

## Beheersing en produktiviteit in de gezondheidszorg

Dr. A.J.A. Godfroj

Als universitair docent verbonden aan de vakgroep Bestuurs- en Organisationswetenschappen van de subfaculteit der Sociaal-Culturele Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Brabant. Adres: Verdilaan 12, 5056 BD Berkel-Enschot, tel. (KUB) 013-662079.

### Samenvatting

Dit artikel gaat in op de vraag in hoeverre nieuwe vormen van beheersing in de gezondheidszorg bijdragen aan kwaliteitsverbetering: in de kern een produktiviteitsvraag. Regionale planning richt de aandacht op urgentie van voorzieningen en samenhang. Politieke en technische struikelblokken doen echter afbreuk aan de inherente mogelijkheden van produktiviteitsverbetering. Ziekenhuisbudgettering heeft geleid tot het ontwikkelen van medische beleidsplannen en instellingsbeleidsplannen: een 'hefboom' voor het ontwikkelen van produktiviteitsgericht denken en handelen.

### 1. Inleiding

In de sector gezondheidszorg worden de laatste jaren – vooral door de overheid – 'kosten noch moeite gespaard' om te komen tot een grotere beheersing van de ontwikkelingen in dit veld: aanbod van zorg, gebruik, kosten, e.d. Het meest in het oog lopen de planning van voorzieningen met behulp van nieuwe wetten – Wet Ziekenhuisvoorzieningen, Wet Voorzieningen Gezondheidszorg – en de kostenbeheersing: tariefbeheersing met behulp van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, (discussies over) eigen bijdragen van patiënten en vooral het voor de gezondheidszorg nieuwe instrument van de budgetfinanciering. Deze toegenomen op beheersing gerichte activiteit van met name de overheid dient men niet te interpreteren als een direct gevolg van de economische crisisverschijnselen van de laatste tien jaren, want de grondlijnen van het nieuwe beleid werden reeds in 1974 in de bekende *Structuurnota Gezondheidszorg* van staatssecretaris Hendriks geschetst. Versnippe-

ring, onevenwichtigheden en ondoelmatigheid in de gezondheidszorg zouden door een samenhangende planning en een beter genormeerde allocatie van middelen bestreden kunnen worden. Meer samenhang in de zorg zou uiteindelijk ook aan de zorgverlening zelf en dus aan het belang van de patiënt ten goede komen. Nu inmiddels met de ontwikkeling van nieuwe beheersingsinstrumenten zo veel vooruitgang is geboekt, wordt in dit artikel de vraag gesteld of er al tekenen zijn die wijzen op een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de zorg. Immers, een verbeterde beheersing en een eventuele vermindering van de kosten zijn niet op hun waarde te schatten, indien voorbijgegaan wordt aan de vraag of de kwaliteit van de zorg beter, slechter of onveranderd is. Anders gezegd: aan de beheersingsvraag wordt de produktiviteitsvraag gekoppeld: hoe verhouden zich ontwikkelingen aan de input-zijde tot ontwikkelingen aan de output-zijde?

Op het eerste gezicht kan deze vraagstelling slechts van academische relevantie lijken. Immers, het beheersingsgerichte handelen richt zich niet alleen op input-factoren – geld, arbeid, accommodatie – maar ook op de kwaliteit van de zorg: functies zijn of worden gedefinieerd, de voorzieningen moeten aan kwantitatieve en kwalitatieve criteria voldoen, etc. De vraag is echter of het voldoen aan deze criteria bij gerealiseerde kostenbeheersing produktiviteitsverbetering impliceert, en tevens of het kwaliteitsconcept in deze criteria voldoende omvattend wordt geoperationaliseerd. Met andere woorden: hoewel de toenemende beheersing ten minste voor een deel geïnterpreteerd kan worden als een *middel* tot produktiviteitsverbetering, staat niet bij voorbaat vast dat het feitelijk tot produktiviteitsverbetering leidt.

In het nu volgende zal eerst een beschouwing worden gewijd aan het produktiviteitsconcept, toegespitst op de gezondheidszorg. Daarna zal aan de hand van twee actuele onderwerpen op het terrein van de gezondheidszorg nagegaan worden wat de betekenis is van de nieuwe beheersingsinstrumenten – met name planning en budgettering – voor de produktiviteitsverbetering. Deze onderwerpen zijn: regionale planning en budgettering, en de budgettering en beleidsontwikkeling in ziekenhuizen. Vervolgens worden enige conclusies geformuleerd.

## 2. Produktiviteit en gezondheidszorg

*Prestatievariabelen* – Een produktief wetenschapper of kunstenaar is iemand die op zijn terrein 'veel presteert'. Produktiviteit verwijst naar prestatie. Begrippen als 'kwaliteit', 'winst', 'effectiviteit', e.d. doen dat ook. Het is hier niet de plaats om uitvoerig op de nuanceverschillen en de onderlinge relaties tussen deze 'prestatievariabelen' in te gaan.<sup>1</sup> Wij volstaan met enkele korte omschrijvingen. *Effectiviteit* is de mate waarin gestelde doeleinden bereikt worden. *Kwaliteit* is de mate waarin een produkt beantwoordt aan de wensen en behoeften van de gebruikers. *Efficiency* is het zuinige gebruik van middelen bij een gegeven produktieniveau. *Produktiviteit* is het bereikte produktieniveau bij een gegeven gebruik van middelen. 'Produktieniveau' kan in kwalitatieve en/of kwantitatieve termen worden uitgedrukt. *Winst* is 'meerwaarde', hetzij uitgedrukt in geld, hetzij uitgedrukt in kwaliteitsverbetering of nutsvergroting. In deze definities valt op dat effectiviteit en kwaliteit slechts verwijzen naar de output, terwijl efficiency, produktiviteit en winst een verband leggen tussen output en input. Winst drukt het verband tussen output en input in absolute termen uit: toegevoegde waarde oftewel (output – input). Efficiency en produktiviteit drukken dit verband in relatieve termen uit: output:input, zij het dat bij deze twee begrippen het gezichtspunt verschilt.

