

BEDRIJFSECONOMIE IN HET ZIEKENHUIS EN HET C.O.Z.

door Prof. Dr. L. M. J. Groot

Ontstaan en werkterrein van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven

Sedert de invoering van de Wet Ziekenhuistarieven op 1 juni 1965 speelt het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven een belangrijke rol bij de prijsvorming van ziekenhuisdiensten. Vóór die datum werden deze tarieven vastgesteld door de Minister van Economische Zaken aanvankelijk op grond van de Prijsoptrijvings- en Hamsterwet 1939, vanaf 1961 op grond van de Prijzenwet.

Krachtens artikel 2 van de Ziekenhuistariefwet kan de Minister een orgaan aanwijzen als het Centraal Orgaan in de zin van deze wet, indien door de organisaties van ziekenhuizen, van ziekenfondsen en andere belanghebbenden een naar het oordeel van de Minister voldoende representatief orgaan is ingesteld, hetwelk zich ten doel stelt de vaststelling van verantwoorde tarieven te bevorderen. Deze aanwijzing kan de Minister intrekken, indien het orgaan niet meer voldoende representatief is te achten en/of zijn doelstelling niet meer op bevredigende wijze waar kan maken.

In het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven zijn vertegenwoordigd de organisaties van ziekenhuizen - later verenigd in de Vereniging de Nationale Ziekenhuisraad - en exponenten van de algemene ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars.

Het betrekken van deze laatste groep was een novum in de Nederlandse gezondheidszorg, waar in de regel uitsluitend ziekenfondsen bij onderhandelingen op deze schaal betrokken zijn.

Teneinde het overleg tussen partijen vanaf het begin meer houvast en objectivering te geven, zijn tevens vier onafhankelijk deskundigen bij het overleg betrokken.

Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven is een stichting, welke een eigen bureau exploiteert, dat gefinancierd wordt uit de verpleeggeldten van die instellingen, waarover het prijzentoezicht zich uitstrekt.

Formeel ligt de zaak nu zo, dat het C.O.Z. voor ziekenfondspatiënten geen tarieven vaststelt, maar een advies uitbrengt aan de Ziekenfondsraad. Voor wat de tarieven van de particuliere patiënten betreft stelt het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven wel zelf de nodige daarop betrekking hebbende beschikkingen vast.

Oorspronkelijk had dit nieuwe systeem van prijsvorming alleen **betrekking** op de algemene ziekenhuizen en sanatoria.

Bij Koninklijk Besluit van 12 januari 1968 werd deze wet tevens van kracht voor instellingen, die op basis van de A.W.B.Z. hun kosten vergoed zouden krijgen.

Per 1 januari 1968 kwamen de zwakzinnigeninrichtingen en de inrichtingen voor zintuigelijk gehandicapten onder deze wet en voor de verpleegtehuizen en psychiatrische inrichtingen was zulks het geval per 1 april 1968.

Per 1 januari 1970 kwamen de medische kindertehuizen onder de wet, in 1972 volgden de medische kleuterdagverblijven, terwijl in 1973 de dag-

verblijven voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten onder toezicht van het C.O.Z. kwamen te staan.

Het C.O.Z. kan bij de uitvoering van het prijsbeleid uiteraard niet geïsoleerd optreden en houdt dan ook regelmatig voeling met de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad en met het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Volledigheidshalve zij vermeld, dat de wijziging van richtlijnen zowel de goedkeuring behoeft van de Ziekenfondsraad als van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.¹⁾

Individuele en algemene prijswijzigingen

De door het C.O.Z. afgegeven prijsadviezen of prijsbeschikkingen kunnen betrekking hebben op alle onder het toezicht van het C.O.Z. vallende inrichtingen voor gezondheidszorg of alleen op een bepaalde instelling van gezondheidszorg. Men spreekt dan van algemene en individuele prijsadviezen en prijsbeschikkingen.

Algemene prijsadviezen en prijsbeschikkingen worden uitgebracht teneinde algemene kostenstijgingen, die zich in iedere instelling van gezondheidszorg voordoen, in de tarieven op te nemen. Gedacht kan worden aan de landelijke wijzigingen in lonen en arbeidsvoorwaarden, aan kostenstijgingen van goederen en diensten van algemene aard, aan contributieverhoging van organisaties e.d.m.

Dergelijke algemene kostenverhogingen worden door de ziekenhuizen berekend op basis van een calculatieschema, dat door het C.O.Z. aan de ziekenhuizen wordt toegezonden en voor hen een leidraad vormt bij de berekening van de aan ieder ziekenhuis toekomende tariefswijziging.

