de regering en trachten tot een beoordeling te komen van de nu gevolgde weg.

## Noodzaak tot beheersing

De plaats die de zeven op dit moment als zodanig functionerende academische ziekenhuizen innemen binnen de intramurale gezondheidszorg in Nederland kan worden aangegeven met behulp van tabel 1.

Tabel 1. Financiële kerngegevens intramurale gezondheidszorg en academische ziekenhuizen (in mrd. gld.)

	1975	1980	
Exploitatie-uitgaven intramurale sector .....	9,7	16,3	9,2
— waarvan ziekenhuizen a) . . .	5,6		
— waarvan academische ziekenhuizen .....	1,1		1,7
Rijksbijdragen aan de academische ziekenhuizen ...	0,5	0,6	

a) Algemene, categoriale en academische ziekenhuizen.  
Bron: *Financieel overzicht van de gezondheidszorg*, nr. 5, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, september 1981; Opgave Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

Uit de tabel blijkt dat de academische ziekenhuizen in 1980 ruim 18% van de exploitatie-uitgaven van de gehele groep ziekenhuizen voor hun rekening namen. Bovendien blijkt dat de rijksoverheid voor ongeveer een derde deel rechtstreeks bijdraagt in hun kosten. Deze cijfers illustreren de noodzaak van een goed beheersingsinstrumentarium voor de academische ziekenhuizen 3). De tariefstelling vormt een van de belangrijkste onderdelen van zo'n instrumentarium.

Onmiddellijk moet worden opgemerkt dat de productie van de academische ziekenhuizen zich niet beperkt tot gezondheidszorg. Academische ziekenhuizen leveren, in samenwerking met de medische faculteiten van de universiteiten waarmee zij zijn verbonden, een essentiële bijdrage aan het medisch wetenschappelijk onderzoek en aan het opleiden van belangrijke categorieën medische beroepsbeoefenaren, vooral artsen en specialisten. In bedrijfseconomische termen is hier sprake van gemeenschappelijke productie. In één productieproces worden onlosmakelijk van elkaar drie producten voortgebracht: patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, en wetenschappelijk onderwijs. Bovendien raakt het gemeenschappelijk productieproces twee verschillende terreinen van overheidsbeleid, dat van het Ministerie van Volksgezondheid en dat van Onderwijs en Wetenschappen. Hier ligt de kern van het beheersingsprobleem: de onderdelen kunnen niet eenvoudig worden ontrafeld. Dat belemmert de beheersbaarheid van de afzonderlijke onderdelen 4), hetgeen tevens inhoudt dat het nemen van juiste allocatieve beslissingen wordt bemoeilijkt. Een korte schets van het bekostigingsstelsel van de academische ziekenhuizen kan aantonen waar de knelpunten zitten.

## Knelpunten in de bekostiging

Academische ziekenhuizen zijn de enige ziekenhuizen die hun exploitatie-

1) Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 16 541, nr. 5.

2) Brief 29 januari 1982 van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de voorzitter van het COTG.

3) Dit geldt duster sterker indien wij bedenken dat nieuwe ontwikkelingen in medische behandelingen in academische ziekenhuizen een sterke doorwerking hebben op andere intramurale instellingen en derhalve ook het uitgavenniveau daar beïnvloeden.

4) Vergelijk het rapport van de Interdepartementale Werkgroep Knelpunten Financieringsstelsels, *Knelpunten in de financierings-systeem van specifieke welzijnsvoorzorgingen*, Ministerie van CRM, 1981, blz. 46. Aan de term „beheersbaarheid” kennen wij hier een ruime betekenis toe, nl. beheersbaarheid in statische en dynamische zin (veranderbaarheid). De term komt daarmee overeen met wat de werkgroep aanduidt met „bestuurbaarheid”.