*Output-gericht denken* – In de medische wetenschap en de medische zorg is van oudsher 'output-gericht' gedacht. Medische beroepsbeoefenaren hebben tot voor kort vrijwel uitsluitend gedacht in termen van doeltreffendheid van het medisch han-

delen. De ontwikkeling en invoering van nieuwe behandelwijzen en technieken vonden steeds voldoende legitimering in de veronderstelde positieve effecten op de gezondheidstoestand van de patiënten respectievelijk de bevolking. De kosten werden dan ook steeds betaald: 'de financiering volgde het gebruik' heette het officieel. Verpleegdagen, consulten en verrichtingen leverden geld op volgens vastgestelde tarieven. De belangrijkste beperking aan de input-zijde vormden de bouwbeperkingen na de tweede wereldoorlog en het 'bouwplafond' dat sinds 1975 een landelijke grens stelt aan de omvang van (grote) investeringen. Deze maatregelen hadden vooral tot doel kapitaalmarkt-effecten in de hand te houden. Omdat de financiering eenvoudig resulteerde uit het gebruik van de voorzieningen, betekende een hogere produktie hogere opbrengsten, zowel voor de instellingen als voor de beroepsbeoefenaars. Medische activiteiten waren op de eerste plaats een bron van inkomsten, geen kostenveroorzakers. Het kostenbewustzijn was dan ook in het veld van de gezondheidszorg tot het begin van de jaren tachtig volstrekt onderontwikkeld, hoewel reeds een tiental jaren eerder in beleidsnota's en publikaties gewaarschuwd werd 'dat de kosten de pan uit rezen'. Iedereen wist wel dat het allemaal erg duur was, maar de financieringssysteem bood nauwelijks aanknopingspunten om de kosten in de hand te houden, en op het niveau waar de medische beslissingen werden genomen, werd nog steeds uitsluitend in termen van 'resultaat' gedacht, en niet in 'kosten/baten'-termen. 'Produktiviteit' in de gezondheidszorg was nog slechts een nieuw onderwerp voor wetenschappelijke exploratie.<sup>2</sup> In de jaren volgend op het verschijnen van de Structuurnota werden initiatieven ontplooid om een wettelijk instrumentarium te ontwerpen waarmee het totale systeem van de gezondheidszorg beheerst zou kunnen worden. De aangrijpingspunten waren:

- de voorzieningen, te beheersen door middel van planning van capaciteit en spreiding;
- de tarieven, te beheersen door middel van de tarievenwetgeving;
- de rechten op zorg en de vergoeding van het gebruik, te beheersen door middel van de verzekeringswetgeving.

De door staatssecretaris Hendriks beoogde volksverzekering is op politieke klippen gestrand, de tarieven bleken redelijk beheersbaar te zijn door middel van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, en de planning van voorzieningen bleek bij de toepassing van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, maar vooral bij pogingen de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in te voeren, meer een bron van conflict en touwtrekkerijen tussen de vele belanghebbende partijen dan een doelmatig instrument van besturing.<sup>3</sup> ‘Systeembeheersing’ bleek een onhaalbare kaart, en de voornaamste bron van kostenstijgingen, namelijk het systeem van ‘open-eind-financiering’ werd niet aangepakt.

*Budgetfinanciering* – Het ei van Columbus was een principiële omkering in de financieringssysteem. Vanaf 1983 werd in hoog tempo in de instellingsgebonden vormen van gezondheidszorg – de grootste geldverslinders – een systeem van budgetfinanciering ingevoerd. Dit betekent dat de inkomsten van een instelling voor gezondheidszorg niet meer afhankelijk zijn van de productie (verpleegdagen en verrichtingen), maar reeds aan het begin van het jaar vaststaan en dus een grens stellen aan de productieomvang. Tevens worden pogingen in het werk gesteld om zowel de vestiging als de inkomens van de beroepsbeoefenaren te reguleren. Hoewel dit niet kwantificeerbaar is, kan men veronderstellen dat het wegvallen van de economische prikkel van de open-eind-financiering al een remmend effect heeft op de productie. Belangrijker is ongetwijfeld dat de aanbieders van gezondheidszorg nu werkelijk gedwongen worden te denken in produktiviteitstermen: hoe kunnen we een optimaal produktieniveau bereiken met de gegeven middelen? Nog geheel afgezien van bezuinigingen die in de budgetten verwerkt kunnen worden (en feitelijk ook zijn verwerkt), ontstaat een principiële andere verhouding tussen medische en economische beslissingen, en bijgevolg ook tussen medische beslissers en managers/planners. De limitering vooraf schept een verdelingsvraagstuk: welk aandeel van het budget wordt gereserveerd voor de verschillende specialismen, afdelingen, diensten. Beslissingen hierover moeten op instellingsniveau worden genomen, maar vervolgens moeten ook op uitvoerend niveau voort-

durend prioriteitsafwegingen worden gemaakt om te voorkomen dat de ruimte voor verrichtingen en zorgverlening voortijdig verbruikt is. Prioriteiten stellen betekent dat men kosten/batenafwegingen maakt: men relateert het nut van het medisch handelen aan de alternatieve aanwendingsmogelijkheden en men kiest – idealiter – die alternatieven waarvan men het grootste nut verwacht ...