Een individuele prijsvaststelling wordt door het ziekenhuis aangevraagd, wanneer de exploitatie van dat ziekenhuis een tekort gaat aanwijzen. Een dergelijk tekort kan verschillende oorzaken hebben bijvoorbeeld het in gebruik nemen van belangrijke nieuwbouw en verbouwingen, terwijl in de laatste tijd tekorten als gevolg van een daling in de bezettingscijfers een belangrijke rol spelen.

Bij het indienen van een individuele prijsaanvraag dient het ziekenhuis een aantal gegevens aan de hand van door het C.O.Z. uitgegeven formulieren te verstrekken, zodat de betrokken aanvraag goed gedocumenteerd is en aansluit op de diverse richtlijnen teneinde de aanvraag zodoende snel te kunnen afwikkelen. De door het C.O.Z. gevraagde gegevens hebben niet alleen betrekking op het jaar waarin het tekort gesignaleerd wordt, maar ook op de jaren voorafgaande aan het betrokken jaar.

De individuele prijsvaststelling wordt niet afgegeven dan nadat een nauwkeurig onderzoek naar de exploitatie van het ziekenhuis is ingesteld en men

¹⁾ Voor nadere inlichtingen betreffende bevoegdheden en werkwijze van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven moge ik de lezer verwijzen naar de jaarverslagen, die door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven worden uitgegeven. Verder bevat de publikatie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut „Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, repertorium van de tariefstelling in ziekenhuizen, psychiatrische instituten en verpleegtehuizen” belangrijke inlichtingen op dit terrein.

heeft nagegaan, of de kosten beantwoorden aan de door het C.O.Z. gehanteerde richtlijnen. Gezien de sterk stijgende kosten verbonden aan uitbreidingen van ziekenhuizen en de in de laatste tijd optredende tekorten wegens onderbezetting kan men stellen, dat alle ziekenhuizen voor en na bij het C.O.Z. te biecht moeten om een individuele prijswijziging te verkrijgen.

Indien een ziekenhuis de laatste vier jaren geen individuele prijswijziging heeft aangevraagd, worden de uitkomsten van het calculatieschema niet gehonoreerd dan nadat een dergelijk individueel onderzoek bij het betrokken ziekenhuis door het C.O.Z. is ingesteld.

Kostenbeoordeling in het licht van richtlijnen

Het beleid, zoals dat tot op heden door het C.O.Z. is gevoerd, beoogt de ziekenhuizen een vergoeding te geven voor de werkelijke kosten voor zover deze kosten de toets van een redelijke kritiek kunnen doorstaan.

Ziekenhuizen zijn non-profit instellingen die geen winst beogen en ook geen winst behoeven te maken.

Centraal staat bij dit beleid niet het tarief, maar de als redelijk te aanvaarden kostenpositie van het ziekenhuis vormt het centrale thema van dit beleid.

Teneinde nu de kosten van de ziekenhuizen te kunnen beoordelen is in de loop der tijd een geheel stelsel van richtlijnen ontwikkeld, dat regelmatig wordt aangepast zowel in het licht van de zich wijzigende lonen en arbeidsvoorwaarden, prijswijzigingen van goederen en diensten als van de wijziging van het dienstbetoon, dat door de ziekenhuizen en andere instellingen wordt gepresteerd.

Het tariefbeleid van het C.O.Z. is het verst uitgekristalliseerd met betrekking tot de algemene ziekenhuizen, waarbij men kon profiteren van de ervaringen opgedaan bij het Ministerie van Economische Zaken.

In de sectoren, die als gevolg van de invoering van de A.W.B.Z. pas later bij het prijsbeleid werden betrokken, lagen de zaken niet zo eenvoudig. Bij de psychiatrische inrichtingen en inrichtingen voor zwakzinnigen speelden de opvattingen van de diverse provinciale overheden die voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg altijd een bijzondere verantwoordelijkheid hebben gedragen, een belangrijke rol.

Teneinde de continuïteit in dit beleid te waarborgen, werd in het bestuur van het C.O.Z. een vertegenwoordiger van de provinciale overheden opgenomen.

De sector der verpleegtehuizen kwam eerst na invoering van de A.W.B.Z. behoorlijk van de grond en hier moest het prijsbeleid geheel opnieuw worden opgebouwd.

De door het C.O.Z. gehanteerde richtlijnen zou ik willen onderscheiden in richtlijnen van meer formele aard en richtlijnen met een wat meer materieel karakter.

Tot de richtlijnen van meer formele aard wil ik rekenen de richtlijnen met betrekking tot de berekeningswijze van rente en afschrijvingen, en de bezettingsgraad.

Tot de richtlijnen van meer materiële aard reken ik dan de richtlijnen die betrekking hebben op de toegestane personeelsbezetting, de hoogte der voedingskosten, bewassing, onderhoud e.d.m.

