

SO (492)
K 61
(2)

© TNO – All rights reserved

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

W.A. Koch
H.J. Frielink

DE GEZONDHEIDSZORG IN TWENTE
IN REGIONAAL PERSPECTIEF

Deel II
Een financieel overzicht

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
LEIDEN

augustus 1979

16/1/80

RECENTE PUBLIKATIES VAN HET NIPG/TNO BETREFFENDE GEZOND-
HEIDSZORGVOORZIENINGEN

- KOOL, G.A., et al. Regionalisatie en gezondheidszorg; een oriëntatie in de regio Kennemerland. Leiden, NIPG/TNO, 1977. 163 blz.
- PETERSEN, W.G., & A.E. Akkerman. Kosten en budgettering van de gezondheidszorg; oriënterend onderzoek in de provincie Friesland onder leiding van J.J. Witte. Leiden, NIPG/TNO, 1977. 143 blz. bijln
- OIJENDIJK, W. Structurele problemen voor samenwerking in het eerste echelon. T.soc.Geneesk. 56 (1978) 399-407
- DOPHEIDE, J.P., G.J.M. DE COCK & JAC. J. WITTE. Vooronderzoek integratie eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen. Leiden, Utrecht, NIPG/TNO, NHI, NZI, 1978. 190 blz.
- HAMMERSTEIN, D., et al. Voors en tegens rond buitenpoliklinieken. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 28 blz.
- HAMMERSTEIN, D. et al. De regionale functie van kleine ziekenhuizen. 1. Het Dinkelziekenhuis te Losser. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 135 blz.
- KOCH, W.A. Regionale budgetten in de gezondheidszorg. Econ.-Stat.Berichten 3216 (1979) 792-7
- OIJENDIJK, W.T.M., & C.W.J. WEVERS. De gezondheidszorg in Twente in regionaal perspectief. 1. Een functioneel overzicht. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 212 blz.
- KOCH, W.A., & H.J. FRIELINK. De gezondheidszorg in Twente in regionaal perspectief. 2. Een financieel overzicht. Leiden, NIPG/TNO, 1979. 127 blz.

BINNENKORT TE VERSCHIJNEN

- NOORD, P. VAN, & R. ZOUTENDIJK. De ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Zuidelijke IJsselmeerpolders. Leiden, NIPG/TNO

VOORWOORD

Enkele jaren geleden heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO in overleg met het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en enkele andere instanties een nieuw onderzoeksprogramma opgezet op het terrein van de gezondheidszorgvoorzieningen. Daarbij is toen in eerste instantie gekozen voor enkele onderwerpen die betrekking hebben op de structuur van de gezondheidszorg:

1. Regionalisatie in de gezondheidszorg met als eerste rapport een regioverkenning betreffende Kennemerland (NIPG/TNO, 1977); een economische beschrijving van de gezondheidszorg in de provincie Friesland (NIPG/TNO, 1978) en nu dan een overzicht betreffende de regio Twente in twee delen, waarvan deel 1 de feitelijke voorzieningen in dat gebied behandelt en deel 2 de financiële aspecten van deze voorzieningen.
2. Het bestaansrecht en de functionele betekenis van kleine ziekenhuizen waarover eerder dit jaar een eerste publicatie verscheen (NIPG/TNO, 1979).
3. Ontwikkeling en planning van gezondheidszorgvoorzieningen in de IJsselmeerpolders, waarover eind 1979 een rapport zal verschijnen.

Het algemene uitgangspunt van deze studies over regionale gezondheidszorgvoorzieningen is de gedachte die onder meer in de Regeringsnota betreffende de structuur van de gezondheidszorg in 1974 tot uitdrukking werd gebracht:

het begrip regionalisatie van de gezondheidszorg - de indeling in gebieden met een samenhangend en overzichtelijk stelsel van voorzieningen - een zodanige inhoud te geven, dat optimaal tegemoet kan worden gekomen aan de belangen van de patiënt, de werkers in de gezondheidszorg en de gemeenschap.

Een eerste oriëntatie heeft plaatsgevonden in de regio Kennemerland, hetgeen heeft geresulteerd in het rapport 'Regionalisatie en gezondheidszorg, een oriëntatie in de regio Kennemerland'. Dit rapport bevat een beschrijving van de in de regio Kennemerland aanwezige gezondheidszorgvoorzieningen en een behandeling van de problematiek die samenhangt met o.a. territoriale afbakening ter bevordering van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Omdat het bij de bestudering van vraagstukken die bij regionalisatie aan de orde kunnen komen belangrijk is onderscheid te kunnen maken tussen problemen die typisch zijn voor een bepaalde regio en problemen waarmee iedere regio geconfronteerd wordt, werd besloten andere regio's bij het onderzoek te betrekken. Het onderzoek zal namelijk inzicht moeten verschaffen in het middels regionalisatie oplossen van beide soorten problemen. De tweede bij het onderzoek betrokken regio is Twente.

In dit rapport wordt een tweede inventarisatie gepresenteerd waarbij met name de aandacht gericht is gebleven op de betreffende regio, maar tevens aanzetten zullen worden gedaan om te komen tot een meer algemene benadering van de problematiek.

Bovendien is in het tweede deel betreffende de regio Twente een overzicht gegeven van de omvang en de routing van de geldstromen die met de voorzieningen in dit gebied gemoeid zijn. Dit aspect moet eens te meer van betekenis geacht worden, omdat bij de gedachte aan bestuurlijke en functionele regionalisatie van de gezondheidszorg in de Regeringsnota van 1974 tevens gesproken wordt over de eventuele wenselijkheid van *regionale budgettering* als financieringsgrondslag en stuurinstrument.

Dr. M.J. Hartgerink,
directeur NIPG/TNO

I n h o u d

blz.

VOORWOORD

1.	INLEIDING	1
2.	REGIONALE BUDGETTEN IN DE GEZONDHEIDSZORG	3
2.1	Kostenontwikkeling	3
2.2	Regionalisatie	5
2.3	Budgetfinanciering	6
2.4	Regionale budgetfinanciering	8
2.5	Functionele budgetfinanciering	13
2.6	Budgettering	14
2.7	Samenhang budgetfinanciering en budgettering	15
2.8	Onderzoek naar mogelijkheden voor regionale budget- financiering	16
3.	ONDERZOEK IN DE REGIO TWENTE	18
3.1	Regioafbakening	18
3.2	Kosten gezondheidszorg	20
3.3	Financiering gezondheidszorg	22
3.4	Ziektekostenverzekeringen	23
3.5	Gezondheidszorgvoorzieningen	26
4.	HUISARTSENHULP	28
4.1	Kosten	28
4.2	Invloed praktijkgrootte op kosten	30
4.3	Financiering	31
5.	MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG	32
5.1	Kosten	33
5.2	Financiering	37
5.3	Budgetfinanciering en AWBZ-verstrekking	40
6.	TUBERCULOSEBESTRIJDING	41
7.	TANDHEELKUNDIGE ZORG	43
7.1	Kosten	43
7.2	Financiering	44
7.3	School- en jeugdtandverzorging	45

I n h o u d (vervolg)

	blz.
8. VERLOSKUNDIGE ZORG	48
8.1 Kosten	48
8.2 Financiering	48
9. FYSIOTHERAPIE EN LOGOPEDIE	50
9.1 Kosten	50
9.2 Financiering	52
10. FARMACEUTISCHE HULP	54
10.1 Kosten	56
10.2 Financiering	58
11. OPENBARE GEZONDHEIDSZORG	59
11.1 Kosten	59
11.2 Financiering	60
12. BEDRIJFSGENEESKUNDIGE ZORG	62
13. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	63
13.1 Psychiatrische ziekenhuizen	63
13.1.1 Kosten	64
13.1.2 Financiering	64
13.1.3 Twents Psychiatrisch Ziekenhuis	66
13.2 Ambulante geestelijke gezondheidszorg	66
13.2.1 Kosten	66
13.2.2 Financiering	68
14. HET ALGEMENE ZIEKENHUIS	70
14.1 Kosten	71
14.2 Transregionaal verkeer	77
14.3 Financiering	80
14.4 Regionaal ziekenhuisbudget	82
14.5 Specialistische hulp	83
15. STREEKLABORATORIA	86
16. VERPLEEGHUIZEN	87
16.1 Kosten	87
16.2 Financiering	89
16.3 Dagbehandeling in verpleeghuizen	90

I n h o u d (vervolg)

	blz.
17. REVALIDATIECENTRUM	92
17.1 Kosten	93
17.2 Financiering	93
17.3 Transregionaal verkeer	94
18. MEDISCH KINDERTEHUIS	97
18.1 Kosten	97
18.2 Financiering	98
19. ZWAKZINNIGENZORG	99
19.1 Zwakzinnigeninrichtingen	99
19.1.1 Kosten	100
19.1.2 Financiering	101
19.1.3 Transregionaal verkeer	102
19.2 Dagverblijven voor geestelijk gehandicapten	102
19.2.1 Kosten	104
19.2.2 Financiering	105
19.3 Gezinsvervangende tehuizen	105
19.3.1 Kosten	106
19.3.2 Financiering	107
19.4 Sociaal pedagogische diensten	108
19.4.1 Kosten	108
19.4.2 Financiering	109
19.5 Regionaal budget voor zwakzinnigenzorg	109
20. KOSTEN GEZONDHEIDSZORG TWENTE	112
21. NABESCHOUWING	122
21.1 Regionale financiële overzichten	122
21.2 Mogelijkheden voor regionale budgetfinanciering	123
LITERATUUR	126

1. INLEIDING

De gezondheidszorg in de regio Twente en die ten behoeve van de inwoners van de regio Twente is door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO zowel functioneel als financieel geïnventariseerd. In deel I van "De gezondheidszorg in Twente in regionaal perspectief" is verslag gedaan van het onderzoek naar de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in deze regio. Het onderhavige deel II verschaft inzicht in de financiële consequenties van de aldaar behandelde gezondheidszorgvoorzieningen en -functies. Hierbij wordt getracht de kosten en financiering vanuit een tweetal gezichtspunten te belichten.

In de eerste plaats zal het verkregen beeld inzicht moeten verschaffen in de kosten en financiering van de gezondheidszorg in en ten behoeve van de inwoners van de regio Twente, waarmee de functionele beschrijving dan is gecompleteerd met een financieel overzicht. Het weergeven van de financiële consequenties van de in de regio Twente geboden gezondheidszorg biedt een eerste aanzet voor een financiële onderbouwing van een regionaal gezondheidszorgbeleid. Zo wordt expliciet ingegaan op de wijze van financiering van de verschillende voorzieningen en functies, zodat duidelijk wordt waar eventuele aanknopingspunten liggen voor het voeren van een regionaal financieringsbeleid. Ook worden in dit kader incidenteel enige exercities uitgevoerd, die mogelijk financiële consequenties van een te voeren (regionaal) beleid aangeven. Onder meer op grond van deze overwegingen is besloten de hoofdstukindeling van dit rapport af te stemmen op de systematiek in de functionele inventarisatie. Hiermee wordt bewust afgeweken van de veelal gebruikelijke systematiek in financiële overzichten, die immers meestal beginnen met de intramurale sector. Verder is geen volledigheid nagestreefd, met name worden niet behandeld de kosten van de overige gezondheidszorg, te weten bescherming van voedsel en drinkwater en beleid, administratie en beheer.

In de tweede plaats wordt het rapport gekenmerkt door de door dit deel lopende rode draad inzake een onderzoek naar de mogelijkheden voor regionale budgetfinanciering. Getracht wordt namelijk per voorziening of functie aan te geven of, en zo ja in hoeverre, financiering daarvan via regionale budgetten mogelijk is. Het onderzoek in de regio Twente is hiermee te beschouwen als een deelonderzoek in het kader van het project: 'Onderzoek naar de mogelijkheden voor regionale budgetfinanciering'.

Hiervan luidt de algemene doelstelling:

Op grond van onderzoek naar de kosten en financiering van de gezondheidszorg in en ten behoeve van de inwoners van verschillende regio's aangeven:

- in hoeverre de allocatie van beschikbare financiële middelen over regio's in de vorm van regionale budgetten kan plaats vinden, en
- in hoeverre een systeem van regionale budgetfinanciering als beleids- en stuurinstrument kan worden gehanteerd bij het bevorderen van gewenst geachte en bij het tegengaan van minder gewenste ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

De doelstelling van het onderhavige onderzoek is dan ook tweeledig. In de eerste plaats het samenstellen van een financieel overzicht van de gezondheidszorg in en ten behoeve van de inwoners van de regio Twente en in de tweede plaats het aangeven van mogelijkheden de onderscheiden voorzieningen en functies met behulp van regionale budgetten te financieren. Hiertoe wordt in hoofdstuk 2 eerst aandacht besteed aan enige meer theoretische achtergronden van regionale budgetten in de gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de te onderzoeken regio, i.c. Twente. In de hoofdstukken 4 tot en met 19 worden achtereenvolgens de verschillende functies en voorzieningen behandeld. Zoals gesteld loopt de indeling van deze hoofdstukken parallel met de indeling in de functionele beschrijving. Hiermee kunnen de gegevens die betrekking hebben op de kosten en financiering van de gezondheidszorg in Twente rechtstreeks gekoppeld worden aan de gegevens ten aanzien van de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in deze regio. In hoofdstuk 20 wordt vervolgens ingegaan op de kosten van de gezondheidszorg in de regio Twente en vindt een vergelijking plaats met zowel landelijke cijfers als met de resultaten van een eerder onderzoek in de provincie Friesland (Petersen, 1977). Tenslotte wordt in hoofdstuk 21 een nabeschuiving gegeven en zullen de mogelijkheden van financiering van voorzieningen en functies met behulp van een regionaal budget voor de gezondheidszorg nader worden aangeduid.

2. REGIONALE BUDGETTEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Budgetsysteem versus tariefsysteem, interne versus externe budgettering, functionele versus regionale budgetten, budgettering versus budgetfinanciering, budgetteren versus begroten: een geenszins limitatieve opsomming van al dan niet vermeende tegenstellingen tussen begrippen die in toenemende mate actualiteit hebben verkregen in de gezondheidszorg. In dit hoofdstuk zullen deze begrippen worden toegelicht en zal worden ingegaan op de oorzaken die ertoe hebben geleid dat deze begrippen zeer actueel zijn. Zoals de titel al aangeeft wordt in het bijzonder aandacht besteed aan *regionale* budgetten, daar het onderzoek in het werkveld gezondheidszorgvoorzieningen van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO gericht is op vraagstukken rond de regionalisatie van de gezondheidszorg.

2.1 Kostenontwikkeling

De kosten van de gezondheidszorg zijn - zowel absoluut als uitgedrukt in een percentage van het nationaal inkomen - de laatste decennia enorm toegenomen. Deze kostenstijgingen geven in toenemende mate aanleiding tot het zoeken naar beheersings- en planningsmethodieken, die als beleidsinstrumenten kunnen dienen om ook vanuit de financieel-economische hoek de ontwikkelingen in de gezondheidszorg te kunnen beïnvloeden en beheersen. Deze toename is overigens zowel veroorzaakt door prijsstijgingen als door volumestijgingen.

De door prijsstijgingen veroorzaakte kostenstijgingen worden veelal door algemeen werkende economische ontwikkelingen bepaald, die binnen het gezondheidszorgsysteem niet of slechts zeer ten dele zijn te beïnvloeden. Te denken is hierbij aan de beperkte mogelijkheden de stijging van de loonkosten te compenseren door verbeteringen van de arbeidsproductiviteit. Nog voordat iets gezegd is over de regionalisatie van de gezondheidszorg, kan hier dan ook al worden gesteld dat deze prijsstijgingen slechts met behulp van een landelijk loon- en prijsbeleid kunnen worden beheerst. Dat de betekenis van de invloed van de prijsstijgingen op de kostenstijgingen in de gezondheidszorg niet mag worden onderschat, blijkt onder meer uit het feit dat van 1972 tot en met 1976 bijna 70% van de totale kostenstijging (98%) in de intramurale zorg is veroorzaakt door

loon- en prijsstijgingen (NZI, 1978). Hiervan te onderscheiden is de prijsvorming in de gezondheidszorg. Deze prijsvorming is voor een deel geregeld in de Wet ziekenhuistarieven en staat bovendien onder toezicht van het Ministerie van Economische Zaken. In de toekomst zal waarschijnlijk een Wet tarieven gezondheidszorg de overheid mogelijkheden bieden de prijsvorming in de gehele gezondheidszorg rechtstreeks te beïnvloeden.

Voor zover volume-ontwikkelingen verantwoordelijk zijn voor de kostenstijgingen in de gezondheidszorg kan in bepaalde gevallen capaciteitsbeheersing door middel van planning op langere termijn kostenbewaking mogelijk maken. Planning is te meer gewenst daar in de gezondheidszorg het prijsmechanisme uit maatschappelijke overwegingen grotendeels is uitgeschakeld en niet of nauwelijks nog een allocatiefunctie vervult. Alhoewel het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven voor wat betreft de intramurale gezondheidszorg een deel van de volume-ontwikkeling kan beïnvloeden mag worden gesteld dat ook de huidige structuur van de financiering slechts een beperkte corrigerende invloed uitoefent op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het financieringssysteem munt uit door onoverzichtelijkheid en ingewikkeldheid en speelt slechts een passieve rol. Bovendien kan van een aantal voorzieningen worden gesteld dat het gebruik in belangrijke mate mede door het aanbod van die voorzieningen wordt bepaald. Dit alles terwijl ook de structuur van de gezondheidszorg tamelijk gecompliceerd en onoverzichtelijk is. Gezien de uit dit alles resulterende moeilijke beheersbaarheid van de gezondheidszorg en gezien het algemeen erkende recht op adequate gezondheidszorg is ordening van het systeem via planning van de voorzieningen door de overheid met behulp van wettelijke regelingen gewenst. Het wettelijke raamwerk waarbinnen de overheid de planning van de voorzieningen in de toekomst zal regelen, zal worden gevormd door de Wet voorzieningen gezondheidszorg. In deze wet zal dan de Wet ziekenhuisvoorzieningen zijn opgenomen. Voortbouwend op de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) wordt in de toelichting bij het wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg gesteld, dat "planning als middel voor het bereiken van het nagestreefde doel: het totstandbrengen van een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg, evenwichtiger opgebouwd dan thans het geval is, het meest doelmatig kan geschieden binnen een regio, waar een integraal overzicht van de daarbinnen functionerende voorzieningen mogelijk is".

2.2 Regionalisatie

In de Structuurnota wordt regionalisatie omschreven als: "de indeling van het land in gebieden, waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg functioneert". Het op elkaar afstemmen van de voorzieningen en het aanbrengen van verbeteringen kan evenwel slechts op regionaal niveau geschieden, indien goed toegeruste regionale besturen met duidelijke adviserende en beslissende bevoegdheden worden gevormd. Dat bij een regio-indeling aansluiting zal worden gezocht bij de bestaande provinciale of bij de te verwachten gewestelijke bestuurlijke indeling lijkt voor de hand te liggen.

Afhankelijk nu van de mate van decentralisatie van bevoegdheden naar regionale organen kan in het kader van bovengenoemde doelstelling ook een financieringssysteem een rol worden toegekend als stuur- en beheersingsinstrument op regionaal niveau. De huidige structuur van de financiering van de gezondheidszorg is echter te verbrokkeld en te onoverzichtelijk om hieraan op landelijk, maar in het bijzonder op regionaal niveau enige ordenende invloed te kunnen ontleenen.