*Kwaliteit zichtbaar maken* – Idealiter ... Iedereen realiseert zich dat dit het vraagstuk is waar men voor staat, maar wie bepaalt welk pakket van diensten het grootste nut oplevert? Het ultieme criterium is niet gelegen in het economisch rendement, de professionele kundigheid van de hulpverlener, de technische perfectie van de zorg of de omvang van de consumptie, maar in de bereikte ‘gezondheidswinst’. Maar zowel wijsgeren<sup>4</sup> als medici<sup>5</sup> en econometristen<sup>6</sup> realiseren zich dat ‘gezondheidswinst’ nauwelijks meetbaar is te maken. Van Melsen geeft overigens aan dat zijns inziens wel duidelijk is, dat met name de somatische geneeskunde zeer effectief is gebleken. Hij voert dat terug op de natuurwetenschappelijke methode van de geneeskunde en ons inzicht in de natuurlijke organisatie van het menselijk organisme. Ons inzicht in de menselijke karakteristieken die de biologische structuur overstijgen, is zo beperkt dat de niet-somatische elementen van de gezondheidszorg slechts een bescheiden graad van effectiviteit kunnen bereiken. In contrast hiermee stelt staatssecretaris Van der Reijden in de *Nota 2000* dat de gezondheidstoestand van de bevolking hoofdzakelijk bepaald wordt door biologische factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving en de leefwijzen van de mens, en slechts in geringe mate door het gezondheidszorgsysteem.<sup>7</sup> Gezondheidstoestand en gezondheidswinst worden in dezelfde nota geoperationaliseerd in termen van mortaliteit en het vermogen zich te verweren tegen verstoringen (ziekten).<sup>8</sup> De medicus Cremers geeft aan dat de begrippen ‘gezondheid’ en ‘kwaliteit van de gezondheidszorg’ niet scherp zijn te omschrijven. Volstaan moet worden met indirecte criteria en subdoelstellingen. De econometrist Van Aert kiest in feite voor dezelfde oplossing ‘aangezien het niet mogelijk is de output-samenstelling (inclusief kwaliteit) en het out-

put-niveau te vangen in één variabele'.<sup>9</sup> Het vervelende is dan dat men bij het kiezen van indirecte criteria ter operationalisering van gezondheidswinst en kwaliteit van de zorg vrijwel altijd terugvalt op variabelen die kenmerken van het zorgsysteem beschrijven en niet het effect op de gezondheidstoestand van de patiënten/bevolking: aantal verpleegdagen, goede informatiestromen, evaluatiemethoden, samenwerking, e.d. Dit zijn factoren die men ten opzichte van het budget als 'output' kan interpreteren, oftewel gerealiseerde produktie. Ten opzichte van het beoogde resultaat kunnen deze factoren echter als input opgevat worden.

Relatering van het resultaat in termen van gezondheidswinst aan de gerealiseerde produktie van het gezondheidszorgsysteem zou een ideale produktiviteitsmaatstaf opleveren. Het is evident dat vooralsnog weinig andere mogelijkheden voor meting van gezondheidswinst bestaan dan op basis van geregistreerde mortaliteit en morbiditeit. Dit maakt het tevens vrijwel onmogelijk om een vergelijkend beeld op te stellen van de produktiviteit van de verschillende onderdelen van het zorgsysteem. Voor het overige zal volstaan moeten worden met indirecte criteria die de kwaliteit van het zorgsysteem operationaliseren. Daartoe behoren in ieder geval:

- zorgverlening conform de inzichten en standdaarden van de hedendaagse medische wetenschap;
- zorgverlening met aandacht voor de patiënt als integrale mens, rekening houdend met diens subjectieve belevingen en behoeften.

Het niveau van de directe zorgverlening overstijgend én ondersteunend behoren daar ook toe:

- systematische registratie van verleende diensten en bereikte resultaten;
- systematische evaluatie van de effectiviteit van de zorgverlening: medical audit, kwaliteitsbewaking, e.d. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de hiervoor genoemde registratie;
- evaluatie van de produktiviteit: waardering van het resultaat in het licht van de aangewende middelen in het licht van alternatieve aanwendingsmogelijkheden.<sup>10</sup>

Nog een niveau hoger – het niveau van planning en besturing – dient – met het oog op de planning van

capaciteit en spreiding van functies – een globale en vergelijkende beoordeling plaats te vinden van de produktiviteit van de verschillende voorzieningen. Hierbij moet uiteraard gebruik gemaakt worden van geaggregeerde indicatoren, zoals bezettingsgraad/gebruiksintensiteit, gemiddelde verpleegduur, gemiddelde kosten per opname, e.d. Deze gegevens zouden op hun beurt in verband gebracht moeten worden met globale indicatoren die de gezondheidstoestand en de zorgbehoefte van de (lokale of regionale) bevolking beschrijven.

Geconcludeerd kan worden dat produktiviteit van gezondheidszorg slechts op zeer marginale wijze in objectiverende termen is uit te drukken, dat er door systematische registratie en evaluatie van gegevens over de zorgverlening, de bereikte resultaten en de gezondheidstoestand van de bevolking nog onbenutte mogelijkheden tot produktiviteitsevaluatie bestaan, maar dat het uiteindelijke oordeel over produktiviteit steeds weer opnieuw geformuleerd zal moeten worden in zowel professioneel-wetenschappelijke als in politieke discussies. Deze conclusies worden in het nu volgende toegespitst op de regionale planning en de budgettering en beleidsontwikkeling in ziekenhuizen.