Richtlijnen met betrekking tot de berekening van rente en afschrijvingen

De afschrijvingen worden volgens vastgestelde afschrijvingspercentages berekend over de aanschafwaarde van activa, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen gebouwen, installaties en inventarissen. Op de grond wordt niet afgeschreven, terwijl de afschrijvingspercentages voor gebouwen, installaties en inventarissen resp. 2%, 5% en 10% van de aanschafwaarde bedragen.

Alleen de werkelijk betaalde rente over vreemd vermogen mag worden doorberekend, waarbij deze betaalde rente wordt beoordeeld in het licht van de onder gegeven omstandigheden geldende marktverhoudingen.

Afschrijvingen op basis van de vervangingswaarde alsmede renteberekening over eigen vermogen zijn niet toegestaan. Een uitzondering op deze regel werd gemaakt in 1949, toen een bescheiden vernieuwingsfonds - gevoed door f 0,50 per verpleegdag - in het leven werd geroepen voor oudere ziekenhuizen teneinde het steeds toenemend verschil tussen aanschaffingswaarde en vervangingswaarde voor gebouwen enigszins te compenseren.

Deze bijdrage wordt bij de betrokken ziekenhuizen bij gehele of gedeeltelijke vernieuwingen naar verhouding verminderd, zodat deze post in het licht van de sterk toegenomen nieuwbouw en verbouw in ziekenhuizen heden ten dage praktisch kan worden verwaarloosd.

Het C.O.Z. treedt niet in de beoordeling van de hoogte van investeringen, daar deze door een andere instantie namelijk het College Ziekenhuisvoorzieningen in beginsel worden beoordeeld.

Er zijn op dit algemeen uitgangspunt twee uitzonderingen.

Op de eerste plaats wordt bij de beoordeling van de onderhoudskosten van gebouwen en inventarissen niet alleen gekeken naar de exploitatierekening van het ziekenhuis, maar ook naar de posten, die in het kader van deze werkzaamheden zijn geactiveerd.

Een tweede uitzondering wordt gemaakt voor investeringen in computers voor administratie en laboratoria - hierbij mede begrepen de kosten voor uitbestedingen - op welk terrein het C.O.Z. de laatste jaren een vrij stringent beleid voert.

De invoering van administratieve computers in ziekenhuizen bleek in de aanvang weinig gecoördineerd te verlopen, mede omdat er op het terrein van de administratie voor de ziekenhuizen geen richtlijnen bestonden.

Teneinde nu in deze ontwikkeling wat meer lijn te brengen, heeft het C.O.Z. op dit terrein in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad en het Nationaal Ziekenhuisinstituut een aantal richtlijnen ontwikkeld.

De Nationale Ziekenhuisraad houdt zich dan bezig met de beleidsproblematiek op dit punt, terwijl het Nationaal Ziekenhuisinstituut via de Sectie Automatische Informatieverwerking dit beleid zo deskundig mogelijk onderbouwt.

Ieder ziekenhuis dient zijn voornemens op dit terrein ter beoordeling aan

het C.O.Z. voor te leggen, dat dan met inspraak van de Nationale Ziekenhuisraad en het Nationaal Ziekenhuisinstituut nagaat, of deze voornemens passen in het landelijk beleid op dit punt.

In het kader van dit landelijk beleid heeft men bijvoorbeeld een beperkt aantal ontwikkelingskernen aangewezen, van waaruit regionale computervoorzieningen van de grond kunnen komen. Verder is op beperkte schaal aan ziekenhuizen gelegenheid geboden om kleinere computers te installeren.

Wanneer men zich nader bezint op de bedrijfseconomische strekking van de richtlijnen met betrekking tot rente en afschrijvingen kan men zich niet aan de indruk onttrekken, dat hier meer wordt ingespeeld op liquiditeits- dan op kostenoverwegingen.

Calculatie op basis van de vervangingswaarde en berekening van de integrale rente over vreemd en eigen vermogen leiden bij stijgend prijsniveau en bij aanwezigheid van eigen vermogen tot liquiditeitsoverschotten bij de ziekenhuizen.

Calculatie op basis van de aanschaffingswaarde stelt het ziekenhuis in de regel in staat leningen gesloten op een termijn van 30 jaren en hoger af te lossen - het gemiddelde afschrijvingspercentage op de totale activa kan gesteld worden op rond $3\frac{1}{2}\%$ - terwijl de mogelijkheid de werkelijke rente door te berekenen geen probleem behoeft op te roepen om de renteverplichtingen rustende op dergelijke leningen na te komen.

Kennelijk ligt het bij de richtlijnen met betrekking tot rente en afschrijvingen in de bedoeling het ziekenhuis in staat te stellen aan lopende verplichtingen te voldoen en wil men de binnenkomende liquiditeiten zoveel mogelijk kortsluiten met out of pocket expenses.

Overigens moet men vaststellen, dat calculatie op basis van vervangingswaarde voor de ziekenhuizen bij een dalend prijsniveau het risico inhoudt, dat de solvabiliteit van het ziekenhuis in gevaar komt, omdat men dan aan aflossingsverplichtingen niet meer kan voldoen.