Ten aanzien van het in de Structuurnota voorgestelde alternatief: een systeem van regionale budgettering, is evenwel - en dat niet in de laatste plaats door de omschrijving van het begrip in de nota zelf: een budgetstelsel ter vervanging van het tariefstelsel - een zodanige begripsverwarring ontstaan, dat een nadere toelichting en verduidelijking gewenst is. Daarbij is zowel invulling van de begrippen budgetfinanciering en budgettering als invulling van de bevoegdheden van de regio's op dat gebied noodzakelijk. Met betrekking tot de bevoegdheden van een regio, i.c. een regionaal orgaan, kan worden opgemerkt dat primair de verantwoordelijkheden die een regio kan dragen voor de planning en besturing van de gezondheidszorg in haar gebied bepalend zullen zijn voor de mate van centralisatie en decentralisatie van bestuurlijke taken op het gebied van de gezondheidszorg. Voor wat betreft de bestuurlijke bevoegdheden zal de speelruimte van een regio voor het voeren van een eigen beleid enerzijds beperkt worden, doordat in iedere regio een aantal functies en voorzieningen aanwezig moeten zijn waarvan de (minimale en/of maximale) omvang in landelijke richtlijnen en normen zal zijn vastgelegd en anderzijds doordat een regio niet verantwoordelijk is, noch verantwoordelijk gesteld kan worden voor het beleid terzake de supraregionale voorzieningen. Voor wat betreft de financiële bevoegdheden van een regio is een beperking noodzakelijk tot die functies en voorzieningen die per

regio met behulp van budgetten gefinancierd kunnen worden. Wanneer bijvoorbeeld de prijzen gegeven zijn, kan de speelruimte onder meer bepaald worden door de mogelijkheden die een regio zal krijgen op het terrein van het vestigings- en erkenningenbeleid.

De feitelijke macht van een regionaal orgaan zal echter vooral bepaald worden door het instrumentarium, ook terzake de financiering van voorzieningen, dat haar ter beschikking zal worden gesteld. In het bovenstaande is een vestigings- en erkenningenbeleid op regionaal niveau al genoemd. In hoeverre regionale budgetfinanciering als instrument bij de beleidsvoering binnen de regio kan worden gehanteerd, wordt in de navolgende paragrafen toegelicht. Alvorens hierop in te gaan zal eerst meer inhoud aan het begrip budgetfinanciering worden gegeven, waarbij wij er vanuitgaan dat in de eerste plaats een financieringsmethodiek wordt beoogd en dat in de tweede plaats een dergelijke financieringswijze als regionaal beleidsinstrument kan worden gehanteerd.

2.3 Budgetfinanciering

Het algemeen erkende recht op adequate gezondheidszorg impliceert een vergaande overheidsbemoeienis met die gezondheidszorg, teneinde de medische mogelijkheden voor een ieder in gelijke mate bereikbaar te maken. Voor wat betreft de kosten van de zorg mag van de overheid worden verwacht dat zij ervoor waakt dat die kosten in voorkomende gevallen niet prohibitief zijn, zodat er geen financiële beperkingen bestaan op grond waarvan dit recht niet realiseerbaar zou zijn. De hiervoor in het leven geroepen wettelijke regelingen, te weten de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet, leggen evenwel een zodanig toenemend beslag op de nationale middelen, dat men zich begint af te vragen of er nog wel sprake is van een optimale allocatie van de beschikbare middelen. Zo speelde in het kader van de 1%-norm - indammen van de groei van de collectieve lasten tot 1% van het nationale inkomen per jaar - de hoogte van de sociale premies een niet onbelangrijke rol. Ook bij de omhuisingsoperaties genoemd in Bestek '81 wordt van de gezondheidszorg een aanzienlijke bijdrage verwacht. Wanneer men het reeds enige malen genoemde recht op zorg niet wil aantasten, dan zal ook in de gezondheidszorg op macroniveau de behoefte aan kostenbewaking toenemen.

Indien verder wordt gesteld dat de kosten van de gezondheidszorg niet 'onbeperkt' kunnen blijven stijgen, dan zal naast kostenbewaking ook een begrenzing van de uitgaven noodzakelijk zijn. Hierover merkt het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven in haar jaarverslag 1977 op: "Het moment lijkt te naderen dat een politieke beslissing duidelijkheid zal moeten verschaffen omtrent het aanvaardbare deel van de gezondheidszorg in de nationale middelen." (Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, 1977). Een collectieve beslissingsprocedure zal dan op grond van het afwegen van belangen en het stellen van prioriteiten moeten aangeven in hoeverre en tot welke hoogte de uitgaven ten behoeve van de gezondheidszorg een beslag op het nationale inkomen kunnen leggen. Budgetfinanciering, d.w.z. financiering van voorzieningen uit vooraf beschikbaar gestelde financiële middelen, zal dan onvermijdelijk zijn. Een eerste complicatie hierbij is, dat in de huidige situatie niet de gehele gezondheidszorg wordt gefinancierd via de collectieve sector. Het gevaar is aanwezig, dat de delen van de gezondheidszorg, die gefinancierd worden uit de opbrengsten van de sociale premies, meer moeten 'bezuinigen' dan nodig zou zijn wanneer de gehele gezondheidszorg uit één budget zou worden gefinancierd, met name wanneer het complementaire of substitueerbare voorzieningen betreft. Zo kan een gewenste beperking van de kosten doorkruist worden door niet te beïnvloeden ontwikkelingen binnen bijvoorbeeld die delen van de gezondheidszorg die gefinancierd worden via de particuliere ziektekostenverzekeraars. Men kan zich afvragen of in een dergelijke situatie nog wel sprake kan zijn van een optimale allocatie van de blijkbaar ook in de gezondheidszorg schaarser wordende financiële middelen. Voor de oplossing van dit probleem kan gedacht worden aan een volksverzekering tegen ziektekosten dan wel aan het instellen van één financierende instantie die op haar beurt de kosten verrekent met de verschillende verzekeraars. Alhoewel een volksverzekering tegen ziektekosten een logische consequentie is van het tot sociaal recht geëvalueerde recht op zorg, zal men zich bewust moeten zijn van de verschuivingen in het consumptiepatroon die door een dergelijke verzekering teweeg kunnen worden gebracht. Een tweede complicatie is dat (nog) niet alle voorzieningen met behulp van budgetten kunnen worden gefinancierd. Gezien de wens tot het begrenzen van de uitgaven is in de bovenstaande gedachtengang namelijk uitgegaan van de idee dat er voor de gezondheidszorg als geheel een budget zal worden vastgesteld. Dit impliceert overigens niet dat een partiële benadering geen betekenis zou kunnen heb-

ben. Voorshands zouden die voorzieningen en functies met behulp van een budget kunnen worden gefinancierd, waarvan van tevoren het uitgavenniveau kan worden vastgesteld. Bedacht dient te worden dat voor een evenwichtige ontwikkeling dan wel rekening moet worden gehouden met de substitueerbaarheid en complementariteit van voorzieningen.

Wanneer het eerste probleem is opgelost - d.w.z. dat de geldstromen beheersbaar zijn - en er duidelijkheid bestaat over de voorzieningen die met behulp van een dergelijk financieringssysteem kunnen worden gefinancierd, dan zal vervolgens de toedeling van de beschikbare middelen aan regio's en/of voorzieningen als allocatievraagstuk binnen de gezondheidszorg optreden. De mogelijkheden hiertoe komen nog ter sprake en daarbij zal in het bijzonder aandacht worden besteed aan de rol die een dergelijk financieringssysteem in het kader van het regionalisatiebeleid kan vervullen.

2.4 Regionale budgetfinanciering

Dat in het kader van de regionalisatie van de gezondheidszorg - afbakening van gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert - een budgetsysteem niet zonder betekenis zal zijn, kan worden afgeleid uit de ordenende invloed die invoering van een dergelijk financieringssysteem in een regio kan hebben. Bij de uitvoering van het vastgestelde beleid kan dit financieringsinstrument namelijk gehanteerd worden om bepaalde ontwikkelingen te stimuleren en andere af te remmen. In de huidige situatie spelen sommige ziekenfondsen al een stimulerende rol als financierende instelling bij de totstandkoming en exploitatie van gezondheidscentra. Dat de afwezigheid van financiële regelingen de realisatie van alternatieve vormen van gezondheidszorg in hoge mate kan frustreren is onder meer gebleken in Oostelijk Flevoland en Lelystad (vgl. Landheer, 1978). Wanneer de financiering van samenhangende voorzieningen uit één budget kan gaan geschieden, dan kan dit instrument verder een rol vervullen bij de integratie van zorggebieden binnen de gezondheidszorg. Zo biedt de financiering van de dagbehandeling in verpleeghuizen uit AWBZ-gelden mogelijkheden om te komen tot een afstemming van deze dagbehandeling op de verpleging in verpleeghuizen.

De allocatie van de beschikbare financiële middelen over de verschillen-

de regio's kan plaats vinden op basis van een bepaald bedrag per inwoner dan wel op basis van de kosten van de voorzieningen in de betrokken regio's. Ook een combinatie van beide is mogelijk.

De regionale financiering van de gezondheidszorg gebaseerd op het toekennen van budgetten op basis van een bedrag per inwoner, veronderstelt dat de relatieve zorgbehoefte per regio en de kosten die het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door de inwoners van een regio met zich meebrengt, kunnen worden vastgesteld. De kosten van het gebruik en daarmee de hoogte van het regionale exploitatiebudget zijn afhankelijk van onder meer:

- demografische factoren als: leeftijdsopbouw, geslacht, morbiditeit, mortaliteit, geboortecijfers;
- het voorzieningenniveau: aanbod, functioneren en spreiding van medische diensten;
- andere regiogebonden factoren als: milieu, urbanisatiegraad, regionale loon- en prijsniveau enz.

Een dergelijke allocatie van financiële middelen over de verschillende regio's dient gebaseerd te zijn op objectieve verdelingsmaatstaven, op grond waarvan de toewijzing van gelden voor de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van de verschillende regio's kan geschieden. Hiervoor zijn objectieve criteria vereist, die beogen zoveel mogelijk rekening te houden met de 'behoeften' van de verschillende regio's.

De eisen waaraan dergelijke maatstaven moeten voldoen, luiden als volgt (Raad voor Gemeentefinanciën, 1975):

1. de als maatstaf te hanteren eigenschap (omstandigheid) dient in principe algemeen voor te komen en tevens gelijktijdig in elke regio periodiek te kunnen worden gemeten;
2. de maatstaf moet op objectieve wijze, zonder dat daarvoor arbitraire beslissingen nodig zijn, in goed meetbare eenheden zijn uit te drukken;
3. de voor de verdeling aan te leggen maatstaf mag voorts niet op korte termijn beïnvloedbaar zijn door het beleid van de regio en vermeden moet worden dat de regio door eenvoudige beleidsbeslissingen het bedrag van de uitkering kan wijzigen;
4. de diverse criteria mogen in hun effecten niet een te grote onderlinge samenhang vertonen;
5. de te hanteren eigenschap dient een redelijk globaal verband

te leggen met de behoefte van de regio aan middelen en de ontwikkeling daarvan in de tijd, zodat beleidsruimte geboden wordt.

Hieruit is duidelijk dat de reële behoefte aan financiële middelen niet op adequate wijze kan worden afgeleid uit de feitelijke uitgaven en inkomsten in de regio's, omdat het mogelijk is dat tussen regio's met een vergelijkbaar uitgavenniveau een aanmerkelijk verschil in voorzieningenpeil bestaat.

Bovendien is er slechts in weinig regio's sprake van een volledig 'gesloten circuit' van voorzieningen. Zo strekt het verzorgingsgebied van de psychiatrische ziekenhuizen in Kennemerland zich uit tot Amsterdam en is in de regio Twente geen psychiatrisch ziekenhuis aanwezig. Bij de bepaling van de kosten van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen dient dan tevens rekening te worden gehouden met eventueel optredend transregionaal verkeer. Dit transregionale verkeer kan worden veroorzaakt door zowel voorzieningen met een verzorgingsgebied dat aanzienlijk groter is dan de regio als door een onevenwichtige spreiding van bepaalde voorzieningen.

Voor wat betreft de supraregionale voorzieningen is een overkoepelend nationaal beleid noodzakelijk en voor wat betreft de voorzieningen die door een onevenwichtige spreiding nogal wat transregionaal verkeer met zich meebrengen, is het denkbaar dat volstaan kan worden met interprovinciale of interregionale samenwerkingsverbanden.

Aan een dergelijke verdeling van financiële middelen kunnen enige belangrijke voordelen worden toegekend. In de eerste plaats kan, wanneer tegelijkertijd aan de regio voldoende bestuurlijke bevoegdheden op het terrein van de gezondheidszorg worden toegekend, de democratische besluitvorming in de regio meer inhoud worden gegeven, doordat op regionaal niveau zowel een confrontatie plaatsvindt van het gebruik van voorzieningen door de inwoners van een regio met de kosten die dit met zich meebrengt voor de inwoners van de betrokken regio als prioriteitenafwe-

ging¹⁾ dient te gebeuren. In de tweede plaats is op deze wijze een vergelijking mogelijk van de kosten van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen tussen regio's. Als belangrijkste bezwaar kan worden aangevoerd dat de taak voor de regio om te beslissen over de verdeling van dit budget over de verschillende delen van de gezondheidszorg nogal wat bestuurlijke bevoegdheden vereist, die met name ten aanzien van de grensoverschrijdende patiëntenstromen moeilijk gedecentraliseerd kunnen worden. Het is overigens wel voorstelbaar dat zelfs de kosten van het gebruik van supraregionale voorzieningen gefinancierd worden via de regionale budgetten. Dit houdt dan echter niet veel meer in dan een administratieve afwikkeling. Voor zover het transregionale verkeer betrekking heeft op het gebruik van dergelijke voorzieningen, is voor een juiste prioriteitenstelling het in de besluitvorming betrekken van deze kosten wel van belang. Een regio dient bij het nemen van beslissingen namelijk inzicht te hebben in alle kosten die samenhangen met het gebruik van voorzieningen door haar inwoners.

Het toekennen van budgetten op basis van de kosten van de voorzieningen²⁾ in de regio's beklemtoont daarentegen primair de verantwoordelijkheid van een regio voor de in die regio aanwezige voorzieningen. Het vaststellen van de hoogte van een regionaal budget vereist hier een ex ante vaststelling en beoordeling van de activiteiten van de instellingen en diensten afzonderlijk en in hun onderlinge samenhang. Vergelijking van verschillende regio's kan dan een functie vervullen bij de beoordeling van de structuur van de gezondheidszorg in een regio en van de efficiën-

1) Terzijde kan worden opgemerkt dat op verschillende niveaus belangenafweging en prioriteitenstelling plaats heeft:

- op nationaal niveau: - het aandeel van de collectieve sector in het nationaal inkomen;
 - de omvang van het gezondheidszorgbudget;
 - de allocatie van de beschikbare middelen over de regio's;
- op regionaal niveau: - budgetten per functie gegeven de beschikbare ruimte;
 - budgetten per voorziening gegeven de budgetten per functie.

2) Onder meer voorgesteld in het Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake gedecentraliseerd financieel beleid in het kader van de regionalisatie van de volksgezondheid (1977).

tie van de voorzieningen in een regio. Aangezien in het kader van een landelijk beleid de aard en de omvang van de functies en voorzieningen zullen worden bepaald die in principe in iedere regio aanwezig moeten zijn, is de taak van een regionaal orgaan hier waarschijnlijk meer uitvoerend en minder beleidsbepalend dan wanneer budgetten worden vastgesteld op grond van een bedrag per inwoner.

Rekening houdende met het feit dat in de gezondheidszorg voor een belangrijk deel van de bevolking sprake is van landelijk vastgelegde en te garanderen rechten en van een landelijk geregeld financieringssysteem in het kader van de AWBZ en de Ziekenfondswet, zullen centrale richtlijnen onontbeerlijk zijn teneinde de gelijkwaardigheid van de dienstverlening in het gehele land te verzekeren. Ook dient nog de omstandigheid in de beschouwing te worden betrokken dat het merendeel van de overeenkomsten met betrekking tot tarieven en honoraria op landelijk niveau worden vastgesteld.

Op grond van deze overwegingen lijkt een combinatie van beide mogelijkheden gewenst. Dit wil zeggen dat de hoogte van de regionale budgetten voor een deel wordt vastgesteld op basis van de kosten van de voorzieningen in de regio's voor wat betreft een landelijk geregeld minimum pakket aan voorzieningen en voor het resterende deel op basis van een bedrag per inwoner, waarmee dan tevens de beleidsruimte voor de regio is aangegeven.

In het bovenstaande is steeds sprake geweest van regionale exploitatiebudgetten. Hiernaast zullen ook regionale investeringsbudgetten een rol kunnen gaan spelen. Regionale investeringsplannen, te vertalen in regionale investeringsbudgetten, bieden mogelijkheden de capaciteit van de afzonderlijke voorzieningen in de regio af te stemmen op het gewenst geachte voorzieningenniveau in de regio, waarbij tegelijkertijd een betere onderlinge afstemming van de voorzieningen op langere termijn kan worden verkregen. De regionale investeringsbudgetten bieden zowel de centrale overheid als de regionale overheden het noodzakelijke instrumentarium om de investeringen en de investeringsuitgaven te toetsen aan de doelstellingen en aan de voor de investeringen beschikbaar gestelde middelen. De regio kan hierbij de taak krijgen om te beslissen over de wijze waarop het regionale investeringsbudget uiteindelijk over de verschillende voorzieningen moet worden verdeeld. De mate waarin en de wijze waarop de regio uiteindelijk zal kunnen beschikken over de regionale investeringsbudgetten, zal in belangrijke mate bepalend zijn voor de

mogelijkheden van een regio om op langere termijn verbeteringen aan te brengen in de structuur van de gezondheidszorg in die regio en voor de mogelijkheden tot kostenbeheersing door beheersing van het aanbod. Vanzelfsprekend dienen de regionale investeringsplannen inzicht te verschaffen in de uit de investeringen voortvloeiende exploitatielasten, teneinde niet alleen de investeringsuitgaven, maar ook de hiermee samenhangende exploitatielasten in de besluitvorming te kunnen betrekken.

2.5 Functionele budgetfinanciering

Voor de volledigheid wordt hier nog even gememoreerd aan de ideeën die gaan in de richting van het op landelijk niveau vaststellen van budgetten per categorie voorzieningen, de zgn. functionele budgetfinanciering. Een systeem van budgetfinanciering hoeft immers niet uitsluitend te leiden tot regionale budgetten. Zo heeft de Ziekenfondsraad in haar discussienota: Mogelijkheden voor budgettering in de gezondheidszorg (Ziekenfondsraad, 1978) hieraan uitgebreid aandacht besteed. De bezwaren onzerzijds tegen deze voorstellen richten zich met name op het in onvoldoende mate tot zijn recht komen van de samenhang tussen de voorzieningen in een regio en op het feit dat aan de regio een belangrijk instrument voor de afstemming van de voorzieningen op de behoefte wordt onthouden. In voorstellen in de richting van dergelijke financieringssystemen worden regio's dan ook veelal niet meer dan adviserende en controlerende bevoegdheden toegekend.

Verder biedt deze wijze van budgetfinanciering de regio's weinig mogelijkheden een eigen ontwikkeling door te maken. Dat er sprake zal zijn van een spanningsveld tussen centralisatie enerzijds en decentralisatie anderzijds is in het voorgaande al gebleken. Het is tenminste voorstelbaar dat, met inachtneming van landelijke richtlijnen en normen, regionale verschillen op grond van het in de regio's gevoerde beleid zullen gaan ontstaan. In hoeverre dergelijke verschillen toelaatbaar zijn, dient overigens een punt van onderzoek te zijn.

Samengevat is het belangrijkste bezwaar dat de regio in deze gedachten-gang een beleidsinstrument wordt onthouden bij de democratische besluitvorming en er in essentie ook geen afweging tussen het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en de kosten daarvan op regionaal niveau kan plaatsvinden. Bij een systeem van functionele budgetfinanciering worden

namelijk op nationaal niveau de prioriteiten tussen de voorzieningen vastgesteld.