### 3. Regionale planning en budgettering

*Regionale planning* – In het voorgaande is aangegeven dat het systeem van budgetfinanciering de afgelopen jaren het meest doeltreffende instrument voor kostenbeheersing is gebleken. Maar dat wil alleen maar zeggen dat het als bezuinigingsinstrument heeft gewerkt. Zijn rol als instrument voor produktiviteitsverbetering is hiermee nog volledig onbesproken. Ook mag het mogelijke succes van de instellingsbudgettering niet tot de conclusie leiden dat produktiviteitsverbetering in de gezondheidszorg hoofdzakelijk op instellingsniveau benaderd zou moeten worden. We keren derhalve terug naar wat als de belangrijkste erfenis van de Structuurnota is overgebleven: de *regionale planning*. Min of meer aansluitend bij een meer algemene voorkeur voor regionalisatie in het binnenlands bestuur werd in de Structuurnota en de daarna ontworpen wetgeving nadrukkelijk ge-

kozen voor regionalisatie. De planning van voorzieningen zou regio-gewijs geschieden. Nadat zulks reeds eerder voor het ambulancevervoer was geregeld werd vanaf 1979 de planning van ziekenhuisvoorzieningen op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen in 26 regio's afzonderlijk ter hand genomen. De plannen worden opgesteld door de provinciebesturen, zodat reeds in een vroeg stadium afweging van prioriteiten tussen regio's kan plaats vinden. De plannen moeten passen in landelijke normen en richtlijnen en bovendien een prioriteitstoetsing in het kader van de verdeling van het bouwplafond doorstaan. Het rijk keurt de plannen uiteindelijk goed. De voornaamste doelstellingen die hiermee beoogd worden zijn: ziekenhuisbouw op basis van urgentiebeoordeling, en efficiency-bevordering door normen en financiële begrenzingen. Men komt hier dus enige elementen tegen die van belang zijn uit een oogpunt van produktiviteitsverbetering: de inputs zijn genormeerd en de outputs worden globaal omschreven en op urgentie beoordeeld. Het gaat hierbij dan niet zozeer om voorspelde gezondheidswinst alswel om het opheffen van noodsituaties (bouwvallige of ontbrekende capaciteit) of het realiseren van sanerings- en fusieprojecten.

De planningswetgeving werd vervolgens verbreed in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die in 1982 door het parlement werd aanvaard en momenteel proefdraait in drie gebieden: Limburg, Eindhoven/Kempenland en Kennemerland. Het planningsstelsel van de WVG strekt zich uit tot alle gezondheidszorgvoorzieningen, waarbij afhankelijk van de schaal waarop een voorziening werkt, de planningsbevoegdheid wordt toegewezen aan het rijk, de provincie, samenwerkende gemeenten (verlengd lokaal bestuur) of autonome gemeenten. Ook hier is het regionalisatieprincipe een belangrijke pijler van het planningsstelsel. De plangebieden zijn 'regio's' die zodanig gekozen zijn dat ze groot genoeg zijn om de meest gangbare voorzieningen te kunnen omvatten, en klein genoeg om rekening te kunnen houden met lokale situaties en om gemeenten een reële inbreng in de planning te kunnen geven. De regio wordt gezien als het plangebied waarin optimaal aan de samenhang van het zorgstelsel als geheel vorm kan worden gegeven. Centrale planning

heeft immers 'van nature' de neiging een sectorale invalshoek te kiezen. De verwachting is dat decentrale planning meer mogelijkheden biedt om rekening te houden met de interdependentie tussen de verschillende sectoren en voorzieningen. Optimalisering van de samenhang betekent een optimale verdeling van functies tussen de voorzieningen; en bij gegeven financiële beperkingen – het zogenaamde 'financiële kader voor de planning' – werkt dat in principe in de richting van produktiviteitsvergroting.

*Invoeringsprojecten WVG* – Bij de zogenaamde 'integrale invoering' van de WVG in de drie proefgebieden kwamen echter een aantal ernstige knelpunten aan het licht die vooralsnog grote twijfel oproepen met betrekking tot de te verwachten produktiviteitsverbetering.<sup>11</sup> De grote struikelblokken waren:

- De afbakening en onderlinge afstemming van planningsbevoegdheden tussen rijk, provincie, samenwerkende gemeenten en autonome gemeenten. Dit was niet alleen een kwestie van moeizame touwtrekkerijen ten gevolge van belangentegenstellingen, maar tevens een 'technisch' struikelblok: het verdelen en zo mogelijk maximaal decentraliseren van bevoegdheden op een zodanige wijze dat de centrale doelstelling van optimalisering van samenhang niet de mist in zou gaan.

- De reikwijdte van de planningsbevoegdheden van de overheden in relatie tot de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het veld van de zorg, gebruikers en de financiers. De opties liepen uiteen van het door de overheden laten 'vaststellen' van door veld en financiers in samenspraak voorbereide plannen, tot het door de overheden – zo nu en dan in contact tredend met veld en financiers – laten voorbereiden en implementeren van voorzieningenplannen tot en met de budgettering van instellingen.

- Deels als verbijzondering van het voorgaande probleem: het op bestuurlijk en technisch acceptabele wijze aan elkaar koppelen van (1) het vaststellen van de financiële kaders voor de planning, (2) de plannings- en inspraakprocedures en (3) de financiering van eenmaal geplande voorzieningen (in de vorm van budgetten en andere financieringsvormen).