Op inventarissen en instrumentaria mag - zoals reeds vermeld - 10% van de aanschafwaarde worden afgeschreven. Dit laatste percentage ontmoet in ziekenhuiskringen kritiek.

De technische vernieuwingen in de instrumentele sector en minder solide bouw van apparaten leiden ertoe, dat een afschrijvingstermijn van 10 jaar zowel in technisch als in economisch opzicht problematisch is geworden.

Men moet constateren, dat een belangrijk deel van de apparatuur reeds binnen deze termijn aan vernieuwing toe is, terwijl de apparatuur, die langer meegaat, naar verhouding van minder belang wordt.

Hoewel het C.O.Z. gelegenheid geeft om ook op apparatuur die reeds vervangen is te blijven afschrijven, ligt hier toch wel een probleem.

Het berekenen van een te lange afschrijvingsperiode geeft immers geen juist beeld meer van de kosten verbonden aan deze apparatuur en een dergelijke vertekening kan mogelijk leiden tot een te optimistische kijk op de kosten verbonden aan de toepassing van dit soort apparaten. In dit verband kan gedacht worden aan apparaten, die in het kader van de automatisering van laboratoria worden aangeschaft.

Ook uit financieel oogpunt lijkt verhoging van het afschrijvingspercentage

op deze activa wel reëel, want dan kan men uit de vrijkomende afschrijvingen van deze naar verhouding snel verouderende activa de financiering van de nodige vernieuwingen effectueren.

Naar mijn opvatting zouden de ziekenhuizen de kosten van de vernieuwingen in deze sector van de investeringen uit eigen middelen moeten kunnen financieren en tot dit doel geen beroep behoeven te doen op de kapitaalmarkt.

Gezien de kortere levensduur van deze activa en rekening houdend met de diversiteit van de levensduur van dit pakket investeringsgoederen benadert men op deze wijze calculatie op basis van de vervangingswaarde.

De minimum bezettingsgraad

Bij het vaststellen van verpleegprijzen werd tot voor kort rekening gehouden met het werkelijk aantal verpleegdagen, dat in het laatste jaar werd behaald met dien verstande, dat dit aantal niet mocht dalen beneden de 90% van het te bereiken aantal verpleegdagen.

Op zich lijkt het eisen van een dergelijke minimale bezetting in het licht van een redelijke kostenbeoordeling niet onredelijk. Mogelijk kan een dergelijke richtlijn overbedding tegengaan, omdat aan de hand van deze richtlijn een bepaalde mate van onderbezetting via de tarieven niet wordt gehonoreerd en onbezetting aldus kan gaan leiden tot verliezen.

Vastgesteld kan worden, dat deze richtlijn geen of weinig moeilijkheden heeft gegeven in een tijd, dat het ziekenhuiswezen expandeerde.

De 90% bezettingsgraad is de enige richtlijn die het C.O.Z. voor het ziekenhuiswezen hanteert met betrekking tot de capaciteitsbenutting. Dergelijke richtlijnen zijn niet opgesteld voor de bezetting van afdelingen als laboratoria, röntgenafdelingen, afdelingen voor fysische therapie e.d.m.

In de laatste jaren zijn echter twijfels gerezen over de juistheid van deze richtlijn.

Van verschillende zijden kreeg men de indruk, dat toepassing van deze richtlijn ertoe leidde, dat de ziekenhuizen onder deze omstandigheden zouden trachten het minimaal aantal vereiste verpleegdagen te maken teneinde eventuele verliezen te ontgaan. Directies en specialisten in ziekenhuizen stonden onder de verdenking, dat patiënten juist om die reden langer in het ziekenhuis werden gehouden dan medisch noodzakelijk was.

Koesterde men van de vraagzijde uit de nodige bedenkingen tegen deze richtlijn, ook in de ziekenhuizen kreeg de richtlijn een kritische kanteekening, nu daar de bezettingsgraad ging teruglopen. Deze teruggang in de bezetting van de kliniek houdt voor ziekenhuizen het gevaar voor grote tekorten in, zodat men ook van die kant moeite kreeg met de 90% bezettingsnorm van het C.O.Z.

Het economisch belang van deze kwestie kan moeilijk onderschat worden. De ziekenhuiskosten zijn - tenminste op korte termijn - voor een belangrijk deel - te denken valt aan rond 75% - weinig gevoelig voor veranderingen in de aantallen verrichte verpleegdagen, onderzoeken en behandelingen.

De belangrijkste post in de ziekenhuisexploitatie wordt gevormd door de

loonfactor, welke gesteld kan worden op ruim 60%. Daarnaast nemen rente en afschrijvingen een niet te verwaarlozen deel van de exploitatie voor hun rekening.