2.6 Budgettering

De eerder genoemde begripsverwarring is ontstaan doordat men de hiervoor besproken budgetfinancieringssystemen is gaan beschouwen als een vorm van budgettering, al dan niet genoemd externe budgettering. De allocatie van financiële middelen over de regio's en/of onderdelen van de gezondheidszorg, zijnde een financieringsvorm met als neven doel uitgaven te bewaken of te beperken, door beïnvloeding van de soort en de omvang van de dienstverlening, is evenwel duidelijk te onderscheiden van kostenbeheersingssystemen ten behoeve van de procesbeheersing binnen organisaties. Hiervoor dient onzes inziens het begrip budgettering gereserveerd te blijven. Budgettering in deze zin resulteert in budgetten die kunnen worden omschreven als: gecoördineerde totaalplannen van ondernemings- of overheidsactiviteiten en de daarmee gepaard gaande offers en opbrengsten, uitgaven en ontvangsten, voor de periode van één jaar of korter, waarbij die plannen zijn opgebouwd uit deelactiviteiten die de verschillende functionarissen als taakopdracht aanvaarden¹⁾. De belangrijkste kenmerken van een budget zijn: het beleidsplan, de beleidsoverdracht, de taakopdracht en machtiging en de controle.

Evenals de begroting vormt het budget als beleidsplan - de systematisering en kwantificering van het (bedrijfs)gebeuren voor een toekomstige periode - het richtsnoer voor het toekomstig handelen. Het essentiële verschil met een begroting is, dat een budget een taakopdracht, een taakstelling impliceert. Voor wat betreft de gezondheidszorg dient een dergelijke taakstelling te zijn gebaseerd op afgesproken normen voor het technisch en medisch handelen. Het door de medische professie ontwikkelen van normen is dan ook een noodzakelijke voorwaarde om budgettering binnen organisaties mogelijk te maken. Zo zullen in de ziekenhuizen de medische specialisten normen per ziektegeval of per patiëntencategorie moeten ontwikkelen die kunnen leiden tot gestandaardiseerde kosten per opname of behandeling. Verder zal het budget moeten aansluiten bij de organisatiestructuur.

1) NIVE-definitie aangehaald in de Bedrijfseconomische Encyclopedie, deel 2a, blz. 49. Bussum, De Haan, 1971

tuur en deze organisatiestructuur dient nauwkeurig bepaald te zijn. Duidelijk zal zijn dat budgettering als middel tot procesbeheersing voortsnog in grote delen van de gezondheidszorg niet mogelijk is, omdat veelal: de organisatorische opbouw onduidelijk is, er geen normen per diagnosegroep bestaan en er ten aanzien van het realiseren van de geplande output geen taakopdracht mogelijk is. Aangezien via budgetten de input gereguleerd kan worden, behoeft een budget-limiet geenszins strijdig te zijn met een behandelingsplicht.

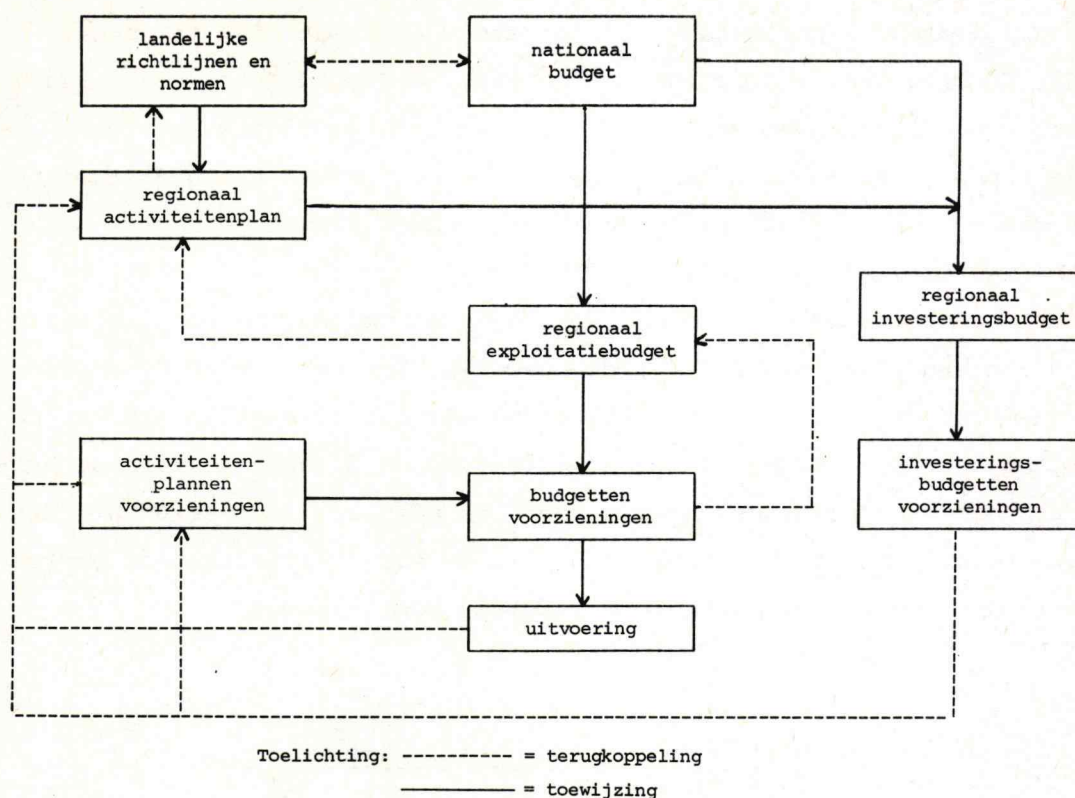
Tenslotte moet in dit verband nog worden opgemerkt dat in het 'bedrijfsleven' een cruciale betekenis wordt toegekend aan het afzet- of verkoopbudget en ook de overheidsactiviteiten veelal aan financiële grenzen zijn gebonden. Dit terwijl in grote delen van de gezondheidszorg de huidige financiering wordt gekenmerkt door een passieve aanpassing bij het dienstbetoon. Naarmate het kraptemodel in de gezondheidszorg een grotere rol zal gaan spelen, zal hierin verandering moeten komen.

2.7 Samenhang budgetfinanciering en budgettering

Naar onze mening bestaat er een duidelijke relatie tussen budgetfinanciering en budgettering. Voor zover namelijk de begroting ('het budget') als beleidsplan dient, is afstemming op het budget als financieringsbron noodzakelijk. De toepassing van een systeem van budgetfinanciering veroorzaakt immers een vrijheid in gebondenheid, gezien de financiële speelruimte die wordt geboden door het toegekende budget.

Aangezien bij het bepalen van het budget voor een voorziening rekening moet worden gehouden met de geplande activiteiten van die voorziening, bestaat er een directe relatie tussen budgetfinanciering als financieringsinstrument en budgettering als intern beheersingsinstrument. Deze relatie blijkt ook uit schema 1 (pag. 16) inzake regionale budgetfinanciering in de gezondheidszorg. Op regioniveau treedt in deze gedachtengang een wisselwerking op tussen de gewenste activiteiten neergelegd in regionale activiteitenplannen en de regionale budgetten, d.w.z. de beschikbare financiële middelen. De regionale activiteitenplannen vormen de vertaling van enerzijds de door de voorzieningen ingediende begrotingen en anderzijds de relatieve gezondheidszorgbehoefte in de regio. Hier heeft de regio mogelijkheden tot het stellen van prioriteiten zowel met betrekking tot functies als met betrekking tot voorzieningen.

Schema 1. Regionale budgetfinanciering in de gezondheidszorg



De verdeling van het regionale budget is de uiteindelijke financiële uitwerking van de bevoegdheden met betrekking tot de toewijzing van faciliteiten en middelen.

Het regionale investeringsbudget kan dan verdere mogelijkheden bieden om te komen tot een regionale afstemming door capaciteitsplanning en functieplanning.

2.8 Onderzoek naar mogelijkheden voor regionale budgetfinanciering

Om te kunnen komen tot een voorstel voor regionale budgetfinanciering zal men de kosten van de gezondheidszorg per regio moeten kennen om per regio een budget te kunnen vaststellen en uiteindelijk per regio te kunnen financieren (Groot, 1975). In het voorgaande is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds een regionaal budget op basis van de kosten van het gebruik van voorzieningen door de inwoners van een regio en anderzijds een regionaal budget op basis van de kosten van de voorzieningen in een regio. Genoemd is ook een combinatie van beide mogelijkheden,

omdat dan zowel recht kan worden gedaan aan de verantwoordelijkheid van de regio voor de in de regio aanwezige voorzieningen en landelijke richtlijnen en normen, als aan de verantwoordelijkheid van de regio voor de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van de regio. Het totstandbrengen van een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen in een regio vereist dat een regio zodanige bevoegdheden krijgt, dat beide verantwoordelijkheden door de regio kunnen worden gedragen. Een onderzoek naar de kosten van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in meerdere regio's zal inzicht kunnen verschaffen in de mogelijkheden om een landelijk gezondheidszorgbudget over de regio's te verdelen.

Aangegeven is dat een systeem van regionale budgetfinanciering een belangrijke rol kan spelen bij de totstandkoming van een evenwichtig en samenhangend stelsel van voorzieningen binnen de regio. Het onderzoek in de regio Twente is erop gericht inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden die een regio heeft de ontwikkelingen te beïnvloeden. Hiertoe is onderzocht wat de kosten van de gezondheidszorg zijn en hoe de financiering plaats vindt. Verder wordt getracht aan te geven welke voorzieningen en/of functies via een regionaal budget kunnen worden gefinancierd, dan wel welke modificaties in de financieringssystemen moeten worden aangebracht teneinde dat mogelijk te maken. Een volgend onderzoek - dat tegelijkertijd in meerdere regio's plaats zal moeten vinden - zal gericht moeten zijn op het ontwikkelen van de criteria, op grond waarvan de allocatie van financiële middelen over de regio's kan plaatsvinden.

3. ONDERZOEK IN DE REGIO TWENTE

In het voorgaande hoofdstuk zijn enige meer theoretische achtergronden van regionale budgetfinanciering toegelicht. Duidelijk zal zijn dat onderzoek op regionaal niveau het praktische inzicht zal dienen te verschaffen omtrent de mogelijkheden van regionale budgetfinanciering. Gebaseerd op een dergelijk onderzoek in de regio Twente wordt in de navolgende hoofdstukken nagegaan in hoeverre een analyse van de kosten en financiering van de gezondheidszorg invulling van regionale budgetten mogelijk maakt. In dit hoofdstuk wordt eerst nog de regio Twente geschetst en worden enige algemene opmerkingen gemaakt over de kosten van de gezondheidszorg en de financiering daarvan.

3.1 Regioafbakening

Een afbakening van de regio Twente lijkt op het eerste gezicht geen of weinig moeilijkheden op te leveren. Twente als regio is immers een begrip. Wanneer echter als uitgangspunt wordt genomen dat de gebiedsindeling afhankelijk is van de doeleinden van het onderzoek en de daarop af te stemmen specifieke indelingscriteria, dan blijken bij een exacte invulling van de gemeenten die tot deze regio gerekend moeten worden, wel enige problemen te moeten worden opgelost.

Zonder uitgebreid in te gaan op deze indelingscriteria¹⁾ is hier op grond van een tweetal overwegingen een nadere keuze gemaakt. Aangezien gebleken is dat een regionaal bestuursorgaan een noodzakelijke voorwaarde is om op regionaal niveau beleid te kunnen voeren, moet in de eerste plaats worden uitgegaan van een bestuurlijke indeling. Dat hiervoor aansluiting wordt gezocht bij bestaande of toekomstige bestuurlijke indelingen van het land in regio's (provincies, gewesten, provincies nieuwe stijl), zoals onder meer in de Structuurnota en in het wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg, mag als bijna vanzelfsprekend worden aangenomen. In de

1) Vergelijk hiervoor de desbetreffende literatuur, bijv.:

- Atlas van de intramurale zorg
- Regionaal statistisch zakboek 1976
- Regionale economie, L.H. Klaassen (red.)
- Boer, N.A. Provinciegrenzen en regionaal beleid; ESB 11-1-1978

tweede plaats ligt het voor de hand dat rekening wordt gehouden met eisen die vanuit de gezondheidszorg aan de regio-indeling kunnen worden gesteld.

Bij een bestuurlijke indeling van de regio Twente kan rekening worden gehouden met bestaande provinciegrenzen. Zo wordt ook in het wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg een - weliswaar voorlopige - aansluiting gezocht bij de huidige bestuurlijke organisatie. In dit geval wordt de regio Twente gezien als een deel van de provincie Overijssel, bestaande uit de gemeenten: Almelo, Ambt Delden, Borne, Denekamp, Diepenheim, Enschede, Goor, Haaksbergen, Den Ham, Hellendoorn, Hengelo, Losser, Markelo, Oldenzaal, Ootmarsum, Rijssen, Stad Delden, Tubbergen, Vriezenveen, Weerselo en Wierden.

Op 1-1-1976 telden deze gemeenten 538.849 inwoners en op 1-1-1977: 542.131 inwoners.

Van praktische betekenis hierbij is dat deze regio overeenstemt met de regio Twente in de zgn. COROP-indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Deze indeling is door het CBS ontworpen ten behoeve van de ruimtelijke en regionaal-economische planning. Het voordeel is dat op het niveau van de regio Twente statistische informatie beschikbaar is. Dit laatste geldt overigens ook voor de gegevens die de provincie Overijssel ter beschikking kan stellen over de regio Twente.

Hiernaast kan rekening worden gehouden met de nu bekende voorstellen tot een bestuurlijke herindeling van Nederland in gewesten of provincies nieuwe stijl. Het gewest Twente omvat dan, naast bovengenoemde gemeenten, nog enige gemeenten in de provincie Gelderland, te weten: Borculo, Eibergen, Neede en Groenlo, de zgn. BENG-gemeenten. Aangezien Groenlo niet in alle voorstellen tot herziening van de bestuurlijke indeling van Nederland tot het gewest Twente wordt gerekend, neemt deze gemeente een enigszins onduidelijke positie in. Het aantal inwoners van de regio Twente inclusief de BENG-gemeenten bedroeg op 1-1-1976: 584.122 en op 1-1-1977: 587.708 (4.25% van de bevolking van Nederland).

Gebaseerd op de Wet gemeenschappelijke regelingen is op 1 november 1977 het Gewest Twente in het leven geroepen. Een groot aantal van bovengenoemde gemeenten neemt aan deze regeling deel en verwacht mag worden dat in de toekomst alle genoemde gemeenten in Overijssel en Gelderland aan deze regeling zullen gaan deelnemen. Alhoewel de gezondheidszorg nog

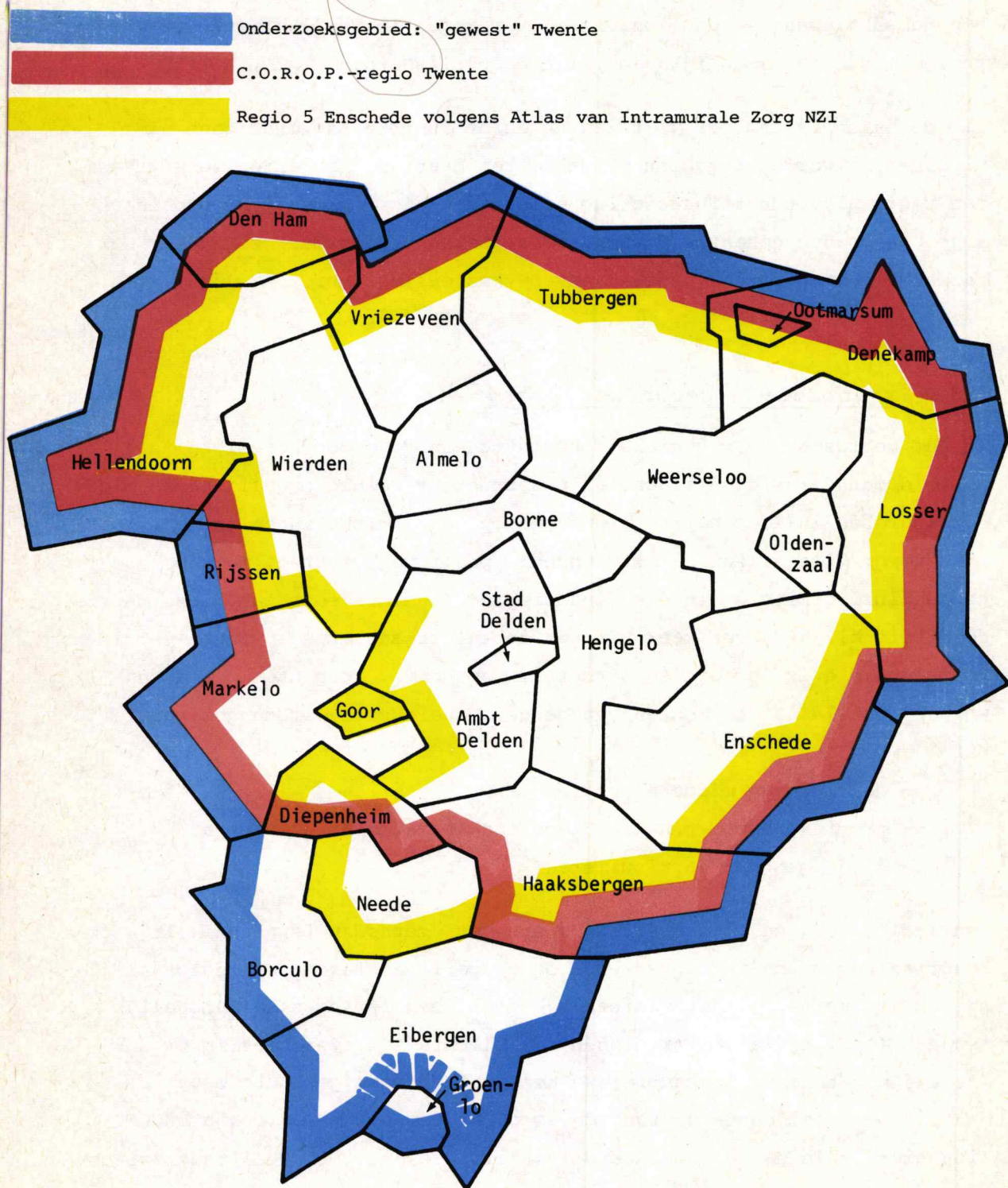
niet tot de taken van het gewest gerekend wordt, zijn er al tendenzen waar te nemen op grond waarvan mag worden aangenomen dat het gewest bestuurlijke bemoeienis op dit terrein krijgt. Zo zal bij de inwerkingtreding van de Wet ambulancevervoer een centrale post ambulancevervoer in Enschede worden gevestigd, waarvan het verzorgingsgebied zich uitstrekt tot de BENG-gemeenten. Op grond hiervan is het grondgebied van het bestuurlijke gewest Twente - inclusief de (nog) niet deelnemende gemeenten Ootmarsum, Borculo en Groenlo - tot onderzoeksgebied gekozen.

Vanuit de gezondheidszorg kan aan een regio-indeling de eis worden gesteld, dat er in de afgebakende regio's zoveel mogelijk sprake dient te zijn van de aanwezigheid van een samenhangend stelsel van op elkaar afgestemde voorzieningen. De uitkomsten van de functionele inventarisatie van de gezondheidszorg in de regio Twente, geven geen aanleiding af te wijken van bovengenoemde afbakening, die gebaseerd is op de indeling van het bestuurlijke gewest Twente, inclusief de gemeenten Ootmarsum, Borculo en Groenlo. Deze regio vertoont vrij grote overeenkomsten met de regio 5 Enschede volgens de indeling in gebieden voor intramurale zorg uit de Atlas voor intramurale zorg van het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Tot deze regio behoren niet de gemeenten Markelo, Borculo, Eibergen en Groenlo. Ter toelichting zijn in kaart 1 de indelingen weergegeven, gebaseerd op enerzijds de bestuurlijke regionalisatie en anderzijds de functionele regionalisatie van de gezondheidszorg. De indeling in de NZI-atlas is onder meer gebaseerd op de oriëntatiepatronen op de instellingen voor intramurale zorg.