uitgaven niet volledig kunnen dekken uit tariefopbrengsten. Als verantwoordelijk bewindsman voor de academische ziekenhuizen verstrekt de minister van Onderwijs en Wetenschappen krachtens bepalingen in de Wet op het wetenschappelijk onderwijs een rijksbijdrage ter grootte van het exploitatietekort. Deze rijksbijdrage wordt in principe verleend om de uitgaven te dekken die de academische ziekenhuizen doen in verband met hun onderwijs- en onderzoektaak. Of de bekostiging van de productie via de rijksbijdrage echter beperkt blijft tot deze beide taken is onzeker. Door het open-eindkarakter van de regeling is het mogelijk dat ook een deel van de patiëntenzorgtaak wordt bekostigd uit de rijksbijdrage die bedoeld is voor onderwijs en onderzoek. Uiteraard is het in theorie evenzeer denkbaar dat een deel van de onderwijs- en onderzoektaak wordt gefinancierd uit de tariefopbrengsten, maar dit is zeer onwaarschijnlijk. De reden hiervan is gelegen in de wijze waarop de tarieven voor de academische ziekenhuizen tot stand komen. Vóór de invoering van de WTG berustte de bevoegdheid tot het vaststellen van de tarieven van de academische ziekenhuizen bij de minister van Onderwijs en Wetenschappen. Deze liet zich daarbij adviseren door de Tariefcommissie Academische Ziekenhuizen (TAZ), een in 1975 binnen het kader van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) — de voorloper van het COTG — ingesteld orgaan. De TAZ baseerde zijn tariefadviezen op een vergelijking van tarieven van andere grotere algemene ziekenhuizen.

Ondanks het feit dat door deze werkwijze steeds enige samenhang is blijven bestaan tussen het tarievenbeeld voor niet-academische en academische ziekenhuizen, zijn de twee grote problemen in het tarievenbeleid voor de academische ziekenhuizen nooit werkelijk bevredigend opgelost. In de eerste plaats kan niet echt rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de patiëntenzorg in een academisch ziekenhuis duurder is dan in een ander algemeen ziekenhuis. In de tweede plaats bestaat er voor behandelingen die uitsluitend in academische ziekenhuizen worden verricht zelfs in het geheel geen vergelijkingsgrondslag. Dit heeft ertoe geleid dat voor sommige hooggespecialiseerde (en dure) behandelingen de tarieven niet hoog genoeg, te laat, of zelfs in het geheel niet zijn vastgesteld, zodat de (meer)kosten hiervan moe(s)ten worden opgevangen uit de rijksbijdrage 5). Het belangrijkste knelpunt in het bekostigingsstelsel van de academische ziekenhuizen is dan ook dat de mogelijkheid bestaat dat het aandeel van de rijksbijdrage in de bekostiging van de exploitatie groter is dan het aandeel van de onderwijs- en onderzoektaak in de totale productie. Dit zou betekenen dat via de gezondheidszorgsector (de sociale en particuliere ziektekostenverzekeringen) minder wordt bijgedragen dan

in overeenstemming is met de werkelijk geproduceerde medische dienstverlening. In de volgende paragraaf zullen wij trachten na te gaan in hoeverre hiervan in de praktijk sprake is.

Als tweede knelpunt moet worden genoemd de bekostiging van investeringen in academische ziekenhuizen. Deze geschiedt geheel à fonds perdu uit de begroting van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Een gevolg daarvan is dat de kosten van rente en afschrijvingen niet, zoals bij de andere ziekenhuizen het geval is, in de tarieven zijn opgenomen. Terwijl dus een groot deel van de investeringen in academische ziekenhuizen betrekking heeft op de uitvoering van de patiëntenzorgtaak, vindt in het geheel geen toerekening van kosten aan de gezondheidszorgsector plaats 6).