In de resterende kosten zijn nog belangrijke constante elementen te onderkennen zoals de kosten voor technisch en huishoudelijk onderhoud, verwarming, verlichting e.d.m.

Typisch variabele kosten vindt men uitsluitend bij geneesmiddelen, röntgenfilms, laboratoriummiddelen, verbruiksmiddelen toegepast in de verpleging en voeding verstrekt aan patiënten.

Deze vrij constante kostenstructuur heeft tot gevolg, dat de marginale kosten per verpleegdag of per verrichting belangrijk lager kunnen liggen dan de gemiddelde kosten per verpleegdag of per verrichting.

Bij overschrijding van de bezetting, die ten grondslag is genomen aan de tariefsvaststelling, worden dan ook behoorlijke overschotten gekweekt, terwijl een onderbezetting aanleiding geeft tot belangrijke tekorten.

De bezettingsgraad speelt daarom in de ziekenhuisexploitatie een zeer centrale rol en men heeft de ziekenhuis-bedrijfseconomie wel eens getypeerd als een bezettingseconomie.

Nu de bezettingsnorm als grondslag voor de prijsvaststelling in belangrijke mate is gerelativeerd, komt de kostenbeoordeling ook enigszins anders te liggen. Het gaat er nu om de kosten te beoordelen in het licht van mogelijke bezettingspercentages.

Tariefstructuur

De ziekenhuistarieven hebben betrekking op de prijzen van verpleegdagen en op - wat wel genoemd wordt - bijkomende verrichtingen zoals de prestaties van röntgenafdelingen, laboratoria, afdelingen voor fysische therapie e.d.m.

Aan patiënten, die niet in het ziekenhuis worden opgenomen, maar uitsluitend de polikliniek van het ziekenhuis bezoeken, worden de prestaties van de laatstgenoemde afdeling afzonderlijk in rekening gebracht.

Bij de in de kliniek opgenomen patiënten kunnen in de verpleegprijzen dergelijke bijkomende prestaties al of niet in de verpleegprijzen verdisconteerd zijn.

Men spreekt in dit verband wel van all-in tarieven, d.w.z. verpleegprijzen, waarin alle bijkomende verrichtingen zijn verdisconteerd, en van all-out tarieven, d.w.z. verpleegprijzen, waarbij geen bijkomende verrichtingen in de tarieven zijn opgenomen. Bij all-out verpleegprijzen beperkt de verpleegprijs zich dus tot de diensten, die de patiënten in de verpleegafdelingen aan verpleegkundige en civiele zorg wordt geboden.

Tussen zuiver all-in en zuiver all-out tarieven bestaan talrijke overgangsvormen.

Naast all-in en all-out tarieven kent men nog de arts-in en de arts-out tarieven, waarbij de arts-in tarieven tevens een vergoeding inhouden voor de behandelend specialist, terwijl bij de arts-out tarieven de artsen niet door het ziekenhuis maar door de patiënt c.q. de ziekenfondsen worden gehonoreerd.

De ziekenhuizen zijn vrij bij het kiezen van de structuur van de verpleegprijzen.

Voor wat de bijkomende verrichtingen betreft, wordt er naar gestreefd deze tarieven zoveel mogelijk landelijk uniform vast te stellen. Gelijkheid tussen tarieven van deze verrichtingen en de daaraan beantwoordende kosten is voor alle ziekenhuizen onmogelijk te bereiken. In de regel wordt het tarief vastgesteld op de variabele kosten verbonden aan dergelijke verrichtingen, waarbij een bescheiden toeslag voor overheadkosten wordt ingecalculeerd. Groepsgewijze worden deze bijkomende verrichtingen om de drie jaren bijgesteld op de zich wijzigende kostenelementen.

Nadat het kostentotaal aan de hand van de richtlijnen is goedgekeurd wordt dit kostentotaal verminderd met de opbrengsten van nevenafdelingen. Het restbedrag dient dan als grondslag voor het vaststellen van verpleegprijzen op basis van het te verwachten aantal verpleegdagen. Eventuele overschotten en tekorten voor nevenafdelingen worden aldus in de verpleegprijzen verdisconteerd.

Tenslotte zij nog vermeld, dat men bij het vaststellen van de tarieven zo veel mogelijk streeft naar gelijke beloning voor gelijke prestaties. In de regel zijn de tarieven voor bijkomende verrichtingen voor alle patiënten gelijk. Bij de verpleegprijzen wordt terecht verschil gemaakt tussen de verpleegprijzen voor de verschillende klassen, omdat daar ook sprake is van verschillende kosten. Bij sommige bijkomende verrichtingen, waar honorering van artsen in het geding is, wordt nog verschil gemaakt tussen verschillende klassen patiënten.