3.2 Kosten gezondheidszorg

Onder de kosten van de gezondheidszorg worden hier verstaan de bedragen welke zijn aangewend voor de voortbrenging van goederen en diensten ten behoeve van de gezondheidszorg. Op regionaal niveau dient hierbij een onderscheid te worden gemaakt tussen enerzijds de kosten van de gezondheidszorg in een regio en anderzijds de kosten van de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van een regio. Het verschil tussen beide berekeningsmethoden wordt veroorzaakt door mogelijk optredend transregionaal verkeer, d.w.z. het over en weer gebruik maken van voorzieningen buiten de eigen regio. Op basis hiervan kan dan - voorlopig nog ex post - een regionaal budget worden opgesteld voor de gezondheidszorg in de re-

Kaart 1. Regiogrenzen Twente



gio Twente, dan wel voor de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van de regio Twente. Tevens is hiermee de allocatie van de financiële middelen over de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen respectievelijk -functies aangegeven en zijn de plaatsen bekend waar de kosten worden gemaakt, waarmee dan inzicht is verkregen in de plaatsen waar eventuele bijsturingsmogelijkheden zijn gelocaliseerd.

Bij de beschrijving per voorziening en/of functie zal overigens niet uitsluitend worden ingegaan op de kosten daarvan. Aangezien een systeem van regionale budgetfinanciering alleen dan als regionaal beleidsinstrument kan worden gehanteerd wanneer de kosten beheersbaar zijn, zal ook aandacht moeten worden besteed aan de kostenstructuur.

3.3 Financiering gezondheidszorg

In het hoofdstuk over regionale budgetten in de gezondheidszorg is al gesteld dat de huidige financieringsstructuur weinig mogelijkheden biedt corrigerende invloeden uit te oefenen op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Niet alleen het grotendeels passieve karakter, maar ook de grote pluriformiteit van die financiering is daar debet aan. Deze pluriformiteit blijkt onder meer uit het aantal financieringsbronnen en -methoden die in de huidige structuur voorkomen. In grote lijnen kan worden gesteld dat de kosten van de gezondheidszorg worden gefinancierd uit:

- de algemene middelen;
- premie-opbrengsten krachtens ziektekostenverzekeringen;
- bijdragen van particulieren.

Een analyse van de financieringsbronnen en -methoden is noodzakelijk om aangrijpingspunten te vinden voor de budgetfinanciering op regionaal niveau. Voorshands lijkt regionale budgetfinanciering alleen mogelijk ten aanzien van die voorzieningen die slechts één financieringsbron (i.c. één betalende instantie) hebben. Dat dit een gewenste maar beslist geen voldoende voorwaarde is om te komen tot regionale budgetfinanciering is na het voorgaande vanzelfsprekend. Bij de financieringsbronnen is op dit moment met name te denken aan de financiering uit de algemene middelen of via het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten.

In de navolgende hoofdstukken zal per voorziening dan wel categorie van

voorzieningen aandacht worden besteed aan de financieringsbronnen en -methoden, zodat aangegeven kan worden in hoeverre en waar de huidige financieringsstructuur een belemmering kan vormen bij de invoering van een regionaal budgetfinancieringssysteem. Alvorens evenwel met die beschrijving te beginnen, wordt nog enige aandacht besteed aan de ten behoeve van de inwoners van de regio Twente bestaande ziektekostenverzekeringen.

3.4 Ziektekostenverzekeringen

Het financiële risico dat samenhangt met het eventuele gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen zal veelal geheel of gedeeltelijk gedekt worden door een verzekering bij ziekenfondsen of particuliere ziektekostenverzekeraars, dan wel gedekt zijn in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Bij het beschrijven van de afzonderlijke voorzieningen en/of functies zullen deze 'intermediaire' financieringsinstellingen worden genoemd. Dit verzekeringssysteem heeft overigens een directe confrontatie van de patiënt met de kosten van zijn medische consumptie voor een groot deel weggenomen.

Ziekenfondsen in Twente

In Twente zijn de volgende ziekenfondsen werkzaam:

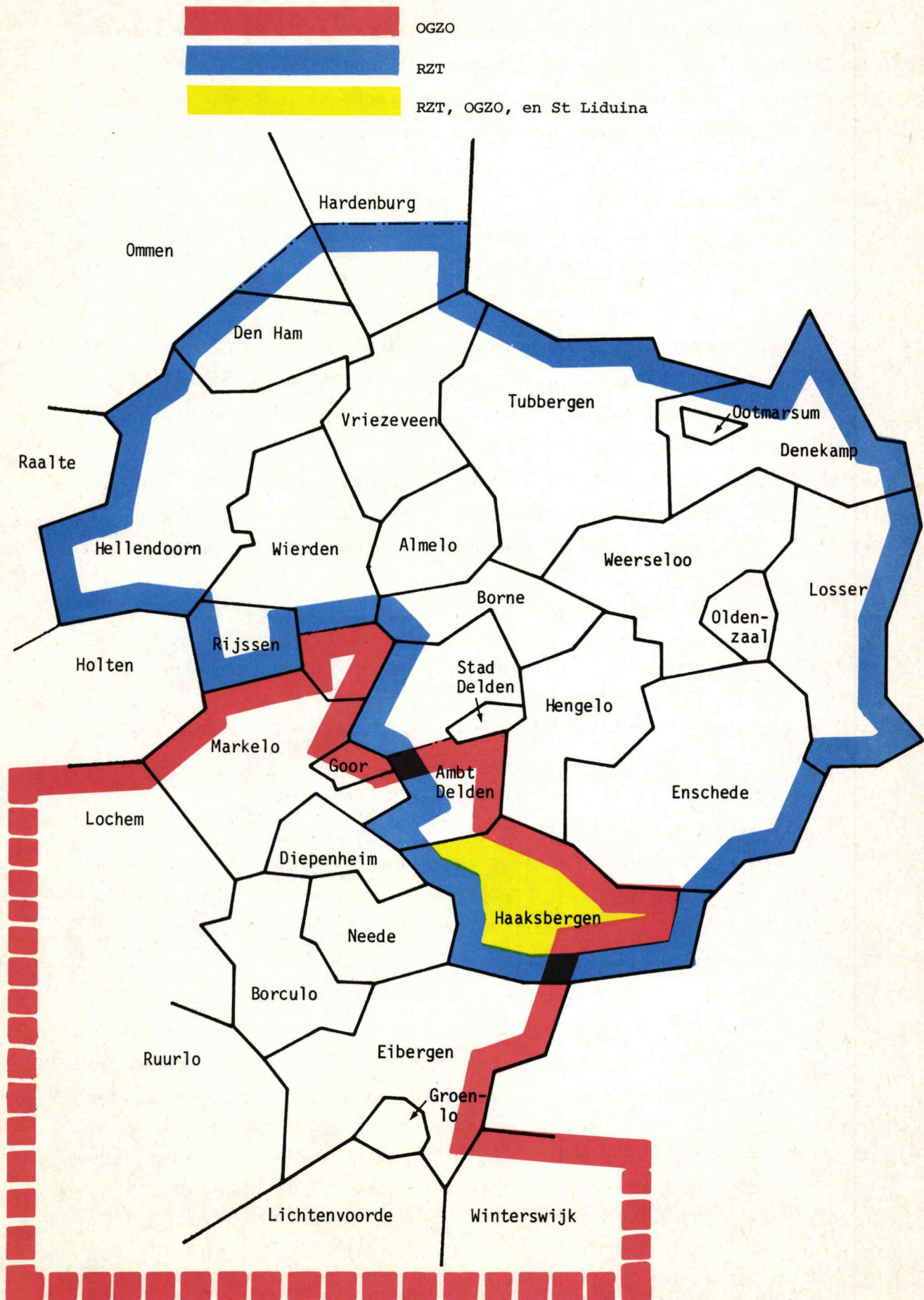
- Algemeen Ziekenfonds 'Oost Gelderland - Zuid Overijssel' (OGZO) te Goor;
- Regionaal Ziekenfonds Twente (RZT) te Hengelo;
- Ziekenfonds St. Liduina te Utrecht.

RZT en OGZO hebben duidelijke afspraken gemaakt over de geografische gebieden waarin ze werkzaam zijn. Ze pretenderen te werken in zogenaamde afgeronde werkgebieden (zie kaart 2). Het landelijke ziekenfonds St. Liduina doorkruist evenwel deze afspraken en heeft voor wat betreft Twente nogal wat verzekerden in de gemeente Haaksbergen.

In de regio Twente - met een bevolking op 1-1-1976 van 584.122 en op 1-1-1977 van 587.708 zielen - bedroeg het aantal ziekenfondsverzekerden in 1976: 439.440. Het percentage ziekenfondsverzekerden (74.8%) is hoger dan het landelijk percentage (69.7%) op 31-12-1976¹⁾ (LISZ, 1976). Bij de schat-

1) Dit verschil kan onder meer verklaard worden uit de relatieve inkomensachterstand van de Twentse bevolking ten opzichte van Nederland als geheel.

Kaart 2. Werkgebieden ziekenfondsen in Twente, 1976



ting van de kosten van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen die voor rekening komen van ziekenfondsverzekerden en 'particulier verzekerden' zal voor wat betreft de regio Twente dan ook niet kunnen worden uitgegaan van de landelijk gebruikelijke 70 : 30 verhouding, maar zal een verhouding 75 : 25 worden gehanteerd. In de volgende hoofdstukken zal ook worden getracht na te gaan in hoeverre een dergelijke verhouding mag worden gehanteerd.

Gemeten in aantallen verzekerden bedroegen de marktaandelen van de ziekenfondsen werkzaam in de regio Twente:

- OGZO	59.440
- RZT	372.700
- St. Liduina	7.300
totaal	439.440

Naar aanleiding van de bij het onderzoek gebruikte informatie over ziekenfondsverzekerden moet hier nog een tweetal opmerkingen worden gemaakt. In de eerste plaats bleek het ziekenfonds St. Liduina niet in staat te zijn de behoefte van het onderzoek gevraagde informatie te leveren. Het aantal verzekerden is daarom geschat. Bij de berekening van de kosten van de gezondheidszorg is - voor zover ziekenfondsinformatie gebruikt is - het verzekerdenbestand van St. Liduina in de regio verder behandeld als zijnde verzekerden van het RZT. Waar nodig zijn de kosten per verzekerde bij RZT berekend en vervolgens is aangenomen dat de kosten van medische consumptie van de verzekerde bij St. Liduina gelijk zijn. In de tweede plaats is bij het onderzoek van groot belang gebleken dat het ziekenfonds OGZO dankzij haar geautomatiseerde verstrekkingenadministratie in staat was kwantitatieve gegevens te verschaffen over de medische consumptie van haar verzekerden woonachtig in Twente. Dergelijke administratieve systemen kunnen bij verder onderzoek naar de mogelijkheden voor regionale budgetfinanciering van grote betekenis zijn, omdat dan zowel de medische consumptie per verzekerde is te traceren als de grenzen van een te kiezen regio niet hoeven samen te vallen met de grenzen van de werkgebieden van de ziekenfondsen of andere bestaande indelingen.

Particuliere ziektekostenverzekeraars

In 1976 was 25.2% van de Twentse bevolking particulier verzekerd. De grote diversiteit in verzekeringen en het grote aantal ziektekostenver-

zekeraars maken het echter niet mogelijk de verzekeringsvormen nader te omschrijven of qua marktaandeel dominerende ziektekostenverzekeraars in de regio aan te geven. Van gegevens van particuliere ziektekostenverzekeraars is in het onderhavige onderzoek geen gebruik gemaakt.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

In het kader van de AWBZ is de gehele bevolking verzekerd tegen de kosten van het gebruik van een nog steeds toenemend aantal voorzieningen. Naast de ziekenfondsen heeft het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten - waarin de premie-opbrengsten van de AWBZ worden gestort - een belangrijk aandeel in de financiering van de voortbrenging van goederen en diensten ten behoeve van de gezondheidszorg. De Stichting Centraal Administratiekantoor AWBZ te 's-Gravenhage fungeert als centraal betaal-kantoor voor de betalingen aan de verbindingkantoren en regionale contactkantoren, die contacten onderhouden met de inrichtingen en tehuizen ten behoeve van de patiënten die voor rekening van de in de AWBZ geregelde verzekeringen worden verpleegd. Als verbindingkantoren fungeren uitsluitend ziekenfondsen. In de volgende hoofdstukken wordt overigens geen aandacht besteed aan de eigen bijdragen die van de in het kader van de AWBZ opgenomen patiënten - veelal na een bepaalde periode - worden gevraagd.

Het RZT is in de regio Twente verbindingskantoor voor de verpleeginrichtingen (met uitzondering van St. Antonius te Haaksbergen), de zwakzinnigeninrichtingen, de medische kindertehuizen, de kinderdagverblijven, de dagverblijven voor ouderen en gezinsvervangende tehuizen en fungeert als regionaal contactkantoor voor de zogenaamde 'tehuizen'. Voor genoemd verpleeghuis in Haaksbergen fungeert het ziekenfonds St. Liduina als verbindingskantoor.

3.5 Gezondheidszorgvoorzieningen

In de navolgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op de kosten en de financiering zowel van de in de regio Twente geboden gezondheidszorg als van de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van de regio Twente. De indeling in voorzieningen en functies stemt overeen met die in de functionele beschrijving van de gezondheidszorg in de regio Twente. Hier-

mee is getracht de functionele inventarisatie van de gezondheidszorg in de regio Twente te completeren met een financiële blauwdruk. Voor het geven van een afgerond overzicht van de gezondheidszorg kan immers vandaag den dag niet meer worden volstaan met het verschaffen van inzicht in de structuur en het functioneren van die gezondheidszorg, maar is het evenzeer van belang inzicht te hebben in de kosten van die zorg en de wijze van financiering.

Terwijl genoemde functionele inventarisatie gericht is op het verkrijgen van duidelijkheid omtrent functionele regionalisatievraagstukken, is de onderhavige studie opgezet teneinde een eerste stap te kunnen zetten in de richting van regionale budgetten. Voor zover relevant zal dan ook per hoofdstuk worden aangegeven wat de mogelijkheden van regionale budgetfinanciering zijn met betrekking tot de desbetreffende voorzieningen en/of functies. In een tweetal slothoofdstukken worden dan nog de kosten van de gezondheidszorg respectievelijk de mogelijkheden van regionale budgetfinanciering samengevat.

4. HUISARTSENHULP

Door de 'vaste' relatie tussen huisarts en patiënt en doordat de entree van het gezondheidszorgsysteem in het merendeel van de gevallen via de huisarts loopt, neemt de huisarts in het huidige bestel van de gezondheidszorg een bijzondere positie in. Die positie brengt onder meer met zich mee dat het functioneren van de huisarts een belangrijke invloed kan hebben op het gebruik dat van andere sectoren van de gezondheidszorg wordt gemaakt. Alhoewel hier de financiële consequenties van zijn voorschrijf-, verwijs- en behandelpatroon niet ter discussie staan, moet wel worden opgemerkt dat het voorschrijven en verwijzen door de huisartsen - evenals overigens door de specialisten - in belangrijke mate bepalend zijn voor de hoogte van de kosten van andere voorzieningen, zoals: farmaceutische hulp, uitwendige geneeswijzen en specialistische hulp. Voor de verloskundige hulp verleend door huisartsen en de farmaceutische hulp door apotheekehoudende huisartsen wordt verwezen naar de hoofdstukken verloskundige hulp en farmaceutische hulp.

De huisartsenhulp in de regio Twente werd in 1976 verzorgd door 189 huisartsen, waarvan 34 apotheekehoudend. De gemiddelde praktijkomvang in de regio kwam hiermee op 3110 personen, waarvan er gemiddeld 2325 bij een ziekenfonds waren verzekerd.

4.1 Kosten

Voor wat betreft de ziekenfondsverzekerden kunnen de kosten van huisartsenhulp in de regio Twente worden vastgesteld. De huisartsen ontvangen namelijk voor de bij hen ingeschreven ziekenfondsverzekerden een abonnementshonorarium.

In 1976 was dit honorarium voor de eerste 1800 ingeschrevenen bij een huisarts als volgt samengesteld¹⁾:

- netto honorarium	f 43,18
- pensioenbijdrage	" 5,66
- vergoeding praktijkkosten	" 23,59
- bruto honorarium	f 72,43

1) Jaarverslag Ziekenfondsraad 1976, blz. 29

en voor de overige op naam van een huisarts ingeschreven verzekerden:

- netto honorarium	f 43,18
- pensioenbijdrage	" 5,66
- vergoeding praktijkkosten	" 2,07
- bruto honorarium	f 50,91

In totaal betaalden de ziekenfondsen ten behoeve van hun verzekerden in de regio Twente aan bruto honoraria een bedrag van f 29.255.152,--, dit is per verzekerde gemiddeld een bedrag van f 66,57. De kosten van laboratoriumonderzoekingen in huisartsenlaboratoria bedroegen in 1976 f 79.534,--. Voor bijzondere betalingen voor huisartsenhulp, zoals bijvoorbeeld hulp aan lijders van beroepsziekten, hebben de ziekenfondsen f 364.492,-- vergoed. In totaal komen hiermee de kosten van huisartsenhulp aan ziekenfondsverzekerden in de regio Twente voor 1976 op f 29.699.178,--, dit wil zeggen per verzekerde een gemiddeld bedrag van f 67,58.

De kosten van huisartsenhulp aan niet-ziekenfondsverzekerden moeten bij gebrek aan gegevens worden geschat. Bij de vaststelling van de hoogte van het honorarium per ziekenfondsverzekerde wordt aangenomen dat er sprake is van een gelijke honorering voor ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten¹⁾. In het 'Financieel overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982'²⁾ is van de veronderstelling uitgegaan dat particuliere patiënten gemiddeld drie contacten per jaar met de huisarts hebben, te weten twee consulten en één visite. Aangezien ons evenwel hierover nadere informatie uit de regio Twente ontbreekt, zijn wij van de vereenvoudiging uitgegaan dat de kosten van huisartsenhulp verleend aan een niet-ziekenfondsverzekerde gelijk zijn aan de gemiddelde kosten per ziekenfondsverzekerde: f 67,58. De uiteindelijke uitkomsten van de berekeningen in het genoemde financiële overzicht geven eveneens een dergelijke verhouding te zien.

Hiermee kunnen de totale kosten van huisartsenhulp aan de inwoners van de regio Twente voor 1976 geschat worden op ruim 39 miljoen gulden.

1) Vgl. Advies Commissie van der Ven. Medisch Contact (1967) nr. 1, blz. 9-14

2) Uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1977).

4.2 Invloed praktijkgrootte op kosten

Regelmatig staat de voor een optimale taakvervulling door de huisarts gewenste praktijkomvang ter discussie¹⁾. Bezien tegen de achtergrond van voorstellen die gaan in de richting van een praktijk die niet groter is dan 2000 - 2200, is de gemiddelde praktijkgrootte in Twente (3110) aan de hoge kant. Realisering van een norm van bijvoorbeeld 2200 ingeschrevenen bij een huisarts, betekent voor de regio Twente een uitbreiding van het aantal huisartsen met 78 tot 267. De mogelijke consequenties hiervan voor de kosten van de huisartsenhulp in de regio worden in het onderstaande in prijzen van 1976 weergegeven. Hierbij is verondersteld dat de opbouw van de particuliere tarieven vergelijkbaar is met de opbouw van het bruto honorarium per ziekenfondsverzekerde. Bij de berekening is van twee uitersten uitgegaan: aan de ene kant van een gelijkblijvend bruto honorarium per ingeschrevene en aan de andere kant van een volledig behoud van het inkomen per individuele huisarts.