De kern van beide genoemde knelpunten is het probleem van een juiste waardering van de patiëntenzorgtaak van de academische ziekenhuizen. Dit probleem is onder de oude systematiek van tariefvaststelling nooit opgelost. Weliswaar zijn door de minister van Onderwijs en Wetenschappen in de loop der jaren initiatieven genomen of gesteund om te komen tot een kostensplitsing voor de academische ziekenhuizen, maar de resultaten daarvan hebben nooit geleid tot meer dan marginale aanpassingen in het tarievenbeleid. De enige niet-marginale ingreep berustte niet op de uitkomsten van kostensplitsingonderzoek, maar was in feite zuiver het resultaat van een politiek onderhandelingsproces. De recente tariefverhoging van 1 januari 1982 — net vóór de invoering van de WTG — moest leiden tot een verschuiving in de financieringslast van f 50 mln. van de begroting van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen naar de ziektekostenverzekeringen. Een opmerkelijk detail is dat de ziekenfondsen tot nu toe weigeren de verhoging te vergoeden hoewel het hier gaat om een rechtsgeldig vastgesteld tarief. Met de invoering van de WTG, waaronder ook de academische ziekenhuizen vallen, zijn de problemen echter evenmin opgelost. De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft het COTG namelijk verzocht de tariefvaststelling nog volgens de oude procedure te laten plaatsvinden zolang er geen aparte tariefriichtlijnen voor de academische ziekenhuizen zijn vastgesteld 7). Het vaststellen van deze richtlijnen is vanzelfsprekend vooral afhankelijk van een beslissing over de splitsing van de kosten van de academische ziekenhuizen.

### Pogingen tot kostensplitsing

Er zijn grote problemen verbonden aan het tot stand brengen van een splitsing van de kosten van de academische ziekenhuizen. De grondoorzaak daarvan is dat de technische gemeenschappe-

lijkheid die het productieproces van de academische ziekenhuizen kenmerkt een volkomen zuivere toerekening van de gemeenschappelijke kosten aan de verschillende productie-onderdelen onmogelijk maakt 8). Dit betekent dat een verdeling van kosten moet worden toegepast waarin noodzakelijkerwijs arbitraire elementen aanwezig zijn. Als de nadruk ligt op het zo zuiver mogelijk houden van de allocatieve afweging, dan is de beste verdeelmethode die welke de arbitraire ruimte in de verdeling het meest beperkt. Het voorgaande houdt in dat van de in de bedrijfseconomie bekende verdeelmethoden alleen die in aanmerking komen die produktiekarakteristieken hanteren, dit in tegenstelling tot de afzet- en markt-karakteristieken die worden gehanteerd in alle overige voor de commerciële sector bekende verdeelmethoden 9).

Bij het verdelen van de kosten van de academische ziekenhuizen op grond van produktiekarakteristieken zijn verschillende benaderingen mogelijk. Wij onderscheiden er drie. De eerste benadering noemen wij de vergelijkingsmethode. Deze betreft verdeling op basis van vergelijking met de kosten van een ander productieproces waarin één onderdeel van het gemeenschappelijke productieproces afzonderlijk kan worden waargenomen. Hier ligt vergelijking van de patiëntenzorgproductie in academische ziekenhuizen met die in andere algemene ziekenhuizen voor de hand. Alle niet-vergelijkbare kosten zijn in deze benadering kosten van onderwijs en onderzoek. De tweede benadering noemen wij de input-metingmethode. Deze richt zich op het analyseren van de verhouding waarin één of meerdere belangrijke inputs worden ingezet t.b.v. de verschillende productie-onderdelen. Analyse van de tijdsbesteding van het ingezette personeel komt hiervoor bij de academische ziekenhuizen het meest in aanmerking. Als derde mogelijkheid onderscheiden wij

5) Bovendien kan nog worden opgemerkt dat er specifieke kostenonderdelen zijn aan te wijzen die in algemene ziekenhuizen worden gerekend tot de patiëntenzorg en dus in aanmerking komen voor vergoeding via de tarieven, terwijl ze in academische ziekenhuizen tot de onderwijsstaak worden gerekend en dus onder de rijksbijdrage vallen. De specialistenopleidingen zijn hiervan een voorbeeld.