– Het – als gevolg van voorgaande problemen – toenemen van de complexiteit van de planning tot zodanige hoogte, dat de meeste betrokkenen hun greep erop verliezen en de kosten van de planning onaanvaardbare proporties aannemen.

Deels met het doel deze problemen op te lossen, deels op andere – politieke – gronden werden door het rijk reeds vanaf 1983 pogingen ondernomen om bij de invoering van de WVG – gebruik makend van het experimenteerartikel – vooruit te lopen op een nog niet in behandeling genomen Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening<sup>12</sup>, waarin niet alleen de werkingssfeer van de WVG werd verbreed tot aanpalende sectoren van de maatschappelijke dienstverlening, maar waarin ook fundamentele wijzigingen in het planningsconcept werden aangebracht. Dit is terug te vinden in de Algemene Maatregel van Bestuur die ontworpen is om de integrale invoering mogelijk te maken:

– de planprocedure is sterk vereenvoudigd: het aantal ‘stappen’ is gereduceerd, advies- en goedkeuringsprocedures zijn vervallen of gedereguleerd en de plannen beperken zich tot *veranderingen* in de voorzieningen;

– de planningsbevoegdheid van de overheid is nauwkeuriger gedefinieerd: zij betreft ‘functies, capaciteiten, spreiding en samenhang’;

– de bevoegdheden van de financiers zijn nu omschreven: zij doen een prijsopgave aan de overheden op basis van dezelfde normen die zij hantieren bij het sluiten van budgetovereenkomsten met de voorzieningen. Voor het overige geldt dat ‘financiering de planning volgt’;

– er komt een regionaal vijfpartijenoverleg om de afstemming te bevorderen zonder afbreuk te doen aan de eigen verantwoordelijkheden van de afzonderlijke partijen: rijk, provincie, gemeenten, financiers en voorzieningen. Elders hebben wij grote vraagtekens gezet bij deze constructie op grond van de verwachting dat belangentegenstellingen en rolvervaging in dit vijfpartijenoverleg tot ineffectiviteit en verlamming zullen leiden.<sup>13</sup>

Het vijfpartijenoverleg is uitgevonden omdat men in de integrale invoeringsprojecten niet in staat bleek tot een heldere en eenvoudige afbakening van bevoegdheden te komen en tegelijkertijd de advies- en planningsprocedures helder en een-

voudig te houden. Men is er niet in geslaagd een eenvoudige en werkbare regeling van de competenties tot stand te brengen, en men moet wel erg optimistisch zijn om te denken dat de problemen zijn opgelost door deze zelfde partijen rond een tafel te zetten. Deze oplossing was wellicht de enig haalbare oplossing, maar dat maakt haar nog niet doeltreffend.

*Productiviteitsdenken: een ver ideaal?* – Denkend in productiviteitstermen is de vraag die op regionale schaal moet worden beantwoord: hoe kunnen we bij het gegeven budget een optimaal dienstenpakket definiëren en tot stand brengen (en hoe kunnen we verwijzend naar de zorgbehoefte in de regio misschien nog wat doen aan de hoogte van het budget)? Tal van omstandigheden verhinderen dat de partijen inderdaad met elkaar aan het werk gaan om deze vraag te beantwoorden. Ten eerste ontbreekt een goed systeem voor het berekenen van het financiële kader voor een regio dat in overeenstemming is met de zorgbehoefte. Men moet zich voorlopig beperken tot bevolkingsaantallen, gewogen voor leeftijdsopbouw. Deze uitkomsten hebben praktisch nog niet veel waarde, omdat de verschillen met de bestaande geldstromen gigantisch zijn. Het arbitraire karakter van de financiële kaders zal tegenstellingen tussen de partijen aanwakkeren. Is echter op pragmatische gronden een financieel kader voor een regio vastgesteld, dan moet dat verdeeld worden. Het moet verdeeld worden tussen de respectievelijke overheden om de planningsruimte van iedere overheid vast te leggen, én het moet verdeeld worden over de verschillende typen van voorzieningen. Het productiviteitsdenken vraagt hierbij te toetsen aan het criterium van de nuts optimalisering. Maar zoals we gezien hebben ontbreekt een dergelijk criterium vooralsnog. Men zal slechts kunnen argumenteren op grond van verschillen ten opzichte van andere regio's, verschillen ten opzichte van bestaande, ook tamelijk arbitraire normen, en op grond van 'visies' en politieke voorkeuren. Iedere overheid zal een zo groot mogelijk deel van de planningsruimte naar zich toe willen trekken, iedere overheid wil graag prestigieuze projecten realiseren, iedere sector wil sterk uit de onderhandelingen komen, iedere voorziening wil overleven

respectievelijk uitbreiden. Ontbreekt een objectief criterium voor nuts optimalisering, het zal duidelijk zijn dat dit gezien de uiteenlopende belangen van de partijen niet gemakkelijk gecompenseerd zal kunnen worden door een 'gemeenschappelijke visie op de zorg' die niet alleen vanuit een samenhanggedachte is ontwikkeld, maar ook vanuit een gemeenschappelijke visie op gezondheidsvraagstukken en gezondheidsbevordering. Een 'regionale visie op de zorg' is vrijwel nergens – en dan nog slechts in de meest rudimentaire vorm – aanwezig. Kortom: regionaal plannen vanuit een produktiviteitsdenken lijkt een ver ideaal. Over de beschikbare middelen zal wel duidelijkheid komen, maar de toewijzing van deze middelen aan verschillende functies, voorzieningen en diensten lijkt meer afhankelijk te gaan worden van krachtsverhoudingen in de 'beleidsarena' dan van effectiviteits- en kwaliteitsoverwegingen. Bovendien is binnen deze beleidsarena een voortgaande strijd over de verdeling van competenties en toekomstige invloedsposities te verwachten.<sup>14</sup>