Bij een gelijkblijvend bruto honorarium per ingeschrevene zullen de kosten van huisartsenhulp in de regio toenemen met bijna 5% tot 41 miljoen gulden. Deze kostenstijging wordt uitsluitend veroorzaakt doordat meer artsen de hogere vergoeding praktijkkosten voor de eerste 1800 ingeschrevenen zullen ontvangen. Dit betekent overigens wel een niet onaanzienlijke vermindering van het inkomen per individuele huisarts. Wanneer daarentegen wel een volledig behoud van het inkomen wordt gerealiseerd, dan zullen de kosten van huisartsenhulp in de regio Twente met ongeveer 34% stijgen tot f 52.560.000,--. Zonder hier een oordeel te willen geven over de gewenste praktijkomvang van een huisarts, moet dan ook worden opgemerkt dat een verlaging hiervan met volledig behoud van het inkomen aanzienlijke consequenties heeft voor het niveau van de kosten van huisartsenhulp. Bij een overschrijding van de grens van 1800 ingeschrevenen per huisarts zal een aanpassing van de vergoeding praktijkkosten noodzakelijk zijn, aangezien de vergoeding van de vaste praktijklasten zijn gebaseerd op dit aantal ingeschrevenen.

1) Al in 1974 achtte de Landelijke Huisartsenvereniging een praktijkgrootte van 2000 - 2200 gewenst (Medisch Contact 48 (1974) p. 1578). Vgl. ook: Discussienota Commissie Eerste Echelon: "De plaats van de medicus in het eerste echelon". Medisch Contact 31 (1976) p. 141.

4.3 Financiering

De honorering van de huisartsen is voor wat betreft ziekenfondsverzekerden gebaseerd op een abonnementenstelsel en voor niet-ziekenfondsverzekerden op een verrichtingenstelsel. Het abonnementenstelsel wordt gekenmerkt door een vaste betaling per ingeschreven verzekerde per periode. Hierbij bestaat nog slechts een secundaire relatie tussen prestatie en beloning: de honorering varieert met het aantal per huisarts ingeschreven verzekerden. In de kostenparagraaf is gebleken dat het abonnements-tarief lager wordt bij het overschrijden van een grens van 1800 ingeschreven ziekenfondsverzekerden per huisarts. Het verrichtingenstelsel impliceert tarieven per medische handeling, waarbij een directe relatie bestaat tussen prestatie (aantallen verrichtingen) en beloningsniveau. Verondersteld is, dat de kosten van de huisartsenhulp in de regio Twente in 1976 voor 75% gefinancierd zijn door de ziekenfondsen en voor 25% voor rekening komen van niet-ziekenfondsverzekerden.

Het geldende abonnementshonorarium voor de bij huisartsen ingeschreven ziekenfondsverzekerden - in de regio Twente nagenoeg 75% van de bevolking - kan passen in het kader van een systeem van regionale budgetfinanciering. Het is immers mogelijk om op grond van het aantal inwoners in een regio de huisartsenhulp te financieren door per inwoner een bedrag aan de regio uit te keren. Terwijl dan per regio de kosten op budgetbasis worden vergoed, kunnen binnen een regio per huisarts verschillen bestaan op grond van verschillen tussen de bij huisartsen ingeschreven aantallen 'patiënten' (de praktijkomvang). Als voordelen van een dergelijk systeem kunnen worden genoemd dat enerzijds de uitbetaling op abonnementsbasis regionale budgetfinanciering van deze voorziening mogelijk maakt, terwijl anderzijds toch rekening kan worden gehouden met de praktijkomvang per huisarts, zijnde een maatstaf voor de 'workload' van de huisartsen. Bovendien blijft bij een dergelijke betalingsmethodiek de veronderstelde vaste relatie tussen patiënt en huisarts tot zijn recht komen.

5. MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Van oudsher zijn de activiteiten van de kruisverenigingen gericht op de maatschappelijke gezondheidszorg. Met name kunnen hiertoe worden gerekend het kruiswerk in engere zin, zoals de wijkverpleging en het uitleenen van verpleegartikelen en de positieve en preventieve taken als gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bejaardenzorg en zuigelingen- en kleuterzorg. Door de gewenst geachte verschuiving van intramurale naar extramurale gezondheidszorg mag in het bijzonder in het kader van de wijkverpleging de nazorg van patiënten uit ziekenhuizen en verpleeghuizen zich in een toenemende belangstelling verheugen.

De organisatie van het kruiswerk in Twente is - evenals elders in Nederland - sinds het begin van de jaren zeventig aan snelle veranderingen onderhevig. In de functionele inventarisatie van de gezondheidszorg in de regio is aan deze veranderingen uitvoerig aandacht besteed. Aangezien de financiële cijfers in het onderhavige hoofdstuk betrekking hebben op het jaar 1976, wordt hier uitgegaan van de in dat jaar aangetroffen organisatiestructuur. Het kruiswerk in de regio Twente (Ov.) was in dat jaar als volgt georganiseerd

- de Stichting Samenwerkende Provinciale Overijsselse Kruisverenigingen (SPOK), zowel een overkoepelend orgaan als exploitant van enige provinciaal werkende diensten;
- vier districtseenheden, organisatorische eenheden die belast zijn met de administratie, registratie en coördinatie van de wijkverpleging;
- 21 basiseenheden, belast met de uitvoering van de wijkverpleging;
- drie kraamcentra van waaruit de kraamzorg in de regio plaats vindt.

De belangrijkste verandering sindsdien is dat het provinciaal apparaat per 1 januari 1977 is gesplitst in een tweetal hoofdeenheden, waarbij voor Twente als hoofdeenheid de Regionale Vereniging voor het Kruiswerk in Twente (RVKT) is ontstaan. Deze structuur geldt alleen voor het kruiswerk in het Overijsselse deel van Twente. Het kruiswerk in Borsculo, Eibergen, Neede en Groenlo wordt organisatorisch overkoepeld door de Provinciale Kruisvereniging Gelderland. Gezien de huidige organi-

satiestructuur, die gekenmerkt wordt door voornamelijk provinciaal samenwerkende kruisverenigingen - ook de twee hoofdeenheden in Overijssel overschrijden geen provinciegrenzen - is dit een probleem dat zich bij elke regiokeuze zal voordoen indien daarbij provinciegrenzen worden overschreden.

Voor wat betreft de kosten en financiering van het kruiswerk in de regio Twente wordt in dit hoofdstuk een onderscheid gemaakt tussen enerzijds wijkverpleging en overige activiteiten en anderzijds de kraamzorg. Tevens wordt een deel van de kosten van het SPOK aan Twente toegerekend. Verder zullen afzonderlijk de kosten en financiering van het kruiswerk in de gemeenten Borculo, Eibergen, Neede en Groenlo worden besproken.

5.1 Kosten

In deze paragraaf worden de kosten van het kruiswerk in Twente vanuit verschillende gezichtspunten belicht. Zo wordt gekeken naar waar binnen de organisatie de kosten zijn gemaakt en wat het aandeel van de personeelskosten hierin is. Ook zijn de kosten aan de verschillende activiteiten toegerekend, waarbij moet worden opgemerkt dat door de onderlinge verwevenheid van de activiteiten een dergelijke kostentoerekening slechts van globale aard kan zijn.

De kosten van het kruiswerk in Twente bedroegen in 1976 f 24.158.100,--, waarvan voor rekening van het kruiswerk in het huidige werkgebied van de RVKT f 22.500.600,-- kwam en voor rekening van het kruiswerk in de Gelderse gemeenten van de regio Twente f 1.657.500,--. In het onderstaande wordt eerst een toelichting gegeven bij de kosten van het kruiswerk in het werkgebied van de RVKT. Vervolgens zal kort worden ingegaan op de kosten van de maatschappelijke gezondheidszorg in de Gelderse gemeenten.

De kosten van het kruiswerk in Twente (Overijssel) bedroegen, zoals gezegd, in 1976 f 22.500.600,--, waarvan 29.3% of f 6.593.200,-- voor rekening kwam van de kraamzorg thuis en 70.7% of f 15.907.400,-- voor rekening van de wijkverpleging en overige activiteiten. Zoals uit tabel 1 blijkt, is het overgrote deel van de kosten personele kosten.

Tabel 1. Aandeel personele kosten in de kosten kruiswerk Twente (Overijssel) 1976 (x f 1.000,--)

kostengroep	wijkverpleging en overige activiteiten	kraamzorg	totaal
personeelskosten	13.255,4	6.312,6	19.568,0
overige kosten	2.652,0	280,6	2.932,6
totaal	15.907,4	6.593,2	22.500,6

Achtereenvolgens zullen nu deze kosten aan de verschillende districts-eenheden en kraamcentra worden toegerekend, waarbij tevens een nadere detaillering van activiteiten plaats zal vinden. Op het uitvoerend niveau van de basiseenheden is het kruiswerk in Twente sinds januari 1976 verdeeld in een viertal districten, te weten Hengelo, Almelo, Twente-Oost en Enschede. Een overzicht van de kosten per districtseenheid en verdeeld naar activiteiten wordt gegeven in tabel 2.

Tabel 2. Kosten wijkverpleging en overige activiteiten per district, Twente (Overijssel) 1976 (x f 1.000,--)

	Hengelo	Almelo	Twente-Oost	Enschede	Twente (Ov.)
wijkverpleging	2.238,7	3.314,9	1.026,0	3.797,6	10.377,2
facultatieve activiteiten	27,5	18,9	4,5	36,6	87,5
uitleen ver- pleegartikelen	6,6	35,7	4,5	27,4	74,2
consultatie- bureaus	231,7	310,6	115,5	263,2	940,9
centrale mel- dingspost				69,6	69,6
administratie, beheer en huisvesting	327,5	454,2	285,8	744,7	1.812,2
quota SPOK	136,8	198,6	75,6	185,5	597,5
totaal	2.968,7	4.332,9	1.512,0	5.125,7	13.939,1

De quota SPOK zijn bijdragen van de districten in de exploitatietekorten van de diensten van het SPOK. Hierop wordt nog teruggekomen.

De activiteiten van de kruisverenigingen ten behoeve van de kraamverzorging zijn te onderscheiden in: interne kraamzorg en wijkkraamzorg. De interne kraamzorg omvat de zorg verleend door een aan een kraamcentrum verbonden (leerling-)kraamverzorgster, die bij de bevalling kan assisteren en die ten huize van de kraamvrouw zowel de moeder en het kind, als de huishouding gedurende een aantal werkdagen verzorgt. De wijkkraamzorg heeft betrekking op de zorg verleend door een eveneens aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze gedurende een aantal dagen veelal tweemaal per dag moeder en kind komt verzorgen. In Twente (Ov.) wordt de kraamzorg thuis verleend vanuit een drietal kraamcentra: het kraamcentrum Hengelo e.o., het kraamcentrum Almelo e.o. en het kraamcentrum Enschede e.o. Het aantal verzorgingsdagen verdeeld over interne kraamzorg en over wijkkraamzorg is per centrum voor 1976 vermeld in tabel 3.

Tabel 3. Aantal verzorgingsdagen per kraamcentrum in Twente (Ov.) in 1976

	Enschede	Almelo	Hengelo	totaal
interne kraamzorg	7.026	16.471	8.602	32.099
wijkkraamzorg	2.921	2.549	161	5.631
prenataal bureau	634			634

De met de produktie van deze verzorgingsdagen gepaard gaande kosten staan vermeld in tabel 4.

Tabel 4. Kosten kraamzorg per kraamcentrum in Twente (Ov.) 1976
(x f 1.000,--)

	Enschede	Almelo	Hengelo	Twente (Ov.)
kraamzorg	1.561,6	2.936,1	1.657,1	6.155,0
SPOK	82,1	179,8	91,5	353,3
totaal	1.643,9	3.115,9	1.748,6	6.508,3

De kosten die door het SPOK aan de kraamcentra zijn doorberekend hebben betrekking op de kosten van de ten behoeve van de kraamcentra gevoerde administratie en op de kosten van de provinciaal verpleegkundige.

De taken van het SPOK - serviceverlening en ondersteuning van het uitvoerend niveau - werden in 1976 uitgevoerd door een aantal verschillende diensten. Met uitzondering van de serviceverlening door SPOK Algemene Dienst Hengelo bestreken deze diensten de gehele provincie Overijssel en de Zuidelijke IJsselmeerpolders. De kosten van deze diensten zijn met behulp van de volgende verdeelsleutels aan Twente toegerekend: de kosten van de SHD-kraamzorg naar rato van het aantal verzorgingsdagen en de kosten van de overige diensten naar rato van het inwonertal van Twente. Worden de uitgaven van het SPOK verdeeld over de in tabel 5 gemaakte indeling naar activiteiten, dan kwam f 438.200,-- ten laste van de kraamzorg en f 3.727.000,-- ten laste van de wijkverpleging en overige activiteiten. Om nu een duidelijk inzicht te verkrijgen in de totale kosten van het kruiswerk in Twente (Ov.) zijn de kosten van het SPOK in tabel 5 weergegeven per dienst, waarin tevens de aan de districten en kraamcentra doorberekende kosten en quota zijn verwerkt.

Tabel 5. Kosten van het SPOK ten laste van Twente (Ov.) 1976 (x f 1.000,--)

	kosten	doorberekende kosten	t.l.v. SPOK
algemeen secretariaat	154,5		154,5
algemene dienst	1.290,6	520,0	770,6
sociaal medische dienst	682,1		682,1
gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	157,8		157,8
sociaal hygiënische dienst:			
- consultatiebureau	1.021,6	873,1	148,5
- kraamzorg	207,4	121,4	86,0
- overhead	342,6		342,6
provinciale entadministra- tie	229,8		229,8
contributie landelijke organisatie	78,8		78,8
quota		597,5	./..597,5
	4.165,2	2.112,0	2.053,2

De kosten van het kruiswerk in de gemeenten Borculo, Eibergen, Neede en Groenlo zijn in tabel 6 weergegeven. Deze kosten zijn inclusief een door ons geraamd kostenaandeel in de Provinciale Gelderse Kruisvereniging.

Tabel 6. Kosten kruiswerk BENG-gemeenten 1976 (x f 1.000,--)

	wijkverpleging en overige activiteiten	kraamzorg	totaal
personele kosten	864,7	465,7	1.330,4
overige kosten	297,4	29,7	327,1
totaal	1.162,1	495,4	1.657,5

De kraamzorg thuis in de gemeenten Borculo, Eibergen en Neede vindt plaats vanuit het kraamcentrum Zutphen en in de gemeente Groenlo vanuit het kraamcentrum Doetinchem.

5.2 Financiering

De activiteiten van het kruiswerk in Twente werden in 1976 uit diverse bronnen gefinancierd. Zoals uit de in tabel 7 weergegeven financieringsbronnen blijkt, kan worden gesteld dat er bovendien sprake is van een zeer pluriforme wijze van financiering van het kruiswerk.

Tabel 7. Financiering van het kruiswerk in Twente in 1976, naar financieringsbronnen per activiteitscategorïe (x f 1.000,--)

	SPOK	districten en kraamcentra Twente (Ov.)	kruiswerk BENG- gemeenten x)	totaal
<i>wijkverpleging en overige activiteiten</i>				
subsidies:				
- rijk	1.180,5	5.419,0	376,3	6.975,8
- provincie	314,9			314,9
- gemeente	5,6	3.684,5	201,7	3.891,8
- overige	73,1			73,1
contributies		4.939,9	331,8	5.271,7
AWBZ	230,7			230,7
overige baten	232,8	900,1	142,7	1.275,6
<i>kraamzorg</i>				
subsidies rijk	85,8	932,5	78,4	1.096,7
verpleeggeld		5.827,3	421,5	6.248,8
overige baten		226,5	18,9	245,4
totaal	2.123,4	21.929,8	1.571,3	25.624,5

x) exclusief Provinciale Gelderse Kruisvereniging

De subsidies van het rijk zijn verleend in het kader van verschillende regelingen, waarvan de interimsubsidieregeling voor het kruiswerk de belangrijkste is voor wat betreft de personeelsbezetting. In deze interimregeling is de subsidiabele personeelsformatie direct of indirect gerelateerd aan de inwonersaantallen van de verzorgingsgebieden. Tevens wordt in deze regeling rekening gehouden met enige verfijningsfactoren, zoals: bevolkingsdichtheid, geografische belemmeringen en bevolkingssamenstelling.

De gemeentesubsidies aan het plaatselijke kruiswerk zijn vastgesteld op basis van percentages van de rijkssubsidie voor wijkverpleegkundigen, van de kosten van de leiding van consultatiebureaus en van de contributieopbrengst. De gemeenten ontvangen 80% van de verleende subsidie weer van het rijk terug.

Voor wat betreft de contributies kan worden opgemerkt dat 20% rechtstreeks van de leden werd ontvangen en 80% via de ziekenfondsen werd betaald. Via een aanvullende verzekering bij het Regionaal Ziekenfonds Twente genieten namelijk vele verzekerden de rechten van leden van een kruisvereniging en kunnen uit dien hoofde gebruik maken van de diensten van de kruisverenigingen.

Als nadere toelichting zijn in tabel 8 nog de opbrengsten per districts-eenheid per financieringsbron en in tabel 9 de opbrengsten uit verpleeg-gelden - ruim 82% van de totale baten van de kraamzorg in de regio - per activiteit weergegeven.

Tabel 8. Opbrengsten per district naar financieringsbronnen, Twente (Ov.) 1976 (x f 1.000,--)

	Hengelo	Almelo	Twente-Oost	Enschede
rijkssubsidies	1.144,6	1.690,2	486,0	2.098,2
gemeentesubsidies	845,9	1.194,3	455,6	1.188,7
contributies	1.088,2	1.526,7	561,1	1.764,0
overige baten	139,3	232,2	69,6	459,0
-----	-----	-----	-----	-----
totaal	3.218,0	4.643,4	1.572,3	5.509,9

Tabel 9. Verpleeggelden interne kraamzorg en wijkkraamzorg Twente (Ov.) 1976

	verzorgingsdagen	tarieven (f)	opbrengsten (f)
interne kraamzorg	428 31.671	155,-- 169,50	5.434.575,--
wijkkraamzorg	79 5.552	62,-- 68,--	382.434,--
verleende kortingen			./ 3.987,--
prenataal bureau	634	22,50	14.265,--
totaal			5.827.287,--

De opbrengsten uit verpleeggelden van de kraamzorg thuis in de BENG-gemeenten zijn in tabel 10 nader uitgesplitst in ontvangen verpleeggelden ten behoeve van respectievelijk de interne kraamzorg en de wijkkraamzorg.

Tabel 10. Verzorgingsdagen, tarieven en opbrengsten kraamzorg thuis in BENG-gemeenten, 1976

	verzorgingsdagen	tarieven(f)	opbrengsten(f)
interne kraamzorg	2.504	166,--	415.664,--
wijkkraamzorg	88	66,40	5.843,--
totaal	2.592		421.507,--

Van de opbrengsten uit verpleeggelden kwam - voor de gehele regio Twente - in 1976 74.5% ten laste van de ziekenfondsen en 25.5% ten laste van de niet-ziekenfondsverzekerden.

Voor de kraamzorg golden in 1976 de navolgende eigen bijdragen:

- voor de ziekenfondsverzekerde over maximaal 10 dagen f 25,-- per dag voor interne kraamzorg en f 10,-- per dag voor de wijkkraamzorg;
- voor de particulier verzekerde respectievelijk f 40,-- en f 16,-- per dag, eveneens voor maximaal 10 dagen.

Voor zover er sprake was van een aanvullende verzekering bij een ziekenfonds kwamen de eigen bijdragen van de ziekenfondsverzekerden ten laste van het ziekenfonds.

De eigen bijdragen zijn in het bovenstaande opgenomen in de opbrengsten uit verpleeggelden.

5.3 Budgetfinanciering en AWBZ-verstrekking

In het voorgaande is gebleken dat het kruiswerk uit verschillende bronnen wordt gefinancierd. De belangrijkste nadelen van deze - historisch gegroeide - financiering zijn dat de verleende subsidies op verschillende grondslagen zijn gebaseerd en dat de financierende instanties onafhankelijk van elkaar beslissingen kunnen nemen over de hoogte van de te verlenen bijdragen. Onder meer in de Structuurnota - met als beleidsuitgangspunt een versterking van de extramurale sector - is deze wijze van financiering van het kruiswerk ter discussie gesteld, met name omdat er onvoldoende mogelijkheden worden geboden gewenst geachte ontwikkelingen te stimuleren. Omtrent een alternatieve wijze van financiering heeft zeer recent de Ziekenfondsraad een advies uitgebracht: 'Opneming werk van kruisinstellingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten'. Daarin is voorgesteld het kruiswerk als wettelijke AWBZ-verstrekking te financieren.