6) De investeringen in academische ziekenhuizen beliepen, volgens opgave van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, in 1980 f. 244 mln. In 1975 was dit nog f. 89 mln.

7) Zie hiervoor de in noot 2 genoemde brief van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

8) Het betreft hier een algemeen, uit de bedrijfseconomische literatuur bekend probleem. Zie bij voorbeeld J. L. Meij, *Leerboek der Bedrijfseconomie*, blz. 212.

9) Het betreft hier de zogenaamde „technische” verdeelmaatstaven. Zie voor een overzicht van alle verdeelmethoden: H. J. van der Schroeff, *Kosten en kostprijs*, 1974, blz. 535.

verdeling op basis van een economische geschatte kostenfunctie (economische methode).

Met de toepassing van de vergelijkingsmethode is in Nederland de meeste ervaring opgedaan. De input-metingmethode heeft vooral de laatste jaren meer aandacht gekregen. De economische methode is in Nederland tot nu toe nooit toegepast; door het zeer kleine aantal betrokken ziekenhuizen en het ontbreken van voldoende bruikbare outputgegevens is het ook niet waarschijnlijk dat dit op korte termijn met succes kan geschieden 10).

In een tijdsbestek van ongeveer tien jaar is een aantal pogingen gedaan om door middel van het opstellen van een kostenverdeling bij te dragen tot een verbeterde tariefstelling voor de academische ziekenhuizen. De volgende onderzoeken kunnen in dit verband worden genoemd: het onderzoek van de werkgroep Globale Kostenanalyse Academische Ziekenhuizen (werkgroep-Groot) 11), het onderzoek van de stuurgroep Onderzoek Tariefstructuur Academische Ziekenhuizen (stuurgroep-Van den Beld) 12), de enquêtes academische ziekenhuizen van de TAZ 13) en het zogenaamde kostenstructuuronderzoek bij het academisch ziekenhuis Rotterdam (AZR) en de medische faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) 14). Een onderzoek in Maastricht is op dit moment in uitvoering (het zogenaamde academiseringsproject) 15).

De drie eerstgenoemde onderzoeken kunnen worden gerangschikt onder de vergelijkingsmethode. Ze betreffen studies waarin de COZ-richtlijnen voor algemene ziekenhuizen zijn toegepast op academische ziekenhuizen, waarbij zoveel mogelijk rekening is gehouden met bijzondere aspecten van de patiëntenzorgtaak van academische ziekenhuizen. De conclusies van de stuurgroep-Van den Beld dienen daarbij te worden opgevat als een nadere uitwerking van de resultaten van de werkgroep-Groot. Het kostenstructuuronderzoek AZR-EUR is een onderzoek gebaseerd op een analyse van de tijdsbesteding van de medewerkers van het AZR en de medische faculteit van de EUR. Het kan worden ingedeeld bij de input-metingsmethode. Dit geldt ook voor het academiseringsproject dat is gebaseerd op een inhoudelijk verdiepte tijdsbestedingsanalyse. Het bouwt als zodanig voort op het Rotterdamse onderzoek.

Wij volstaan hier met het weergeven van de resultaten van de genoemde onderzoeken. Deze zijn samengevat in tabel 2. Vooraf moet worden opgemerkt dat de cijfers in de tabel met voorzichtigheid moeten worden gehanteerd, omdat verschillen in opzet en nuancering van de onderzoeken en verschillen in peiljaar de vergelijkbaarheid belemmeren. Belangrijk is ook dat zowel de patiëntenzorgkosten als de exploitatiekosten van de academische ziekenhuizen in de onder-

zoeken tevens betrekking hebben op de patiëntenzorgkosten van de medische faculteiten, die vooral worden veroorzaakt door het feit dat universitair personeel ten behoeve van de patiëntenzorg werkzaam is in het academisch ziekenhuis. Dit leidt tot een begrip exploitatiekosten dat ruimer is gedefinieerd dan in tabel 1.