Inhoudelijke richtlijnen

Naast de richtlijnen met een wat formeel karakter zijn er richtlijnen, die een meer inhoudelijk karakter dragen. In dit verband kunnen genoemd worden de richtlijnen met betrekking tot de personeelsbezetting op verschillende afdelingen, de kosten voor onderhoud, voeding, bewassing, administratie e.d.m.

Sommige richtlijnen zijn uitgedrukt in kwantiteiten - te denken valt bijvoorbeeld aan aantallen personeelsleden - terwijl andere richtlijnen op geldsbedragen zijn vastgesteld.

De richtlijnen kunnen zijn vastgesteld per verpleegdag, per bezet bed, per prestatie of in relatie gebracht worden met de opbrengsten.

Zo wordt de bezetting met verplegenden uitgedrukt in het aantal verplegenden per bezet bed, de personeelsbezetting van de laboratoria in relatie gebracht met de puntenproductie, terwijl de personeelsbezettingen van de operatieve afdeling en de röntgenafdeling in relatie worden gebracht met de opbrengsten berekend op basis van de ziekenfondstarieven.

Voor wat de personeelsbezetting betreft bestaan er momenteel richtlijnen met betrekking tot personeel werkzaam op praktisch alle afdelingen van het ziekenhuis.

Bij de normering van de personeelskosten spelen zowel de personeelsbezetting zelf als de salariëring van het personeel een rol.

Men kan constateren, dat geleidelijk aan het salarisoniveau in ons land vrij uniform is geworden. Alleen met betrekking tot de salarissen in de huis-

houdelijke sector en bij de administratie kunnen lokaal nogal wat afwijkingen voorkomen.

Over het algemeen kan het C.O.Z. gebruik maken van salarisregelingen zoals deze in de ziekenhuiswereld op een of andere wijze aanvaardbaar zijn geworden. Waar dergelijke regelingen nog niet tot stand zijn gekomen, tracht het C.O.Z. een dergelijke normering te stimuleren.

Voor de overheidsziekenhuizen liggen de geldsbedragen voor wat de salariering betreft iets hoger, omdat daar de sociale lasten hoger kunnen liggen bijvoorbeeld omdat de AOW-premie voor rekening van de werkgever komt. Ook de pensioenlasten bij de overheid liggen hoger dan bij de privé ziekenhuizen.

Een bijzonder moeilijk probleem vormen de honoreringskosten van de specialisten en de daarmee gelijk te stellen stafleden niet-medici, die directe verantwoordelijkheid dragen voor onderzoek en behandeling van patiënten zoals klinisch-chemici, apothekers, fysici e.d.m.

Voor klinisch-chemici en apothekers bestaan honoreringsregelingen. Waar geen honoreringsregelingen bestaan tracht men hier vaak een houvast te vinden bij het honorarium, dat vergelijkbare specialisten als vrije ondernemers voor eigen rekening declarerend kunnen verdienen.

De voor honorering beschikbare ruimte wordt dan vertaald in salarissen met daarbij behorende sociale lasten rekening houdend met door specialisten in de regel te dragen onkosten, waarbij een volledige gelijkheid tussen salariering op deze wijze berekend en de arts-out honorering niet wordt nagestreefd.

De aldus tot stand gekomen salarissen worden dan vaak bekeken in het licht van de salarisrichtlijnen, die door het centraal bestuur van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, een groepering binnen de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, worden gehanteerd.

Naast de richtlijnen voor de personeelsbezetting kent men nog richtlijnen met betrekking tot de kosten per voedingsdag, het bedrag, dat aan onderhoud mag worden uitgegeven, de kosten voor bewassing, de kosten voor administratie inclusief uitbesteding e.d.m.

Deze richtlijnen van een wat meer inhoudelijk karakter zijn door het C.O.Z. bepaald op basis van ervaringscijfers en kunnen als gemiddelde waarden worden beschouwd. Deze ervaringscijfers werden overgenomen van het Ministerie van Economische Zaken en in de loop der jaren bijgesteld in het licht van de ontwikkeling van lonen en arbeidsvoorwaarden, de kosten van goederen en diensten en van het dienstbetoon in de ziekenhuizen.

Bij het bijstellen van de normeringen voor de personeelsbezetting hebben een belangrijke rol gespeeld de arbeidstijdverkortingen en de invoering van de vijfdaagse werkweek.

Voor wat de personeelsbezetting in de verpleging betreft, werden de richtlijnen aangepast aan de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de opleiding van verplegenden, de oprichting van intensive care afdelingen in het ziekenhuis, terwijl ook de structuur van de kliniek een belangrijke rol ging spelen met name de vervanging van zaalverpleging in de derde klasse door

verpleging in accommodaties, waar maximaal 4 of 6 patiënten verpleegd kunnen worden.

Tenslotte besteedt het C.O.Z. aandacht aan de juiste toerekening van ziekenhuiskosten, die eventueel ten laste van derden bijvoorbeeld specialisten dienen te komen zoals bijvoorbeeld vergoedingen voor het gebruik van de polikliniek, verpleegkundige hulp bij spreekuren e.d.m.