Het financieren van het kruiswerk als wettelijke AWBZ-verstrekking impliceert dat er landelijk aanspraak op wordt gegeven. De mate waarin, kwantitatief gezien, deze hulp wordt verleend dan wel van deze hulp gebruik wordt gemaakt, is evenwel afhankelijk van plaatselijke c.q. regionale omstandigheden (zoals bevolkingssamenstelling, geografische belemmeringen en bevolkingsdichtheid) en kan dus feitelijk verschillen. Hiermee zal bij de uiteindelijke vaststelling van de hoogte van de uitkeringen rekening moeten worden gehouden, te meer daar het kruiswerk regionaal is georganiseerd. Een belangrijk voordeel van een regionale uitvoering van deze regeling is dat dan betalende en hulpverlenende instanties beter in staat worden gesteld hun samenwerking af te stemmen op plaatselijke omstandigheden en behoeften. Verder wordt voldaan aan een zo niet noodzakelijke dan toch gewenste voorwaarde die aan een regionaal budgetstelsel moet worden gesteld, en wel dat er één financierende instantie is. Een tweede voordeel is dat rekening kan worden gehouden met de reeds bestaande normen ten aanzien van subsidiabele formatieplaatsen, welke gekoppeld zijn aan inwonersaantallen. Hoewel de bestaande normen niet zijn voortgekomen uit onderzoek naar de behoeften van de bevolking, maar uit gevestigde traditie en beschikbare financiële middelen, bieden zij namelijk in eerste aanleg het nodige houvast met betrekking tot de personeelsbezetting binnen de wijkverpleging.

Inmiddels is besloten het kruiswerk met ingang van 1 januari 1980 via de AWBZ te financieren.

6. TUBERCULOSEBESTRIJDING

De werkzaamheden in het kader van de tuberculosebestrijding in de regio Twente worden voor wat betreft de Overijsselse gemeenten georganiseerd vanuit de Overijsselse Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose en in de Gelderse gemeenten vanuit de Stichting tot Bestrijding van de Tuberculose in Gelderland.

Eerstgenoemde vereniging exploiteert in Twente een drietal consultatiebureaus, te weten:

- districtsconsultatiebureau Enschede;
- districtsconsultatiebureau Almelo;
- consultatiebureau Hengelo.

De gemeenten Eibergen, Groenlo en Neede ressorteren onder het kringbureau Winterswijk van het districtsconsultatiebureau Doetinchem en de gemeente Borculo onder het kringbureau Zutphen van het districtsconsultatiebureau in Apeldoorn.

Alhoewel de opsporing van tbc-patiënten - gezien het besmettingsgevaar voor de omgeving een duidelijke preventieve activiteit - nog steeds de hoofddoelstelling van deze organisaties is, blijken in toenemende mate niet-tuberculose-afwijkingen te worden gevonden. Daar de hoofdactiviteiten liggen op het terrein van de besmettelijke ziektebestrijding - zoals keuringen krachtens de Wet bescherming leerlingen - kan dit deel van de gezondheidszorg tot de overheidsaangelegenheden worden gerekend en als zodanig ondergebracht worden bij de openbare gezondheidszorg.

Voor 1976 hadden wij alleen de beschikking over gegevens met betrekking tot de kosten en financiering van de consultatiebureaus in het Overijsselse deel van Twente. In tabel 11 zijn deze kosten per bureau weergegeven en gesplitst in personeelskosten en overige kosten. De kosten van het algemeen secretariaat en van het Mantoux-onderzoek zijn op basis van het inwonertal aan Twente toegerekend, dit overigens voor zover de kosten niet waren doorberekend aan de consultatiebureaus.

Tabel 11. Kosten per consultatiebureau, gesplitst in personeelskosten en overige kosten, Twente 1976 (x f 1.000,--)

	Enschede	Almelo	Hengelo	alg.secr.en Mantoux- onderzoek	Twente (Ov.)
personeelskosten	295,8	283,1	103,7	94,2	776,8
overige kosten	51,9	74,1	35,5	14,2	175,7
totaal	347,7	357,2	139,2	108,4	952,5

De consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding en het Mantoux-onderzoek worden voor nagenoeg honderd procent gesubsidieerd door het Rijk. Ten behoeve van het algemeen secretariaat werd in 1976 een provinciale subsidie verkregen. Deze subsidiestromen benadrukken nogeens de nauwe binding van de overheid met de bestrijding van besmettelijke ziekten.

7. TANDHEELKUNDIGE ZORG

De tandheelkundige zorgverlening kan worden ingedeeld in:

- de algemene tandheelkundige zorg verleend door tandartsen;
- de specialistische tandheelkundige zorg verleend door tandheelkundige specialisten, en
- de tandheelkundige zorg verleend in het kader van de georganiseerde school- en jeugdtandverzorging.

Gezien het specifieke karakter van de school- en jeugdtandverzorging zal dat deel in een afzonderlijke paragraaf worden behandeld.

In Twente werd in 1976 tandheelkundige hulp verleend door 143 tandartsen en negen tandheelkundige specialisten, te weten zeven specialisten orthodontie en twee specialisten mondheelkunde en chirurgische prothetiek. Bij de stichtingen ten behoeve van de school- en jeugdtandverzorging in de regio zijn naast enkele full-time tandartsen, een groot aantal tandartsen part-time werkzaam.

7.1 Kosten

Ook voor deze voorziening zijn slechts de kosten van de tandheelkundige hulp verleend aan ziekenfondsverzekerden enigszins nauwkeurig te bepalen. De ziekenfondsen hebben voor de in de regio Twente woonachtige verzekerden in 1976 f 15.531.380,-- betaald voor de algemene tandheelkundige hulp verleend door tandartsen. Informatie over de uitgaven voor deze tandheelkundige zorg aan niet-ziekenfondsverzekerden in de regio Twente, is niet beschikbaar. De raming van de kosten van tandheelkundige zorg in het "Financieel overzicht van de gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983" van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, gaat uit van een kostenverhouding in 1976 tussen vergoedingen betaald door de ziekenfondsen en vergoedingen betaald door particulieren van 37 : 63. Deze verhouding heeft betrekking op de kosten van de algemene tandheelkundige zorg inclusief de kosten van de schooltandverzorging. De uitgaven van de ziekenfondsen ten behoeve van de schooltandverzorging in de regio bedroegen in 1976 f 1.762.122,-- (dit wordt nader toegelicht in de volgende paragraaf). Wordt verder nog rekening gehouden met het afwijkende percentage ziekenfondsverzekerden in de regio - 75% tegenover landelijk 70% - dan kunnen de kosten van de algemene tandheelkundige zorg in de regio Twente geschat worden op f 39.980.760,--.

Voor de hulp verleend door tandheelkundige specialisten aan ziekenfonds-verzekerden is in 1976 door de ziekenfondsen vergoed f 1.445.290,--.

Hierbij is vermeldenswaard dat de kosten van de zorg door tandheelkundige specialisten aanzienlijk uiteenlopen tussen de ziekenfondsen RZT en OGZO. RZT betaalde namelijk per verzekerde in 1976 gemiddeld f 3,50 voor hulp door tandarts-specialisten, terwijl OGZO hiervoor slechts f 0,96 per verzekerde vergoed heeft in 1976.

De kosten van de hulp verleend door tandheelkundige specialisten aan niet-ziekenfondsverzekerden zijn op grond van de ons bekende gegevens van particuliere ziektekostenverzekeraars, geschat op f 741.300,--.

Hiermee bedroegen de totale kosten van tandheelkundige specialistische hulp in 1976 in de regio Twente f 2.186.590,--.

Samengevat kostte de tandheelkundige verzorging van de inwoners van Twente in 1976:

- tandartsen	f 39.980.760,--	per inwoner f 68,03
- tandheelkundige specialisten	" 2.186.590,--	" " 3,72
- school- en jeugdtandverzorging	" 2.731.826,--	" " 4,65
	-----	-----
totaal	f 44.899.176,--	f 76,40

7.2 Financiering

In het algemeen zijn in Nederland de vergoedingen voor tandheelkundige hulp gebaseerd op een verrichtingentarief. Dit geldt eveneens voor Twente, met uitzondering van een tiental tandartsen die in loondienst zijn van het Regionaal Ziekenfonds Twente. Nog afgezien van het feit dat het vigerende tarievensysteem voor een regio geen mogelijkheden biedt de tandheelkundige zorg te budgetteren, doordat het aantal verrichtingen vooraf niet goed vaststelbaar is, moet een aantal opmerkingen worden gemaakt over de tandheelkundige situatie, op grond waarvan men zich af kan vragen of een andere honoreringsstructuur hiertoe wel mogelijkheden zal bieden.

De keuzemogelijkheden die de patiënt tot op zekere hoogte heeft ten aanzien van de verrichtingen gecombineerd met een toenemende 'dental-mindedness', zullen als gevolg hebben dat in toenemende mate - duurdere - verrichtingen moeten worden uitgevoerd, waarbij ook de invloed van het dertienjarige plan niet moet worden onderschat. Hiermee is al aangegeven

dat het toekomstige gebruik van deze voorziening en de daarmee samenhangende kosten moeilijk kunnen worden geschat. Een andere verstorende factor is, dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de aantallen inwoners per tandarts in de verschillende regio's. Zo was het aantal inwoners per tandarts in de regio Kennemerland in 1976 2990, en in de regio Twente in 1976 4110.

Tenslotte kan nog worden opgemerkt, dat de verschillende leeftijdscategorieën niet in eenzelfde mate een beroep doen op tandheelkundige zorg. Samenvattend mag dan ook worden gesteld, dat zonder een aantasting van de keuzevrijheid ten aanzien van de behandeling, de tandheelkundige zorg niet in een regionaal budget kan worden opgenomen. Aangezien de tandheelkundige zorg een in grote mate op zichzelf staande zorgvorm is, hoeft dit voorlopig niet als een bezwaar te worden gezien.

7.3 School- en jeugdtandverzorging

De tandheelkundige verzorging van schoolkinderen werd in 1976 in de regio verzorgd door:

- Stichting Jeugdtandverzorging Midden-Overijssel te Nijverdal;
- Stichting tot bevordering van de tandheelkundige verzorging van de schooljeugd in het district Hengelo (Ov.);
- Stichting Jeugdtandverzorging Enschede e.o.;
- Stichting tot bevordering van de schooltandverzorging in de kring Borculo;
- Stichting Schooltandverzorging Aalten-Eibergen;
- Stichting Schooltandverzorging Kring Wisch.

Voor een beschrijving van de verzorgingsgebieden van deze stichtingen wordt naar de functionele inventarisatie van de gezondheidszorg in de regio Twente verwezen.

De uitgaven ten behoeve van de jeugd- en schooltandverzorging, inclusief de nazorg, door bovengenoemde stichtingen bedroegen voor wat betreft hun activiteiten in de regio Twente in 1976 f 2.731.826,--. Opgemerkt moet worden dat dit bedrag niet zonder meer uit de jaarstukken is af te leiden, aangezien de boekjaren niet samenvallen met de kalenderjaren en er een correctie heeft plaatsgevonden voor zover de verzorgingsgebieden zich uitstrekten tot buiten de regio.

Voor de jaren 1975/'76 en 1976/'77 zijn de kosten per deelnemend kind

in de onderscheiden verzorgingsgebieden van de bovengenoemde stichtingen weergegeven in tabel 12.

Tabel 12. Kosten van de schooltandverzorging per deelnemend kind 1975/'76, 1976/'77 (f)

	1975/'76	1976/'77
Midden-Overijssel	78,76	90,34
District Hengelo (Ov.)	88,69	99,88
Enschede e.o.	84,37	84,11
Kring Borculo	55,68	64,77
Aalten-Eibergen	36,20	60,--
Kring Wisch	42,56	45,71

Deze stichtingen, belast met de jeugd- en schooltandverzorging in de regio, ontvingen ter dekking van de exploitatiekosten voor de behandeling van de in Twente woonachtige kinderen in 1976 de navolgende vergoedingen:

- van ziekenfondsen	f 1.762.122,--
- van particulieren	" 236.689,--
- van gemeenten	" 733.015,--

Er is overigens een tendens waar te nemen dat de ziekenfondsen en - voor een deel van de verzekerden - de particuliere ziektekostenverzekeraars 100% van de kosten per verzekerd deelnemend kind voor hun rekening gaan nemen. In hoeverre de gemeenten dan nog de door hen gewenste invloed op dit deel van de gezondheidszorg kunnen handhaven, is nog niet duidelijk. Gezien de sociale aspecten van met name de preventieve en voorlichtende taken van de stichtingen die de school- en jeugdtandverzorging voor hun rekening nemen, is het begrijpelijk dat de gemeenten zowel structureel als functioneel bij de schooltandverzorging betrokken wensen te blijven. Deze mening wordt ook gedeeld door zowel de Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde als de Centrale Raad voor de Sociale Tandheelkunde (Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde, 1977).

Voor wat betreft de school- en jeugdtandverzorging lijkt opnemings daarvan in een regionaal budget mogelijk. Zowel het georganiseerde verband waarbinnen de activiteiten worden ontplooid als de vergoeding van de medewerkers per tijdseenheid, bieden hiertoe voldoende aanknopingspunten.

Enigszins onduidelijk is nog de invloed van het deelnemingspercentage
- in Twente ruim 50% - en de bij de verzorging te betrekken leeftijds-
categorieën.

8. VERLOSKUNDIGE ZORG

De verloskundige zorg omvat de prenatale en natale zorg, alsmede de zorg voor moeder en kind in de kraambedperiode. De prenatale en natale zorg wordt veelal verleend door een verloskundige, een huisarts of een gynaecoloog/obstetricus. De verlossing kan plaats vinden in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch), in een kraaminrichting of bij de kraamvrouw thuis. Evenzo kan de kraamzorg in een ziekenhuis, kraaminrichting of ten huize van de kraamvrouw worden verleend. In dit laatste geval valt de zorg binnen het takenpakket van het kruiswerk: de kraamzorg thuis.

Uit het bovenstaande blijkt dat de verloskundige hulp op verschillende plaatsen wordt gegeven en dat verschillende beroepsbeoefenaren bij de zorg zijn betrokken. Een en ander houdt in dat de kosten van de verloskundige zorg niet uitsluitend bij de verloskundige zorg behoeven te worden ondergebracht, maar voor bepaalde delen thuis kunnen horen bij bijvoorbeeld specialistische hulp, ziekenhuisverpleging en kruiswerk. Zo zijn in dit rapport de kosten van verlossing en verpleging in een ziekenhuis en de kosten van de gynaecoloog/obstetricus opgenomen bij respectievelijk de algemene ziekenhuizen en specialistische hulp (hoofdstuk 14). De kosten van de kraamzorg thuis zijn behandeld in het hoofdstuk over maatschappelijke gezondheidszorg.

In het onderhavige hoofdstuk worden slechts de kosten en financiering van verloskundige zorg besproken voor zover het de honorering betreft van huisartsen en verloskundigen voor door hen geleide bevallingen.

8.1 Kosten

De kosten van verloskundige zorg in Twente bedroegen in 1976 naar schatting f 2.607.750,--. Hierbij is uitgegaan van een kostenverhouding tussen ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden van 75 : 25. Gegeven nu de uitgaven van de ziekenfondsen ten behoeve van de verloskundige zorg in de regio ad f 1.955.800,-- konden de totale kosten geraamd worden op het bovenstaande bedrag.

8.2 Financiering

De huisartsen en verloskundigen worden voor de door hen verleende ver-

leende verloskundige zorg gehonoreerd op basis van een tarief per verlossing. In 1976 bedroegen de ziekenfondstarieven voor de verloskundige f 375,-- en voor de huisarts f 442,97 per verlossing. Hiernaast werden door de ziekenfondsen vergoedingen verstrekt aan de huisartsen voor gedeeltelijke verloskundige zorg en voor bijzondere verloskundige hulp op verzoek van de verloskundige. Het merendeel van de particulier verzekerden kreeg in 1976 een vergoeding van het honorarium dat voor verloskundige hulp in voorkomende gevallen in rekening werd gebracht van ten hoogste f 525,-- per bevalling. Overschrijding van dit bedrag was mogelijk indien de verloskundige de hulp van een huisarts inriep.

Gezien het autonome karakter van het aantal geboorten in een regio en de landelijke vaststelling van de tarieven per verlossing bestaat voor de regio de mogelijkheid de verloskundige hulp vanuit een regionaal budget te financieren. Hierdoor heeft een regio weinig speelruimte met betrekking tot de hoogte van dit deelbudget en als zodanig weinig sturingsmogelijkheden. Bovendien kunnen verschuivingen tussen de verschillende vormen van verloskundige zorg tot gevolg hebben, dat zelfs de hoogte van het budget voor verloskundige zorg niet vooraf vaststelbaar is. Duidelijke afspraken over de in te schakelen beroepsbeoefenaars en de plaatsen waar verlossingen plaats kunnen vinden, dienen dan ook te worden gemaakt alvorens deze vorm van zorg in een regionaal budget kan worden opgenomen.

9. FYSIOTHERAPIE EN LOGOPEDIE

Fysiotherapie en logopedie, ook wel aangeduid met de verzamelnaam uitwendige geneeswijzen, omvatten een drietal vormen van therapie, te weten: fysiotherapie, oefentherapiemethoden Mensendieck en César, en logopedie. Fysiotherapie, te onderscheiden naar bewegingstherapie, massagetherapie en fysiotherapeutische applicaties, wordt zowel extramuraal in vrijgevestigde fysiotherapiepraktijken verleend als klinisch en/of poliklinisch in instellingen als ziekenhuizen, verpleegtehuizen, zwakzinnigeninrichtingen, revalidatiecentra, dagverblijven etc. Oefentherapie volgens de methoden Mensendieck en César vindt voornamelijk plaats in vrijgevestigde praktijken, terwijl de logopedie weer zowel in vrijgevestigde praktijken als in instellingen wordt verleend. Bovendien vindt logopedie toepassing bij de schoolartsendiensten ten behoeve van het stellen van diagnoses.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kosten en financiering van de 'extramurale' uitwendige geneeswijzen, wat betekent dat de klinische zorg verleend in instellingen hier buiten beschouwing blijft. De kosten van de logopedie in het kader van de schoolartsendiensten zijn verwerkt in de kosten van de openbare gezondheidszorg. Tevens zal in dit hoofdstuk aandacht worden besteed aan de vraag of de kosten van de 'extramurale' uitwendige geneeswijzen in een regionaal budget kunnen worden ondergebracht.

9.1 Kosten

Naar de kosten gerekend behoren de uitwendige geneeswijzen tot de snelst groeiende vormen van extramurale zorg in Nederland. Zo bedroeg voor de periode 1972 tot en met 1976 de kostenstijging gemiddeld 23.2% per jaar en voor de periode 1977 tot en met 1982 wordt een jaarlijkse kostenstijging verwacht van gemiddeld 15.6%. Dit terwijl de totale kosten van de extramurale gezondheidszorg in Nederland in de periode 1972 tot en met 1976 per jaar gemiddeld met 16.2% toenamen en voor de periode 1977 tot en met 1982 een gemiddelde jaarlijkse kostenstijging wordt verwacht van 10.3%.

De ontwikkeling van de kosten van extramurale uitwendige geneeswijzen wordt in belangrijke mate bepaald door de ontwikkeling van de fysiothe-

rapie, welke van de kosten van uitwendige geneeswijzen verreweg het belangrijkste aandeel opeist. Voor wat betreft de ziekenfondsverzekerden was in 1976 het aandeel van de kosten van fysiotherapie in de totale kosten van uitwendige geneeswijzen zelfs 94%.