Ter vergelijking wordt in tabel 3 het aandeel weergegeven dat de sociale en particuliere ziektekostenverzekeringen hebben in de exploitatie van de academische ziekenhuizen, inclusief de patiëntenzorgkosten van de medische faculteiten 16).

Bij bestudering van de tabellen 2 en 3 vallen twee dingen op. In de eerste plaats is er vanaf 1972 een enigszins fluctuerend, maar niettemin duidelijk verschil te constateren tussen de bijdrage die de gezondheidssector levert in de exploitatiekosten van de academische ziekenhuizen en alle onderzoeksuitkomsten in tabel 3. Dit duidt op een voortdurend tekortschieten van de tarieven, zelfs ondanks de tussentijdse extra verhogingen die hebben plaatsgevonden.

**Deze rubriek wordt verzorgd door  
het Instituut voor Onderzoek van  
Overheidsuitgaven te 's-Gravenhage**

In de tweede plaats blijkt er sprake te zijn van een groot verschil in uitkomsten tussen de twee onderscheiden methoden van kostenverdeling. De onderzoeken gebaseerd op vergelijking van de patiëntenzorgkosten in academische ziekenhuizen met die in andere algemene ziekenhuizen komen aanzienlijk lager uit

dan de tijdsbestedingsanalyse die in het Rotterdamse onderzoek is toegepast. Het grote verschil is overigens zeker ten dele te verklaren uit het feit dat sommige gedeelten van het gemeenschappelijke productieproces in een vergelijkingsonderzoek niet als patiëntenzorg zullen worden „herkend” omdat een vergelijkings-

10) Overigens blijkt uit ervaringen met buitenlandse economische kostenstudies dat slechts onder zeer stringente veronderstellingen resultaten worden verkregen; zie bij voorbeeld Verry & Layard, Cost functions for university teaching and research, *The Economic Journal*, maart 1975, blz. 55-74.

11) De werkgroep werd begin 1972 ingesteld en stond onder voorzitterschap van prof. dr. L. M. J. Groot. In april 1974 werd het onderzoeksrapport uitgebracht, waarin voor het jaar 1972 een verdeling van de kosten is opge-maakt.

12) De stuurgroep, onder voorzitterschap van prof. dr. C. A. van den Beld, werd ingesteld in 1973. In oktober 1974 werd een interimrapport uitgebracht. Verdere rapportage heeft nooit plaatsgevonden.

13) Sinds enkele jaren voert de TAZ enquêtes uit onder de academische ziekenhuizen met het doel gegevens te verkrijgen t.b.v. tariefstelling. De enquête over 1979 was de eerste die in voldoende mate werd ingevuld om conclusies mogelijk te maken. De resultaten van het onderzoek zijn niet gepubliceerd.

14) N. C. van Riemsdijk en A. Sparreboom, *Kostenstructuuronderzoek AZR-EUR*, Rotterdam, 1979. Het rapport bevat de resultaten van een uitgebreid onderzoek dat tussen 1976 en 1979 heeft plaatsgevonden met als peiljaar 1977.

15) Zie voor de opzet van dit onderzoek: E. Snijders, K. Sol en F. Stevens, *Voorstel voor een onderzoek*, project academisering, een onderzoek naar academische gezondheidszorg, Maastricht, september 1981.

16) Deze laatste zijn door het CBS berekend op basis van een in 1972/1973 gehouden enquête naar de tijdsbesteding van het wetenschappelijk personeel bij universiteiten.