Evaluatie

In het voorgaande is een schets gegeven van het ontstaan, de situatie en de werkwijze van het C.O.Z. en is aandacht gegeven aan de problemen, waarmee het C.O.Z. zich bezighoudt. Het C.O.Z. houdt als het ware de vinger op de pols van de ontwikkeling in het ziekenhuiswezen en tracht deze zich aandienende ontwikkeling zoveel mogelijk in goede en evenwichtige banen te leiden.

Gezien de sterk stijgende kosten lijkt het redelijk dat ten overstaan van de sterk toenemende mogelijkheden van onderzoek en behandeling van patiënten een redelijke terughoudendheid in aanmerking wordt genomen. Men zou een verkeerd beeld van het C.O.Z. krijgen als men zou menen, dat deze instantie uitsluitend remmend optreedt. Zulks is zeker niet het geval geweest wanneer men zich realiseert hoe sterk het ziekenhuiswezen zich in de laatste 15 jaren heeft kunnen ontwikkelen, een ontwikkeling, die volgens de Structuurnota Gezondheidszorg een onevenredig grote nadruk heeft gekregen.

Zowel het Ministerie van Economische Zaken alsook het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven hebben sanerend gewerkt in die situaties, waar de verstrekte zorg kennelijk beneden het aanvaardbare - gemiddelde - niveau bleef. Een goed voorbeeld van de stimulerende invloed van het C.O.Z. vindt men op het ogenblik in de sector van de geestelijke intramurale gezondheidszorg, waar men zich heeft kunnen vinden op opties om hier het dienstbetoon in een meerjaren planning geleidelijk aan meer aan de eisen van deze tijd aan te passen.

Het C.O.Z. oefent zijn taak uit teneinde de verdelende rechtvaardigheid op het terrein van de intramurale gezondheidszorg zo goed mogelijk gestalte te geven en de kosten van het ziekenhuis in een redelijke verhouding te brengen tot de totale kosten van de gezondheidszorg, die men zich in Nederland kan veroorloven.

Het individuele ziekenhuis krijgt die kosten vergoed, die rekening houdend met de gegeven omstandigheden ook aan andere ziekenhuizen toegekend kunnen worden.

Die verdelende rechtvaardigheid komt anderzijds ten aanzien van de betalers tot uitdrukking door gelijke tarieven af te geven voor gelijke prestaties.

Het beleid van het C.O.Z. is voor de ontwikkeling van de bedrijfseconomie in de ziekenhuizen zeker niet zonder belang geweest en ook voor de toekomst zal dit beleid voor deze bedrijfseconomische ontwikkeling steeds actueel blijven.

Vooreerst kan men vaststellen, dat zowel het optreden van het Ministerie

van Economische Zaken als het C.O.Z. er belangrijk toe heeft bijgedragen dat de financiële administraties van ziekenhuizen op behoorlijk peil werden gebracht en dat men in de ziekenhuizen aan economische vraagstukken aandacht ging geven.

Verder betekent het C.O.Z. onmiskenbaar een belangrijke steun voor degenen, die voor de exploitatie van het ziekenhuis verantwoordelijkheid dragen.

Waar de kwaliteit van zorgen onvoldoende is gedefinieerd, waar allerlei verzoeken om meer mankracht en middelen geadstrueerd kunnen worden aan de hand van patiëntenbelangen, die vaak moeilijk nader geduid kunnen worden en waar bovendien het marktbestel afwezig is om corrigerend op te treden, is het uiterst moeilijk voor beleidsinstanties binnen het ziekenhuis zich ten aanzien van deze verlangens een oordeel te vormen.

Onder deze omstandigheden bieden de richtlijnen van het C.O.Z. vaak een houvast voor de leiding van het ziekenhuis bij het toetsen van verlangens en het nader bepalen van prioriteiten, die in het ziekenhuis leven.

De werkzaamheden van het C.O.Z. zijn niet alleen van belang voor de instellingen van gezondheidszorg zelf maar het C.O.Z. speelt bovendien een belangrijke rol bij de ontwikkeling van de intramurale zorg binnen de gezondheidszorg.

De positie van het C.O.Z. is er de laatste tijd niet gemakkelijker op geworden nu de kostenstijging in de gezondheidszorg met de nodige kritische zin en bezorgdheid wordt gezien.

Op aandringen van de overheid en de vraagzijde van de markt wordt een sterk restrictief beleid gevoerd door het zo zuinig mogelijk bijstellen van richtlijnen en het steeds meer uitbreiden van richtlijnen tot de verschillende kostensoorten, zodat het aantal witte plekken op de kostenkaart aanmerkelijk wordt verminderd.