Ook in Twente vertonen de kosten van de 'extramurale' uitwendige geneeswijzen een snelle stijging. Dit blijkt onder andere uit gegevens van het Regionaal Ziekenfonds Twente. Voor de periode 1975 tot en met 1977 was hier namelijk sprake van een jaarlijkse gemiddelde kostenstijging van 21.4% per verzekerde.

In Twente is in 1976 naar schatting f 21.928.000,-- uitgegeven ten behoeve van 'extramurale' uitwendige geneeswijzen. Hiervan kwam voor rekening van de ziekenfondsen f 13.156.715,-- en voor rekening van de niet-ziekenfondsverzekerden f 8.771.285,--. De kosten ten laste van de niet-ziekenfondsverzekerden zijn geschat naar analogie van de door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gehanteerde raming, die uitgaat van de veronderstelling dat het particuliere aandeel in de kosten 45% bedraagt van de totale kosten van de uitwendige geneeswijzen. Gezien het afwijkende percentage ziekenfondsverzekerden in de regio Twente (75% in tegenstelling tot landelijk 70%) heeft hierop een correctie plaats gehad en wordt hier uitgegaan van een kostenaandeel van 40%. Opgemerkt moet worden dat onduidelijk is in hoeverre deze raming juist is. Dit te meer daar in 1976 de opbrengsten uit fysische therapie in de algemene ziekenhuizen in Twente voor ruim 80% afkomstig waren van ziekenfondsen en voor bijna 20% van particulieren. Om evenwel t.z.t. een vergelijking met landelijke cijfers mogelijk te maken, is desondanks gekozen voor de door het Ministerie gehanteerde raming. Bovendien bedroegen de vergoedingen voor poliklinisch verleende fysiotherapie in de algemene ziekenhuizen in Twente slechts 14.3% of f 2.639.500,-- van de totale uitgaven voor fysiotherapie in de regio.

Voor wat betreft de kosten van uitwendige geneeswijzen per ziekenfondsverzekerde valt een aanzienlijk verschil op tussen de kosten per verzekerde bij RZT (f 30,74) en OGZO (f 24,76). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in het werkgebied van RZT relatief gezien meer fysiotherapeuten werkzaam zijn dan in het werkgebied van OGZO.

9.2 Financiering

In de kostenparagraaf is al gebleken dat in 1976 de ziekenfondsen ten behoeve van hun verzekerden in de regio Twente f 13.156.715,-- hebben uitgegeven voor 'extramurale' uitwendige geneeswijzen. De uitgaven van niet-ziekenfondsverzekerden in de regio voor deze zorgvorm bedroegen in dat jaar naar raming f 8.771.285,--. De vergoedingen vinden plaats op basis van een verrichtingsstelsel, waarbij per verrichting een tarief is vastgesteld.

Of en in hoeverre de onderhavige voorzieningen in een regionaal budget kunnen worden ondergebracht, is afhankelijk van het antwoord op de vraag of en in hoeverre de aantallen verrichtingen en de tarieven aan het begin van de budgetperiode kunnen worden vastgesteld en eveneens of de hoogte van dit deelbudget beïnvloedbaar is. Zonder het huidige verrichtingsstelsel te verlaten, lijkt het voorshands niet mogelijk de 'extramurale' uitwendige geneeswijzen in een regionaal budget onder te brengen, aangezien onder meer:

- het aantal verrichtingen per beroepsbeoefenaar kan variëren op grond van het aantal in dienst zijnde assistenten en stagiaires;
- voor met name de fysiotherapie geldt dat de consumptiestijging nauw correleert met de toename van het aantal werkzame fysiotherapeuten, de ontwikkeling van het aantal beroepsbeoefenaren in deze sector is namelijk de belangrijkste factor die de groei veroorzaakt;
- er geen sprake is van een gelijkmatige spreiding van beroepsbeoefenaren over de verschillende regio's, zo liep in 1975 de dichtheid van het aantal fysiotherapeuten regionaal uiteen van 2,2 tot 6,6 per 1000 inwoners¹⁾;
- het de beroepsbeoefenaar is die, nadat de huisarts of specialist op grond van zijn diagnose een indicatie tot het verlenen van hulp heeft afgegeven, bepaalt welke middelen en methoden worden gebruikt.

Alhoewel weliswaar de tarieven zijn gegeven, kan hieruit worden geconcludeerd dat door het niet beïnvloedbaar zijn van de aantallen verrichtingen de kosten van de 'extramurale' uitwendige geneeswijzen niet in een

1) Discussienota Mogelijkheden van budgettering in de gezondheidszorg. Amstelveen, Ziekenfondsraad, 1978

regionaal budget kunnen worden ondergebracht. Verder blijkt hieruit dat een ander honoreringssysteem eveneens weinig mogelijkheden biedt zolang er geen sprake is van een regionaal vestigingsbeleid.

10. FARMACEUTISCHE HULP

In het onderhavige hoofdstuk wordt een deel van de farmaceutische hulp in de regio Twente besproken, te weten het extramurale verbruik van de door een apotheker of apotheekhoudende huisarts op recept afgeleverde genees- en verbandmiddelen. Niet behandeld wordt onder meer het gebruik van genees- en verbandmiddelen in de intramurale sector. De kosten hiervan zijn doorberekend in de tarieven wanneer het de door de AWBZ gefinancierde instellingen in de regio betreft, dan wel door de ziekenhuizen in de regio Twente afzonderlijk gedeclareerd. Voor zover informatie hierover beschikbaar is, komen de kosten in de desbetreffende hoofdstukken ter sprake. Daar zal blijken dat er slechts een beperkt inzicht bestaat in de kosten van de klinische receptuur in de regio Twente. Evenmin wordt aandacht besteed aan het geneesmiddelenverbruik in de vorm van zelfmedicatie. De kosten hiervan zijn overigens in het Financieel overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983 (uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne), geschat op bijna 13% van de kosten van de totale geneesmiddelenconsumptie.

De apotheker en de apotheekhoudende huisarts zijn primair verantwoordelijk voor de geneesmiddelenvoorziening, d.w.z. de verstrekking en eventuele bereiding. De huisartsen, specialisten, tandartsen etc. zijn daarentegen primair verantwoordelijk voor een juiste farmacotherapie. Wordt afgezien van een mogelijke invloed van de consument/patiënt op het al dan niet voorschrijven en op de keuze van geneesmiddelen, dan zijn het in het bijzonder de voorschrijvende huisartsen en specialisten die in hoge mate de kosten van de farmaceutische hulp bepalen. Hierbij zijn de prijzen van de geneesmiddelen als gegeven aangenomen. Dat er op het gebied van de prijzen kostenbesparing mogelijk is, blijkt onder meer uit de parallelimporten, waardoor dezelfde merkproducten goedkoper op de markt kunnen komen. Wij veronderstellen hier evenwel, dat een regio weinig of geen invloed kan uitoefenen op de prijzen van geneesmiddelen en dit komt dan ook verder niet ter sprake.

De huisartsen- en specialistenreceptuur ten behoeve van ziekenfondsverzekerden in de regio Twente zijn geanalyseerd door Honhoff in zijn proefschrift "Sociale farmacotherapie in Twente". Hij schetst onder meer

de rol van de apotheker en van de arts en noemt als taken van de apotheker voor een receptuurbewaking: "de registrerende taak door middel van de geneesmiddelenkaart, de uitvoerende taak als contactman met de voorschrijvende arts, de controlerende taak of de patiënt zijn geneesmiddelen wel goed gebruikt". De apotheker kan dus naast de geneesmiddelendistributie nog een aantal andere belangrijke taken vervullen. De arts is en blijft evenwel een zeer belangrijke 'kostenveroorzaker', doordat hij in zijn receptuur de uiteindelijke keuze van de soort en de hoeveelheid geneesmiddelen bepaalt. Een interessant gegeven uit het onderzoek van Honhoff dat wij hier willen vermelden, is dat er in 1974 tussen de subregio's Almelo, Hengelo en Enschede aanzienlijke verschillen bestonden tussen de receptuur en de daarmee samenhangende kosten van geneesmiddelengebruik. Dit geldt zowel voor de specialistenreceptuur als voor de huisartsenreceptuur.

Uit het onderstaande overzicht blijkt dat de uitgaven voor farmaceutische hulp van de ziekenfondsen per verzekerde in de respectievelijke werkgebieden in 1976 nog sterk uiteenliepen:

OGZO (Twente Ov.)	f 98,627
OGZO	" 105,036
Nederland gemiddeld	" 114,886
RZT	" 121,932

Aangezien het in het bijzonder de huisartsen en specialisten zijn die de hoogte van de kosten van farmaceutische hulp bepalen, mag van de artsen - en dat geldt niet alleen met betrekking tot de ziekenfondsverzekerden - naast een medisch ook een economisch verantwoorde farmacotherapie worden verwacht. In samenspel met de apotheker kan de arts meer kostenbewust gaan voorschrijven, waardoor besparingen mogelijk zijn. Zo kan het van belang zijn dat de arts de 'generic name' in zijn receptuur gebruikt, waardoor de apotheker het economisch meest voordelige geneesmiddel kan afleveren.

In dit kader valt eveneens melding te maken van de uitkomsten van een tweede onderzoek naar het geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden in de regio Twente. In dit onderzoek wordt - evenals in het al genoemde onderzoek van Honhoff - een duidelijk verband gevonden tussen het veel voorschrijven van een huisarts met het duur voorschrijven van die huisarts (Haaijer-Ruskamp, 1978). De apotheker heeft hierin een signalerende functie en kan dan in overleg met de arts niet alleen een medisch maar ook een economisch verantwoorde farmacotherapie mogelijk maken.

10.1 Kosten

De kosten van farmaceutische hulp bestaan enerzijds uit de kosten van het distributieapparaat (de apothekers en de apotheekhoudende huisartsen) en anderzijds de kosten van de door apothekers en apotheekhoudende huisartsen geleverde genees- en verbandmiddelen. Dit onderscheid wordt met name gemaakt, omdat de kosten van farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden kunnen worden toegerekend aan het distributieapparaat en aan de verstrekte genees- en verbandmiddelen. Gesteld is reeds dat in dit hoofdstuk niet wordt ingegaan op de in de intramurale instellingen onder verantwoordelijkheid van een apotheker verstrekte genees- en verbandmiddelen en evenmin op de uitgaven ten behoeve van zelfmedicatie.

Weer zijn uitsluitend de kosten van in dit geval farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden in de regio exact te bepalen. De opbouw van de vergoedingen voor farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden is vastgelegd in landelijke honoreringsovereenkomsten, die voor 1976 de navolgende vergoedingen inhielden:

A. aan apothekers:

1.a	netto honorarium per verzekerde	f 12,056
	pensioenbijdrage per verzekerde	" 0,579
	kostenvergoeding per verzekerde	" 2,712
		f 15,347
1.b	risicotoeslag per verzekerde over maximaal 5.000 verzekerden	f 3,931
2.a	kostenvergoeding per aflevering	f 1,646
2.b	vergoeding voor afgeleverde genees- en verbandmiddelen	

B. aan apotheekhoudende huisartsen:

1.a	netto honorarium per verzekerde	f 6,80
	pensioenbijdrage per verzekerde	" 0,73
	apotheekekosten per verzekerde	" 16,51
	spillagevergoeding per verzekerde	" 1,14
		f 25,18
1.b	bijdrage in de exploitatiekosten van de Stichting Controle Laboratorium voor Nederlandse Apotheekhoudende Geneeskundigen, per verzekerde	f 0,28
2.	vergoeding voor afgeleverde genees- en verbandmiddelen	

De bedragen die voor afgeleverde geneesmiddelen door apothekers en apotheekhoudende huisartsen bij ziekenfondsen kunnen worden gedeclareerd, zijn - met enige uitzonderingen - vermeld in de zgn. Ziekenfondstaxe. Dit is een prijslijst van genees- en verbandmiddelen, met als uitgangspunt bij de vaststelling van de hoogte van de vergoedingen dat de ziekenfondsen de aan hun verzekerden geleverde geneesmiddelen in principe tegen de gemiddelde kostprijs vergoeden. Deze kostprijs is gebaseerd op de in een gemiddelde apotheek meest frequent ingekochte verpakkingseenheid, waarbij wordt uitgegaan van het principe dat de apotheker en ook de apotheekhoudende huisarts geen winst maken op de geneesmiddelen afgeleverd aan ziekenfondsverzekerden.

De uitsluitend door de apotheker te ontvangen vergoeding voor het afleveren van geneesmiddelen aan ziekenfondsverzekerden is gebaseerd op genormaliseerde hoeveelheden, de zgn. afleveringen. Onder een aflevering is te verstaan een bepaalde hoeveelheid - of een deel ervan - van een farmaceutische vorm, ongeacht de samenstelling van een geneesmiddel. Het begrip aflevering wordt gehanteerd als maatstaf voor de kostenvergoeding aan de apotheker, terwijl deze kostenvergoeding wordt vastgesteld op basis van landelijk voor het afleveren van geneesmiddelen gemiddeld te maken kosten. Aan apotheekhoudende huisartsen wordt geen kostenvergoeding per aflevering verleend om ervoor zorg te dragen dat deze geen financiële belangen heeft bij de aantallen afleveringen.

De ziekenfondsen betaalden in 1976 voor de farmaceutische hulp door apothekers en apotheekhoudende huisartsen ten behoeve van hun verzekerden in de regio Twente de navolgende vergoedingen:

- abonnementshonorarium apothekers	f 5.970.442,--
- vergoeding genees- en verbandmiddelen aan apothekers	" 38.202.459,--
- abonnementshonorarium apotheekhoudende artsen	" 1.340.221,--
- vergoeding genees- en verbandmiddelen aan apotheekhoudende artsen	" 5.454.203,--
totaal	<u>f 50.967.325,--</u>

De uitgaven van niet-ziekenfondsverzekerden ten behoeve van farmaceutische hulp moeten bij gebrek aan gegevens worden geschat. Voor de regio Twente is geraamd dat 25% van de totale kosten van farmaceutische

hulp voor rekening komt van niet-ziekenfondsverzekerden¹⁾, te weten f 16.989.108,--. De totale kosten van farmaceutische hulp in de vorm van extramuraal op recept afgeleverde genees- en verbandmiddelen komen hiermee voor de regio Twente in 1976 op f 67.956.433,--.

10.2 Financiering

Het blijkt dat er een duidelijk verschil bestaat tussen de financiering van de farmaceutische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden en die ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden. Dit verschil komt er in wezen op neer dat de ziekenfondsen rechtstreeks bijdragen in de kosten van het distributieapparaat en daarnaast op kostprijsbasis de afgeleverde geneesmiddelen vergoeden, terwijl de niet-ziekenfondsverzekerden uitsluitend per afgeleverd geneesmiddel betalen. Wanneer nu voor een adequate functieuitoefening een vaste relatie van de apotheker met zijn cliënt wenselijk is, dan past het honoreringssysteem van de ziekenfondsen in die filosofie. Evenals bij de huisartsenhulp kunnen dan de kosten van het distributieapparaat in het regionale budget worden opgenomen.

Aangezien de prescriptie van de voorschrijvende artsen niet gebudgetteerd kan worden - hooguit geraamd voor een toekomstige periode - lijkt het weinig zinvol het geneesmiddelengebruik in een regionaal budget op te nemen. Dit laat onverlet de mogelijkheden en noodzakelijkheden om op de kosten van het geneesmiddelengebruik te bezuinigen. Inzicht in de hoogte van de kosten is ook zonder meer wenselijk om voor de gezondheidszorg in de regio prioriteiten te kunnen stellen.

1) Gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne geven te zien dat bij een percentage ziekenfondsverzekerden van 70% van de kosten van farmaceutische hulp 70% voor rekening komt van die verzekerden. Aannemende dat het gebruik van niet-ziekenfondsverzekerden in de regio Twente gemiddeld niet afwijkt van het landelijke beeld en corrigerend voor het percentage ziekenfondsverzekerden in de regio (bijna 75%), komt men tot een kostenaandeel van de ziekenfondsverzekerden van 75% in de kosten van farmaceutische hulp in de regio Twente.

11. OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

In de regio Twente is de openbare gezondheidszorg organisatorisch ondergebracht in een drietal grote diensten, te weten:

- de Districts Geneeskundige en Gezondheidsdienst Gemeentekring Almelo;
- de Districtsgezondheidsdienst Midden-Twente;
- de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Enschede.

De GG & GD Enschede is evenwel nog niet uitgegroeid tot een de gehele subregio Enschede omvattende districtsdiensd. Als gevolg hiervan is in het zuiden van de regio een aantal gemeenten niet of niet volledige aangesloten bij een districtsdiensd. Dit laatste betekent overigens niet dat in die gemeenten waar geen dienst werkzaam is de verschillende functies in hun geheel niet worden uitgeoefend. Met uitzondering van de drie genoemde diensten wordt evenwel niet ingegaan op de financiële bijdragen die de gemeenten aan de (openbare) gezondheidszorg leveren. Gezien de in de Wet ambulancevervoer bij de diensten voor openbare gezondheidszorg dan wel bij de lagere overheden neergelegde verantwoordelijkheden ten aanzien van het ambulancevervoer, is een versnelde verdere samenwerking tussen de gemeenten te verwachten.

11.1 Kosten

Op basis van beschikbare informatie over bovengenoemde diensten zijn de kosten van de openbare gezondheidszorg in 1976 in de regio Twente vastgesteld. In de onderstaande tabel zijn de kosten van deze diensten gesplitst in personeelskosten en overige kosten en toegerekend aan de kostendragers algemene gezondheidszorg, bedrijfsgeneeskundige zorg, jeugdgezondheidszorg en zieken- en ongevallenvervoer. Opgemerkt moet worden dat de kosten van gemeentelijke of intergemeentelijke diensten voor openbare gezondheidszorg zowel binnen als tussen regio's niet vergelijkbaar zijn gezien de vaak totaal verschillende takenpakketten. Zo verzorgt bijvoorbeeld in de regio Twente de DGD Midden-Twente geen ambulancevervoer. Aan een kostenvergelijking van de drie diensten mag en kan dan ook geen betekenis worden toegekend.

Tabel 13. Kosten openbare gezondheidszorgdiensten in Twente, 1976
(x f 1.000,--)

	totale kosten	personeels- kosten	overige kosten
algemene gezondheidszorg	1.449,6	896,5	553,1
bedrijfsgeneeskundige zorg	1.670,9	1.355,4	315,5
jeugdgezondheidszorg	3.358,5	2.891,9	466,6
zieken- en ongevallenvervoer	4.129,7	2,785,5	1.344,2
totaal	10.608,7	7.929,3	2.679,4

Voor zover het zieken- en ongevallenvervoer door bovengenoemde diensten werd verzorgd, te weten door de DG & GD Gemeentekring Almelo en de GG & GD Enschede, bedroegen de kosten daarvan in 1976 f 4.129.700,--. Dit is inclusief het vervoer door derden voor rekening van de DG & GD Gemeentekring Almelo ten bedrage van f 624.632,--.

De ziekenfondsen hebben in 1976 voor hun verzekerden in de regio Twente f 7.434.426,-- vergoed voor de verstrekking ziekenvervoer. Deze vergoeding is inclusief het ziekenvervoer per particuliere ambulance en taxi. Geschat op basis van de verhouding 75 : 25 (de inmiddels bekende verhouding ziekenfondsverzekeren : niet-ziekenfondsverzekerden in de regio) kostte het ziekenvervoer van niet-ziekenfondsverzekerden f 2.478.142,--. De kosten van het zieken- en ongevallenvervoer in de regio Twente in 1976 zijn op grond hiervan door ons geschat op f 9.912.568,--.

11.2 Financiering

De baten voortvloeiende uit activiteiten in het kader van de algemene gezondheidszorg en bedrijfsgeneeskundige zorg, voor zover uitgevoerd door genoemde diensten, waren hoofdzakelijk bijdragen van gemeenten en ontvangsten van particulieren. De kosten van de jeugdgezondheidszorg komen ten laste van de participerende gemeenten, die een groot deel hiervan als bijzondere uitkeringen uit het Gemeentefonds dan wel in de vorm van rijkssubsidies terugontvangen.