Zowel voor het bereiken van een gunstige verdeling van de beschikbare middelen als voor het verzekeren van toekomstige invloedsmogelijkheden is de verdeling van strategische kennis en informatie van het grootste belang: informatie over de spreiding van behoeften aan zorg, over het gebruik van voorzieningen, over de effectiviteit van behandelingsmethoden, over de kosten, over toekomstige verschuivingen in zorgbehoeften en hulpverleningsmogelijkheden, en ten slotte over trends in de beleidsontwikkeling. Ieder van de partijen heeft bepaalde troefkaarten in handen. De budgettaire beperkingen dwingen de belanghebbenden hun claims te onderbouwen met steekhoudende argumenten. Allerhande informatie over aangewende middelen, gerealiseerde produktie en behaalde resultaten komt zo van lieverlee boven water. Moderne informatiesystemen geven de mogelijkheid actuele informatie gecompriemd en vergelijkend te presenteren. Aangezien alle partijen er belang bij hebben willekeurige en ongerechtvaardigde verschillen in de verdeling van middelen zichtbaar te maken en te bekritisieren is er in de onderhandelingen een ingebouwd mechanisme werkzaam dat werkt in de richting

van het ontwikkelen van objectieve criteria en standaarden. Hiermee lijkt welhaast onvermijdelijk voldaan te worden aan nu nog ontbrekende condities voor produktiviteitsverbetering: het systematisch zichtbaar maken van inputs en outputs. Voorbarige juichtonen dienen getemperd te worden met de kanttekening dat er geen garanties zijn dat er een helderder beeld van de gezondheidswinst van de respectievelijke zorgvormen zal ontstaan. Het beeld kan beperkt blijven tot input- en productiecijfers. Dat neemt niet weg dat ook dit kan bijdragen tot een versterking van het kosten-/batenbewustzijn.

#### 4. Budgettering en beleidsontwikkeling in ziekenhuizen

*Invoering ziekenhuisbudgettering* – De budgettering van ziekenhuizen is in Nederland ingevoerd in 1983 en 1984. Het nieuwe systeem was bedoeld om een eind te maken aan de 'open-eind-financiering' van voorheen die een voortdurende kostenstijging bevorderde. Zoals in paragraaf 2 is aangegeven dwingt het systeem van budgetfinanciering de betrokkenen prioriteiten te stellen ten aanzien van de middelenbesteding. Dit kan een stimulans zijn voor optimaliserings- of produktiviteitsdenken. Wat leren de inmiddels opgedane ervaringen ons op dit punt? In het algemeen kan men zeggen dat de Nederlandse ziekenhuizen enigszins geschrokken reageerden op de snelle wijze waarop het systeem van budgetfinanciering werd ingevoerd. Men was bevreesd voor het hanteren van de budgettering als bezuinigingsinstrument, voor het ontbreken van know-how op het gebied van interne budgettering en voor interne conflicten die door de autonome positie van specialisten in de ziekenhuizen moeilijk beheersbaar zouden kunnen zijn. Anderzijds was men ingenomen met de veelvuldig toegezegde toeneming van de interne beleidsvrijheid, maar die toezeggingen werden in brede kring met achterdocht bekeken.<sup>15</sup> De positie van de specialisten in de ziekenhuizen lijkt van de bovengenoemde punten het meest cruciale. In de meeste gevallen zijn zij nog steeds als zelfstandig ondernemer op contractbasis aan de ziekenhuizen verbonden. Er is geen sprake van een gezagsrelatie tussen het ziekenhuismanagement en de specialisten.

Terwijl het ziekenhuismanagement ervoor verantwoordelijk is dat het budget niet wordt overschreden, wordt het overgrote deel van de allocatiebeslissingen genomen door de specialisten, die zowel individueel als collectief nog steeds belang hebben bij toeneming van de produktie. Wat te doen indien een specialist op medische gronden verpleegcapaciteit claimt en het hoofd van de betreffende verpleegafdeling op budgettaire gronden meent dat die capaciteit niet kan worden toegewezen? Concrete vragen waar de ziekenhuizen zich derhalve voor geplaatst zagen, waren: wie worden de 'budgethouders': de specialisten of de afdelingshoofden of beiden; hoe regelen we bij de besluitvorming over de budgetverdeling de vertegenwoordiging van de specialisten (de zogenaamde 'mandatering'); hoe worden bij gedeelde verantwoordelijkheid geschillen opgelost; op welke wijze moeten budgetoverschrijdingen worden rechtgetrokken? Kortom: het budgetteringsvraagstuk werd aanvankelijk vrijwel uitsluitend als een 'beheersingsvraagstuk' opgepakt.<sup>16</sup> Maar al discussiërend en werkend met budgettering bleek men onvermijdelijk tegen een aantal vragen van een meer strategische strekking aan te lopen: op basis waarvan moeten prioriteiten worden bepaald? Moet de medische beslissingsvrijheid gemaximaliseerd worden door toekenning van deelbudgetten-ingeld of moeten er bindende afspraken gemaakt worden over activiteiten en diensten waarop men aanspraak kan maken? Moeten er veranderingen worden aangebracht in de organisatie van hulpverleningsprocessen en in de informatiestromen?