Een dergelijke - overigens in het licht van de kostenstijging begrijpelijke - ontwikkeling maakt de positie van de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen in het Centraal Orgaan belist niet eenvoudiger. Voor hen gaat vaak een spanning optreden tussen de eisen van behoorlijke kwaliteit en de eisen, die de kostenbeheersing in deze tijd stelt.

Kosten en kwaliteit van zorg

Hoewel het C.O.Z. in de loop van de jaren er redelijk in geslaagd is om een zo volledig mogelijk stelsel van richtlijnen uit te werken, waardoor een belangrijk deel van de kosten op deze wijze genormeerd wordt, moet men zich toch afvragen, of de tot heden gevolgde politiek wel op aangepaste wijze inspeelt op de eigenlijke taak van het ziekenhuis namelijk onderzoek en behandeling van patiënten.

De richtlijn met betrekking tot de bezettingsgraad is vrijwel de enige richtlijn, die betrekking heeft op de capaciteitsbenutting van het ziekenhuis. Zoals reeds eerder vermeld, is deze richtlijn onlangs in sterke mate gerelativeerd.

De normering strekt zich over het algemeen niet uit tot een normering met

betrekking tot aard en hoeveelheid van onderzoeken en behandelingen, die in het belang van de patiënten worden uitgevoerd.

Men heeft dus wel richtlijnen met betrekking tot de personeelsbezetting in het laboratorium maar geen normering met betrekking tot omvang en aard van de laboratoriumproductie en onderzoeken. Men heeft geen richtlijnen met betrekking tot aantal en soort röntgenopnamen, wel richtlijnen met betrekking tot de personeelsbezetting die bij een bepaalde röntgenproductie kan worden toegestaan.

Evenmin bestaat er een normering met betrekking tot het verbruik aan geneesmiddelen, dat - voor zover in de verpleegprijzen verdisconteerd - geheel in de verpleegkosten kan worden doorberekend.

Men kan stellen, dat het C.O.Z. zich niet bezighoudt met de normering van onderzoek en behandeling van patiënten en dat de normering zich uitsluitend beperkt tot de voorwaarden, waaronder onderzoek en behandeling van patiënten plaatsvinden.

De ziekenhuseconomie heeft zich tot op heden in overwegende mate bewogen rond de economie van de ondersteunende activiteiten in het ziekenhuis, zoals voeding, huishoudelijk en technisch onderhoud, administratie e.d. en men moet constateren, dat met betrekking tot de economie van afdelingen zoals laboratoria en röntgenafdelingen nog maar eerst aarzeland een eerste aanzet is gemaakt.

De gezondheidseconomie en de ziekenhuseconomie in het bijzonder dienen zich echter niet alleen te beperken tot de voorwaarden, waaronder onderzoek en behandeling van patiënten plaatsvinden, men dient onderzoek en behandeling van patiënten zelf tot voorwerp van studie te maken.

Men stoot hier op een van de belangrijkste vraagstukken van de curatieve gezondheidszorg namelijk het analyseren van gezondheidszorg naar effectiviteit, doelmatigheid en efficiency, een analyse die nog maar nauwelijks van de grond gekomen is.

Er bestaat geen duidelijk inzicht in de verhouding tussen kwaliteit van de gezondheidszorg en de daarvoor benodigde voorzieningen, met name mist men inzicht in de relatie tussen kosten en de verschillende kwaliteiten van zorg.

Wil men op deze weg verder komen, dan zal men in de ziekenhuizen naast de kosten van het instituut meer oog moeten krijgen voor de kosten verbonden aan de kerntaak van het ziekenhuis: onderzoek en behandeling van patiënten.

Voor een dergelijke heroriëntering, die de patiënt in het middelpunt stelt, aansluit op het gezichtsveld van de behandelende arts en hem een handreiking kan bieden om zijn beslissingen zowel in economisch als in medisch opzicht zo goed mogelijk te nemen, is de tijd geleidelijk aan rijp geworden. De eerste aanzetten voor een dergelijke benadering kunnen her en der bepeurd worden.

Het is niet de taak van het C.O.Z. de hier genoemde noties zelf te ontwikkelen. Het kan uitsluitend de taak van het C.O.Z. zijn op de aldus gewonnen noties in te spelen door formulering van richtlijnen, die meer direct gericht zijn op de gezondheidszorg en dat peil van zorg mogelijk maakt, dat

onze samenleving zich kan veroorloven.

Eerst wanneer deze voorwaarden ontwikkeld zijn, zal het mogelijk worden het stelsel van richtlijnen zodanig uit te bouwen en te verfijnen, dat deze richtlijnen inspelen op de doelstelling: de zo goed mogelijke zorg voor de patiënt tegen de zo laag mogelijke kosten.

De grondslagen voor een dergelijk prijsbeleid zullen echter moeten worden uitgewerkt door de medische professie en de ziekenhuisorganisaties.