Tabel 2. Geschat aandeel van de patiëntenzorg in de bijgestelde exploitatiekosten van de academische ziekenhuizen

	1972	1977	1979
<i>Vergelijkingsmethode</i>			
Onderzoek Groot/Van den Beld .....	meer dan 65%		ongeveer 66% a)
TAZ-enquête .....			
<i>Input-metingmethode</i>			
Kostenstructuuronderzoek AZR-EUR .....		ca. 94% b)	

a) Berekend uit TAZ 81-27 (niet gepubliceerd), aanvulling bij bijlage I.

b) Dit cijfer wijkt af van de 99,1% die in het rapport wordt genoemd. Dit laatste cijfer berust o.i. evenwel op een foutieve berekening; zie blz. 2 van het rapport.

Tabel 3. Aandeel bekostiging via de ziektekostenverzekeringen in de bijgestelde exploitatiekosten van de academische ziekenhuizen (in mln. gld.)

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
1. Exploitatiekosten academische ziekenhuizen a) .....	572	665	825	1.063	1.228	1.363	1.480	1.597	1.743
2. Patiëntenzorgkosten medische faculteiten b) .....	104	117	139	164	186	200	207	233	241
3. Rijksbijdrage .....	202	231	349	464	471	503	574	589	560
4. Aandeel verzekeringen (1-3) in bijgestelde exploitatiekosten (1+2) .....	55%	55%	49%	49%	54%	55%	54%	55%	60%

a) Opgave Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

b) CBS, *Uitgaven voor het wetenschappelijk onderwijs*; basis: enquête tijdsbesteding wetenschappelijk personeel 1972-1973.

gronasiag ontbreekt 17). Het belangrijkste voordeel van een tijdsbestedingsonderzoek boven een vergelijkingsonderzoek is dat niet slechts één, maar *alle* productie-onderdelen kunnen worden waargenomen. Hoewel ook hier arbitraire beslissingen niet kunnen ontbreken en de uiteindelijke verdelingscriteria dus noodzakelijkerwijs het karakter zullen hebben van operationele vuistregels, wordt de arbitraire ruimte duidelijk beperkt door het feit dat de bestanddelen van alle productie-onderdelen zelfstandig worden gedefinieerd. Het wordt daarmee ook mogelijk op duidelijke gronden — zij het arbitrair — te beslissen in hoeverre het redelijk is dat de kosten van bijvoorbeeld de ontwikkeling van nieuwe geneeswijzen en geavanceerde geneeskunde (op het raakvlak van patiëntenzorg en onderzoek), maar ook van medische opleidingen (op het raakvlak van onderwijs en patiëntenzorg), worden betaald via het premiestelsel van de gezondheidszorg.

Op grond hiervan beschouwen wij een verdeelmethode waarin alle productie-onderdelen als restpost fungeren. Waar personeel duidelijk de belangrijkste inputfactor vormt, kan tijdsbestedingsanalyse bruikbare resultaten opleveren.

### Beleidsimplicaties

Waar eindigt het onderzoek en begint het beleid? Dat is de vraag die na zo'n tien jaar van onderzoek naar de mogelijkheid van kostensplitsing als grondslag voor een nieuw tarievenstelsel voor de academische ziekenhuizen kan worden gesteld. Bij de beantwoording van deze vraag speelt mee dat de ervaringen opgedaan met vooral tijdsbestedingsanalyse wellicht nog te mager zijn voor vergaande beleidsimplicaties. Aan de andere kant moet worden bedacht dat de politieke druk om aan de resultaten van opgezette onderzoeken ook werkelijk beleidsgevolgen te verbinden steeds heeft ontbroken.