Vele ingrijpende kwesties dienden zich aan en conflictstof leek ruim voorhanden. Toch geven de beschrijvingen van de invoeringsprocessen in diverse ziekenhuizen de indruk van een tamelijk rustig verloop. In de administratieve sector werd het nodige geïnvesteerd in bijscholing, veel kwesties bleken in goed overleg geregeld te kunnen worden, praktijkervaringen leidden tot aanpassingen, etc. In het licht van het voorgaande het belangrijkste: het overleg tussen ziekenhuismanagement en medici bleek in het algemeen in een coöperatieve sfeer plaats te vinden en tot werkbare oplossingen te leiden. Het is waarschijnlijk dat hier de gemeenschappelijke 'intentieverklaring' van de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nationale

Ziekenhuis Raad (1984) een belangrijke rol heeft gespeeld. In deze overeenkomst is aangegeven dat het ziekenhuismanagement beslissingen neemt over de interne verdeling van het budget op basis van een ziekenhuisbeleidsplan, waarin een door de medische staf te ontwikkelen medisch beleidsplan een sleutelrol speelt. In het ziekenhuisbeleidsplan wordt uiteraard ook rekening gehouden met de regionale functieverdeling en het extern toegekende budget. Over de interne verdeling van activiteiten, diensten en faciliteiten, alsmede over het compenseren van budgetoverschrijdingen vindt overleg plaats tussen management en de 'budget-commissie' van de medische staf. De medische staf blijft dus een sleutelrol spelen, zonder zelf directe verantwoordelijkheid te dragen voor het budgetbeheer. Het zwaartepunt van de onderhandelingen over de medische prioriteiten ligt in de medische staf. De coöperatieve opstelling van de specialisten kan wellicht voor een deel verklaard worden uit het feit dat verdediging van de collectieve professionele autonomie voor hen zwaarder weegt dan de onderlinge competitie over de verdeling van budgettaire ruimte.

*Budgettering en produktiviteitsverbetering* – Wat is de betekenis van deze ontwikkelingen voor het vraagstuk van de produktiviteitsverbetering in ziekenhuizen? Vastgesteld kan worden dat de budgettering aanvankelijk vrijwel uitsluitend als een beheersingsvraagstuk werd opgepakt, niet als een optimaliseringsvraagstuk. Evenals in het kader van de regionale planning ging het om competentiekwesties. In economische termen stond niet zozeer het produktiviteitsvraagstuk voorop als wel het efficiency-vraagstuk. Men kwam niet toe aan de vraag hoe men met het beschikbare budget optimale dienstverlening zou kunnen aanbieden, maar worstelde slechts met de vraag hoe men bij de gegeven – nauwelijks te beïnvloeden – produktieomvang zodanig zou kunnen bezuinigen dat men met het budget zou uitkomen. Toch heeft men hiermede de essentiële stap gezet van zuiver produktiegericht denken naar kostenbewust denken. Ook vanuit de praktijk wordt een hoger kosten/batenbewustzijn gesignaleerd.<sup>17</sup> Wanneer kosten/batendenken niet alleen meer gericht is op het bevorderen van zuinigheid, maar op optimalise-



ring van het resultaat, is er sprake van produktiviteitsdenken. Het feit dat in de ziekenhuizen van lieverlee medische beleidsplannen tot ontwikkeling komen die ingepast gaan worden in ziekenhuisbeleidsplannen – op hun beurt ingekaderd in regionale plannen – is derhalve van cruciale betekenis uit een oogpunt van produktiviteitsverbetering. Dat de medische staven meer onder dwang van de omstandigheden dan uit idealisme de ontwikkeling van medische beleidsplannen ter hand nemen, doet niets af aan de betekenis ervan voor de verhoging van kwaliteit en produktiviteit. Hier zijn mechanismen werkzaam die vergelijkbaar zijn met de effecten van legitimerende informatie, die in de vorige paragraaf zijn aangeduid. Ook hier zullen cijfers op tafel komen over productie, beslag op verpleegcapaciteit, aangevraagde röntgenfoto's en laboratoriumonderzoeken, en bij opvallende gegevens zal naar de noodzaak van al die zaken gevraagd worden. Ook hier zullen claims onderbouwd moeten worden, en de argumenten die gevraagd worden zullen hier méér dan op het regionale niveau van inhoudelijke aard zijn: betrekking hebben op medische noodzaak en verwachte gezondheidswinst.

De kansen op echt produktiviteitsgericht denken en handelen zijn hier groter dan op het niveau van de regionale planning, maar ook hier moeten relativerende kanttekeningen worden geplaatst. Het collectieve belang van behoud van de professionele autonomie heeft ongetwijfeld de bereidheid van de specialisten vergroot om een medisch beleidsplan te gaan ontwikkelen. Maar het belang dat ieder heeft bij behoud van individuele professionele autonomie gevoegd bij de hoge specialisatiegraad van de betrokken medici maakt het waarschijnlijk, dat er belangrijke weerstanden zullen optreden tegen het indringend bespreken van de sterke en zwakke kanten van alternatieve zorgmodellen en behandelingsmethoden. Men zal trachten de fuik van de bindende behandelingsprotocollen – die niet alleen een bureaucratiserend, maar ook een kostenverhogend effect kunnen hebben<sup>18</sup> – te vermijden. Dit alles neemt echter niet weg dat een *point of no return* gepasseerd lijkt te zijn: de medici in de ziekenhuizen hebben mét het management het pad van de produktiviteitsverbetering gekozen.