Die situatie is thans anders. Doordat de WTG ook voor de academische ziekenhuizen in werking is getreden, bestaat de politieke noodzaak om het tarievenstelsel te herzien. Dit betekent niet dat een definitieve herziening haalbaar zal zijn zonder verder onderzoek. Voor de onontbeerlijke overeenstemming tussen de betrokken partijen kan een zo duidelijk mogelijk beeld van de kostenverhoudingen nu eenmaal moet worden gemist. En voldoende duidelijk kan dat beeld op dit moment toch niet worden genoemd. Ter toetsing van eerdere onderzoekresultaten kan daarom de blik worden gericht op het academiseringsproject dat in Maastricht wordt uitgevoerd. Het valt te verwachten dat de resultaten van dit onderzoek op iets langere termijn van nut kunnen zijn voor het vaststellen van definitieve tariefriichtlijnen voor de academische zieken-

huizen. Of ook op zeer korte termijn voldoende houvast bestaat is echter zeer de vraag.

In de merkwaardige situatie waarin thans de minister van Volksgezondheid verantwoordelijk is voor het snel vaststellen van althans voorlopige richtlijnen en dus voor minstens een voorlopige kostensplitsing, terwijl de minister van Onderwijs en Wetenschappen verantwoordelijk is gebleven voor alle overige beleidsaspecten (waarvoor een kostensplitsing evenzeer van belang is), is wijs beleid nu wel zeer geboden. Voorkomen moet worden dat de rekening van de patiëntenzorg in de academische ziekenhuizen blijvend wordt doorgeschoven van het ene beleidsterrein naar het andere, of zelfs naar de academische ziekenhuizen zelf.

### Conclusie

De wetgever heeft de (lange) aanloop genomen en gehinkt. Het resultaat is de weinig fraaie situatie waarin de Wet tarieven gezondheidszorg van toepassing is geworden op de academische ziekenhuizen, zonder dat er richtlijnen bestaan aan de hand waarvan het COTG tarieven voor deze ziekenhuizen kan vaststellen. De opvolgende stap is gezet met het verzoek van de minister van Volksgezondheid aan het COTG om richtlijnen op te stellen. De beslissende sprong is ingezet met de zweefvlucht boven de zandbak. Die dient uit te komen bij een spoedige opstelling en goedkeuring van althans voorlopige richtlijnen.

In dit artikel is duidelijk geworden dat de tariefriichtlijnen voor de academische ziekenhuizen dienen te verschillen van die voor andere grote algemene ziekenhuizen, omdat is gebleken dat de patiëntenzorg niet volledig kan worden bekostigd uit de totale opbrengst van de tarie-

ven (d.w.z. de totale bijdrage van de sociale en particuliere ziektekostenverzekeringen).

Het vaststellen van richtlijnen is afhankelijk van het doorvoeren van een verdeling van de gemeenschappelijke kosten over de productie-onderdelen patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Uit de bespreking van enkele verdeelmethode methoden komt naar voren dat de voorkeur moet worden gegeven aan methoden waarbij de karakteristieken van *alle* productie-onderdelen in de beschouwing worden betrokken. Tijdsbestedingsanalyses kunnen hiervoor goede aanknopingspunten bieden. Omdat daarmee pas beperkte ervaring is opgedaan, kunnen de resultaten van verder onderzoek niet worden gemist bij het vaststellen van definitieve tariefriichtlijnen. Voor de korte termijn zal op zodanige wijze gebruik moeten worden gemaakt van thans voorliggende onderzoekresultaten, dat de werkzaamheden van de projectorganisatie, die op iets langere termijn zal adviseren over de integrale beleidsproblematiek, niet worden verstoord. Anders zou een eindelijk goede kans kunnen worden gemist om het zich reeds meer dan tien jaar voortslappende beleidsvraagstuk van de academische ziekenhuizen op te lossen. De officials met de meetlat wachten.

H. R. Hurts

17) Dit is bij voorbeeld denkbaar bij de ontwikkelingsgeneeskunde. Illustratief is in dit verband dat de werkgroep-Groot in zijn rapport vaststelt dat de 35% van de exploitatiekosten, die niet direct toerekenbaar bleek aan de patiëntenzorg, zeker nog elementen van patiëntenzorg kan bevatten, zodat de 65% patiëntenzorgkosten als een minimum moet worden opgevat.