## 5. Conclusies

De beheersingsvraagstukken die de laatste twee decennia de Nederlandse gezondheidszorg hebben gedomineerd, hebben als gemeenschappelijke noemer het ontwikkelen van optimale zorg tegen beperkte kosten. Dat is in de kern een produktiviteitsvraagstuk. In de medische wereld heeft tot voor kort een zuiver optimaliseringsdenken gedomineerd met een in het algemeen ontbrekend kostenbewustzijn. Vooral sedert het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg zijn beheersing en bezuiniging hoofdaandachtspunten van beleid geworden. Op het uitvoerend niveau kwam dat lange tijd als 'sector-vreemd' en bedreigend over. Maar gedwongen door de toenemende druk van overheidszijde is het beheersings- en bezuinigingsdenken uiteindelijk in alle lagen van de gezondheidszorg doorgedrongen. Nu nieuwe vormen van beheersing, planning en budgettering duidelijke contouren beginnen aan te nemen, werd de vraag gesteld hoe ver men is om binnen het nieuwe beheersingsdenken weer aan optimalisering te denken en te werken, om zowel aan zuinigheid als aan effectiviteit, kwaliteit en gezondheidswinst te denken. Binnen de regionale planning staat de aandacht voor de urgentie van voorzieningen en hun onderlinge samenhang centraal. In principe impliceert dit produktiviteitsdenken. In het planningssysteem zelf zijn echter zoveel politieke en technische struikelblokken zichtbaar geworden, dat de verwachtingen ten aanzien van de bijdrage aan produktiviteitsverbetering vooralsnog weinig hoopgevend zijn. Desondanks zal de noodzaak tot legitimering van wensen en claims het kosten/batendenken bevorderen. De ziekenhuisbudgettering is aanvankelijk opgepakt als een moeilijk beheersingsvraagstuk met veel potentiële conflictstof. De invoering van budgettering is in de praktijk in het algemeen in goede verstandhouding en pragmatisch ter hand genomen. Zowel de noodzaak van prioriteitsbepaling als de machtsverhoudingen in het ziekenhuis hebben – weliswaar nog op bescheiden schaal – geleid tot het ontwikkelen van medische beleidsplannen als basis voor instellingsbeleidsplannen. Hoewel er vanuit de professionele beroepsopvattingen van de specialisten weerstanden te verwachten zijn tegen het

indringend bespreken van zorgmodellen en behandelingsmethoden, is toch een wezenlijke koerswijziging gerealiseerd in de richting van productiviteitsgericht denken en handelen.

## Noten

1. A.A. Wentink, Oud en nieuw in de productiviteitsbeweging, nog niet gepubliceerd paper, Tilburg 1986. Zie ook: D. Scott Sink, *Productivity management: planning, measurement and evaluation, control and improvement*, New York 1985.

2. J.H. van Aert, *Ziekenhuiskosten in econometrisch perspectief*, Leiden 1977. Zie tevens aldaar geciteerde auteurs.

3. A.J.A. Godfroij, Zielenmassage en ontwijking of doeltreffendheid en samenhang; een tussentijdse evaluatie van ontwikkelingen in de planning van gezondheidszorgvoorzieningen, *Acta Politica*, XXI, 1986, nr. 2, p. 149-168.

4. A.G.M. van Melsen, Wijsgerige en ethische beschouwingen over de bezuinigingen in de gezondheidszorg, *ZM-magazine*, 2, 1986, nr. 6, p. 27-30.

5. A.G.P. Cremers, Het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg, in: G. Schrijvers en J. Boot (red.), *Een halve eeuw gezondheidszorg: 1950-2000*, Lochem-Poperinge 1983, p. 89-116.

6. J.H. van Aert, *Ziekenhuiskosten*.

7. Zie *Nota 2000*, Kamerstuk 19500, nrs. 1-2, p. 21 en 353.

8. *Nota 2000*, p. 8 en 10.

9. J.H. van Aert, *Ziekenhuiskosten*, p. 34-42.

10. A.G.P. Cremers, *Het begrip kwaliteit*.

11. Zie voor een uitvoerige analyse van deze knelpunten: *Evaluatie Integrale Invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*, deel 1: tot september 1984; (a) in de provincie Limburg (door I. Mur, L. Savelkoul en M. Bremers), Maas-tricht 1984; (b) in de regio Eindhoven/Kempenland (door A. Godfroij en R. Versteegen, Tilburg 1984; (c) in de regio Kennemerland (door W. Koch en Chr. Schouten), Leiden 1984. Zie verder: A.J.A. Godfroij, Zielenmassage en ontwijking; en C.C. Schouten, Integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in Kennemerland, *Beleid en Maatschappij*, XIII, 1986, nr. 2, p. 72-83.

12. In het regeerakkoord van 1986 is inmiddels vastgelegd dat het wetsontwerp Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening – strikt genomen een wijzigingsvoorstel op de WVG – niet zal worden ingediend.

13. Zie A.J.A. Godfroij, Zielenmassage en ontwijking.

14. Vgl. M. Crozier en E. Friedberg, *L'Acteur et le système*, Parijs 1977.

15. Zie Verslag *Symposium Budgettering Intramurale Gezondheidszorg*, NZI, Utrecht 1983.

16. Zie H. van Vondel (red.), *Ervaringen met en perspectief van interne budgettering*, Lochem-Gent 1986.

17. Zie H. van Vondel, *Ervaringen*; G.A. v.d. Weg, Een praktijkgeval, interne budgettering in een zwakzinnigeninrichting, *ZM-magazine*, jrg. 2, 1986, nr. 6, p. 11, 12; zie verdere diverse artikelen in *Het Ziekenhuis*.

18. J. van der Reijden, 13 maart 1986, in Vaste Kamercommissie Volksgezondheid.