Het ambulancevervoer door deze diensten geschiedt veelal voor rekening van ziekenfondsen of particulieren op basis van kostendekkende tarieven. Wanneer deze vergoedingen niet kostendekkend zijn, dan komen de nadelige exploitatiesaldi ten laste van de gemeenten. Hier is het van belang te

vermelden dat in 1976 de ziekenfondsen in Twente ruim 86% van de opbrengsten, verkregen uit vergoedingen voor geleverde diensten, voor hun rekening namen. Waarmee de ziekenfondsen, en dan in het bijzonder het Regionaal Ziekenfonds Twente, de belangrijkste onderhandelingspartners zijn bij het vaststellen van de hoogte van de tarieven.

Tabel 14. Baten openbare gezondheidszorgdiensten in Twente, 1976
(x f 1.000,--)

	subsidies/bijdragen			zieken- fondsen	overige	totaal
	rijk	provincie	gemeente			
algemene gezondheidszorg		17,6	1.151,6		280,4	1.449,6
bedrijfsgeneeskundige zorg			1.670,9			1.670,9
jeugdgezondheidszorg	742,2		2.616,3			3.358,5
zieken- en ongevallenvervoer			165,4	3.464,5	499,8	4.129,7
totaal	742,2	17,6	5.604,2	3.464,5	780,2	10.608,7

Een ontwikkeling in de richting van een sluitend netwerk van districts-diensten met onderling vergelijkbare takenpakketten - zoals onder meer aangeduid in de Structuurnota en in de toelichting bij het Wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg - is ook in Twente te signaleren. Een meer uniforme financiering van deze diensten kan dan worden geregeld. Hierbij is te denken aan een meer structurele financieringswijze bestaande uit een systeem van doeluitkeringen, waarmee garanties kunnen worden verkregen dat de taken ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Deze uitkeringen kunnen gekoppeld zijn aan inwonertallen en zonodig gecorrigeerd worden voor bijzondere omstandigheden. Hiernaast kunnen opbrengsten verkregen worden uit tarieven voor geleverde prestaties, te denken is aan ambulancevervoer, entingen, obducties e.d.

Met uitzondering van het ambulancevervoer is opneming van de openbare gezondheidszorg in een regionaal budget mogelijk. Bij de financiering zal wel rekening moeten worden gehouden met verschillen tussen de takenpakketten van de diverse diensten.

12. BEDRIJFSGENEESKUNDIGE ZORG

De bedrijfsgeneeskunde - een geenszins onbelangrijke vorm van gezondheidszorg - wordt hier summier behandeld, omdat over de kosten en financiering van de bedrijfsgeneeskundige zorg in de regio ternauwernood informatie beschikbaar is.

De kosten van de bedrijfsgeneeskundige diensten in Nederland bedroegen in 1976 volgens het CBS 165,4 miljoen gulden. Op grond van de relatieve omvang van de beroepsbevolking in Twente, in 1976 4,12% van de beroepsbevolking in Nederland,¹⁾ kunnen de kosten van de bedrijfsgeneeskundige zorg in de regio geschat worden op 6,8 miljoen gulden. Hiervan kwam ten laste van de bedrijfsgeneeskunde in het kader van de diensten van de openbare gezondheidszorg f 1.670.900,-- (zie hoofdstuk 11). De kosten van de overige bedrijfsgeneeskundige zorg kunnen hiermee geschat worden op ruim vijf miljoen gulden.

1) Rapport Sociaal-economische karakteristiek Gewest Twente.

13. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De geestelijke gezondheidszorg omvat een grote verscheidenheid aan intramurale-, ambulante- en zgn. tussenvoorzieningen.

In het onderstaande wordt ingegaan op een deel van de geestelijke gezondheidszorg, te weten: de psychiatrische zorg verleend in psychiatrische ziekenhuizen - opnamen en dag- en nachtbehandelingen - en door instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. De behandeling en verpleging op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen komen in dit hoofdstuk niet ter sprake, omdat afsplitsing van de kosten hiervan uit de kosten van de algemene ziekenhuizen niet goed mogelijk was. Evenzo zijn de kosten van behandeling door vrijgevestigde psychiaters bij de kosten van specialistische hulp opgenomen. Verder wordt ook voor de zwakzinnigenzorg en de verpleging en verzorging in verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden verwezen naar de desbetreffende hoofdstukken.

13.1 Psychiatrische ziekenhuizen

Aangezien in Twente geen psychiatrisch ziekenhuis is gevestigd, is opname van psychiatrische patiënten slechts mogelijk buiten de regio. Wel bestaat de mogelijkheid van opname in een van de Twentse algemene ziekenhuizen, met in 1976 in totaal 125 psychiatrische bedden, die echter primair bestemd zijn voor een kortdurend verblijf.

De meest nabijgelegen inrichting voor geesteszieken, het Sint Franciscushof in Raalte, is vanuit Twente wel redelijk bereikbaar. Van de ultimo 1976 in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen zijnde Twentenaren (638) verbleef op dat tijdstip ruim 30% in deze inrichting (203 patiënten). Verder zijn psychiatrische patiënten onder meer opgenomen in:

- Deventer : Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven;
- Assen : N.H. Psychiatrisch Centrum 'Licht en kracht' en 'Port Natal';
- Warnsveld: Psychiatrisch Centrum Het Groot Gaffel;
- Eelde : Sanatorium Hoog Hullen;
- Den Haag : Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal.

In heel Nederland verbleven ultimo 1976 22.877 patiënten in psychiatrische inrichtingen.¹⁾ Het aandeel van de Twentenaren hierin (2,79%) wijkt aanzienlijk af van het aantal dat te verwachten was op grond van het in-

1) Deze gegevens zijn afkomstig uit de Patiëntenregistratie psychiatrische ziekenhuizen van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

wonertal van Twente, dat op dat tijdstip namelijk 4,25% bedroeg van de Nederlandse bevolking.

De afwezigheid van een psychiatrisch ziekenhuis in de regio Twente is er verder de oorzaak van dat slechts zeer incidenteel gebruik wordt gemaakt van de in die instellingen geboden mogelijkheden voor psychiatrische dag- en nachtbehandeling.

13.1.1 Kosten

Gezien de afwezigheid van een psychiatrisch ziekenhuis in de regio, komen de in dit hoofdstuk te bespreken kosten van psychiatrische zorg geheel ten laste van het transregionale verkeer. Met uitzondering van de kosten van verpleging en verzorging van Twentenaren in het Sint Franciscushof te Raalte, wordt bij de bepaling van de kosten van dit transregionale verkeer uitgegaan van de gemiddelde kosten per verpleegdag, zoals die door het NZI zijn berekend: f 137,68. Aangezien de patiëntenstroom naar het Sint Franciscushof wel traceerbaar was, is voor die instelling uitgegaan van f 162,15, zijnde het gemiddelde verpleegtariaf per dag in 1976. Op grond hiervan zijn de kosten van verpleging van Twentenaren in psychiatrische ziekenhuizen geschat op f 34.500.000,--. Hiervan komt voor rekening van de in het Sint Franciscushof opgenomen Twentenaren f 12.047.500,--.

Door de afwezigheid van een psychiatrisch ziekenhuis in de regio wordt slechts weinig gebruik gemaakt van de in deze ziekenhuizen geboden mogelijkheid van dag- en nachtbehandeling. De kosten daarvan zijn dan ook laag. Op grond van de informatie van de ziekenfondsen kunnen de kosten hiervan geraamd worden op f 50.000,--.

13.1.2 Financiering

De kosten van verpleging in psychiatrische ziekenhuizen worden, veelal voor de duur van één jaar, vergoed door ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars op basis van een verpleegprijs per bed per dag. Bij een verblijf langer dan één jaar worden de verdere kosten vergoed in het kader van de AWBZ. Aangezien zowel uit landelijke cijfers als uit steekproeven bij instellingen bleek dat in 1976 ongeveer 71% van de in

psychiatrische ziekenhuizen aanwezige patiënten voor rekening van de AWBZ in die inrichtingen verbleef, is verondersteld dat dit percentage ook gold voor de uit Twente afkomstige patiënten.

De geschatte kosten van verpleging van Twentenaren in psychiatrische ziekenhuizen zijn dan ook voor 71% toegerekend aan de AWBZ-patiënten. Voor rekening van de Twentse ziekenfondsen kwam in 1976 ruim 21% van de kosten, waarmee een kostenaandeel voor de niet-ziekenfondsverzekerden resteert van bijna 8% voor verpleging gedurende één jaar of korter.

Tabel 15. Financiering van de kosten van verpleging van Twentenaren in psychiatrische ziekenhuizen, 1976

	vergoedingen	
	f	%
ziekenfondsen	7.245.000,--	21
particulieren	2.760.000,--	8
AWBZ	24.495.000,--	71
totaal	34.500.000,--	100

Voor wat betreft de vraag of en in hoeverre deze voorziening in een regionaal budget kan worden opgenomen, moet worden opgemerkt dat hiertoe voorshands geen mogelijkheden aanwezig worden geacht. Alleen al de onduidelijkheid over de instellingen waar patiënten uit de regio kunnen worden opgenomen, maakt het niet mogelijk vooraf een betrouwbare raming te maken van de kosten van verpleging en behandeling van Twentenaren in psychiatrische ziekenhuizen. Ook kan van de regio niet worden verwacht dat zij een actief beleid voert ten aanzien van de bestaande psychiatrische ziekenhuizen. Zelfs een vorm van interregionaal overleg hierover lijkt gezien de spreiding van de instellingen waar Twentenaren zijn opgenomen weinig mogelijkheden te bieden. Hooguit zou de regio de keuze van de contractbedden afhankelijk kunnen gaan stellen van bepaalde voorwaarden. De historisch gegroeide spreiding van psychiatrische ziekenhuizen over Nederland is er in het geval van de regio Twente met andere woorden de oorzaak van dat deze voorziening niet in een regionaal budget kan worden opgenomen.

13.1.3 Twents Psychiatrisch Ziekenhuis

Toepassing van de voor de intramurale psychiatrische voorzieningen geldende 1.5⁰/oo norm op de situatie in Twente, geeft deze regio aanspraak op ongeveer 875 plaatsen. Wanneer nog rekening wordt gehouden met continuering van de contractbedden (+400) en de PAAZ-bedden in de regio, dan zou in Twente plaats zijn voor een psychiatrisch ziekenhuis met 350 à 450 bedden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in Twente plannen zijn ontwikkeld voor een eigen psychiatrisch ziekenhuis. Voorlopige gedachten gaan in de richting van een ziekenhuis met een uiteindelijke capaciteit van 400 plaatsen, terwijl in eerste aanleg volstaan zal worden met 200 plaatsen. Realisering van een Twents psychiatrisch ziekenhuis zal een aantal financiële consequenties hebben. Zo bestaat de mogelijkheid dat door een betere bereikbaarheid het aantal opnemingen per 1.000 inwoners zal toenemen en als zodanig heeft een nieuw psychiatrisch ziekenhuis een kostenverhogend effect. In ieder geval zal het aantal dag- en nachtbehandelingen aanzienlijk toenemen, hetgeen eenzelfde effect zal hebben. In hoeverre dit kan resulteren in minder opnemingen is voorshands nog onduidelijk. Daar het tekort aan plaatsen voor psychiatrische dag- en nachtbehandeling in de regio duidelijk als een knelpunt wordt ervaren, lijkt het in de tijd gezien verstandiger om primair uit te gaan van een semimurale voorziening waarin deze mogelijkheden geboden worden. Te denken is aan een functionele opbouw met een behandelings- en nazorgpolikliniek, een daghospitaal, een nachtsluis e.d. Enige voorzichtigheid bij het vestigen van een nieuw psychiatrisch ziekenhuis is overigens geboden. De bezettingsgraad van de psychiatrische ziekenhuizen is namelijk de laatste jaren gestaag verminderd, en wel van 96,3 in 1972 tot 91,5 in 1977. Bovendien wordt voor de komende jaren een verdergaande daling verwacht (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1978).

13.2 Ambulante geestelijke gezondheidszorg

Een relatief groot aantal instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg ontplooiden in 1976 activiteiten in de regio Twente. Ook hier kan voor een nadere functionele beschrijving worden verwezen naar de inventarisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen in Twente. Zoals gezegd, zijn de kosten van specialistische hulp door vrijgevestigde psychiaters opgenomen bij de kosten van specialistische hulp.

13.2.1 Kosten

De kosten van de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg die in 1976 werkzaam waren in de regio Twente zijn in onderstaand over-

zicht weergegeven. Tot deze instellingen zijn hier gerekend: jeugd psychiatische diensten (JPD), sociaal-psychiatische diensten (SPD), psycho-geriatrie diensten (PGD) - JPD's, SPD's en PGD's werkten in 1976 samen in het Overijsselse Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (OCGG) - medisch opvoedkundige bureaus (MOB), instituten voor multidisciplinaire psychotherapie (IMP), consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD) en bureaus voor levens- en gezinsvragen (LGV).

Tabel 16. Kosten en financiering ambulante geestelijke gezondheidszorg Twente, 1976

instelling	kosten (f)			financieringsbronnen (%)			
	totale kosten	personeelskosten	overige kosten	AWBZ	ziekenfondsen	subsidies	eigen bijdragen
OCGG	669.082,--	548.627,--	120.455,--	100%			
JPD's	2.551.601,--	2.372.093,--	179.508,--	100%			
SPD's							
PGD's							
MOB's (3)	1.396.115,--	1.272.879,--	123.236,--	100%			
IMP	p.m.	p.m.	p.m.				
CAD	1.089.408,--	971.026,--	118.382,--			100%	
LGV's	197.822,--	187.452,--	10.370,--			100%	
totaal	5.904.028,--	5.352.077,--	551.951,--				

Bij dit overzicht dienen voor wat betreft de kosten de volgende opmerkingen te worden gemaakt:

- voor zover instellingen ook buiten de regio Twente activiteiten ontplooiden, zijn de kosten aan de regio toegerekend op basis van het aantal inwoners per 31 december 1976;
- de diversiteit aan instellingen was in 1976 groter dan in 1979, er hebben sindsdien fusies plaatsgevonden. Sommige instellingen hebben zich na 1976 teruggetrokken op het Twentse grondgebied;
- het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie is met ingang van 1 september 1976 gestart met opleidingsactiviteiten. In 1976 hebben geen therapieën plaats gevonden. Gezien deze situatie in 1976 zijn de kosten, voornamelijk inrichtings- en opleidingskosten, van het IMP Twente pro memorie opgevoerd;
- de curatieve activiteiten van het IMP worden, wanneer de cliënten niet zelf in staat zijn de kosten te betalen, op dit moment onder meer gefinancierd via de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en de Algemene Bijstandswet.

13.2.2 Financiering

Het samengaan of -werken van de afzonderlijke instellingen op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in regionaal verband (de RIAGG-vorming) maakt het gewenst onderlinge afstemming te verkrijgen van zowel het niveau van de afzonderlijke voorzieningen als van de financieringswijzen van deze voorzieningen. Dit laatste vooral met betrekking tot de curatieve activiteiten van de qua werkterrein elkaar soms overlappende instellingen. Uit het bovenstaande overzicht kan worden afgeleid dat voor wat betreft de betalende instanties er al een grote mate van diversiteit bestaat, terwijl ook de financieringsmethodieken nogal uiteenlopen. Zo worden de in het kader van de AWBZ gefinancierde voorzieningen veelal gefinancierd op basis van ingediende begrotingen ('budgetsysteem'), terwijl andere instellingen op verstrekkingsbasis (tariefsysteem) worden gefinancierd en/of afhankelijk zijn van verschillende subsidiegevers.

Voor wat betreft de subsidiërende instanties blijkt dat de LGV's gesubsidieerd worden door het Ministerie van CRM, provincies en gemeenten, de CAD's door het Ministerie van Justitie en het IMP, voor wat betreft de stichtingskosten, door het Praeventiefonds.

De vergaande regionalisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg - tot gestalte komend in de RIAGG's - geeft aanleiding om eens met meer dan gewone aandacht te kijken naar de mogelijkheden om voor deze dienstverlening te komen tot een vorm van regionale budgetfinanciering. Gezien de substitueerbaarheid van de diensten van enkele instellingen bestaat de mogelijkheid dat een beperking van de financiële middelen van de ene instelling een toeneming van de activiteiten van andere instellingen en daarmee een verschuiving van de geldstromen tot gevolg heeft. Wil de ontwikkeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan ook beheersbaar zijn, dan zal ook de financiering van de afzonderlijke instellingen op elkaar dienen te zijn afgestemd. Voor zover er nog sprake is van een tariefsysteem zal overgegaan kunnen worden op een vorm van budgetfinanciering. Wanneer dan bovendien globale richtlijnen of normen kunnen worden ontwikkeld op grond waarvan de kwantiteit van de totale dienstverlening en van de dienstverlening van de afzonderlijke instellingen - bijvoorbeeld vertaald in een toegestane personeelsinzet - kunnen worden vastgesteld, dan lijkt budgetfinanciering als instrument voor de beheersing van de ontwikkelingen in deze sector van de gezondheidszorg goede mogelijkheden te bieden. Eerste aanzetten met betrekking tot het ver-

krijgen van inzicht in de aard en de omvang van de dienstverlening door SPD's en MOB's zijn door de Ziekenfondsraad gemaakt door een uniforme registratie van gegevens betreffende de hulpverlening aan cliënten en door een inventarisatie van de werkzaamheden van deze instellingen. Financiering met behulp van regionale budgetten is dan gezien de functionele regionalisatie van deze vorm van zorg nog slechts een kleine stap.

14. HET ALGEMENE ZIEKENHUIS

De negen algemene ziekenhuizen in de regio Twente - met in 1976 een totale capaciteit van 2920 bedden (inclusief 134 wiegen voor gezonde zuigelingen)¹⁾ - tonen onderling aanzienlijke verschillen. De grootte loopt uiteen van 94 bedden in het Dinkelziekenhuis in Losser tot 558 bedden in het Ziekenhuis Ziekenzorg in Enschede. Ook de omvang en de samenstelling van de medische staven en de aanwezige faciliteiten vertonen aanzienlijke verschillen. Aangezien in de functionele beschrijving van de gezondheidszorg in de regio Twente al ruimschoots aandacht is besteed aan zowel de plaats die deze algemene ziekenhuizen innemen in het geheel van de gezondheidszorg in de regio als aan het functioneren van deze ziekenhuizen, kunnen wij ons hier beperken tot de kosten en de financiering van verpleging en behandeling in deze categorie instellingen. Als geheugensteun is in tabel 17 nog enige algemene informatie over deze ziekenhuizen samengevat.

Tabel 17. Algemene ziekenhuizen in Twente 1976, functieclassificatie, beschikbare bedden, verpleegdagen, aantal opnamen, doorstromingscoëfficiënt, kosten per bed per dag, kosten per verpleegdag, kosten per opname, personele kosten per 100 bezette bedden

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- Zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius	Twente
gemiddeld aantal bedden ¹⁾	338	387	325	342	528	558	94	233	115	2920
aantal op- namen	7.695	8.481	6.835	6.813	10.994	9.732	1.723	4.376	3.405	60.054
aantal ver- pleegdagen	103.371	124.368	106.793	103.671	172.784	163.458	26.815	64.097	43.247	908.604
gemiddelde verpleegduur	13,4	14,7	15,6	15,2	15,7	16,8	15,6	14,6	12,7	15,1
bezettings- percentage	83.8	87.8	89.8	82.8	90.0	80.0	78.2	75.2	102.7	85.0
doorstromings- coëfficiënt ^{x)}	22.8	21.9	21.0	20.0	20.8	17.4	18.3	18.8	29.6	20.6
functieclas- sificatie	III	III	II	III	IV	IV	I	II	II	

x) $\frac{\text{aantal opnames}}{\text{gemiddelde aantal beschikbare bedden}}$

- 1) Het aantal in het kader van de AWBZ erkende bedden (2856 in 1976) verschilt van het aantal feitelijke aanwezige bedden in de regio. Een verklaring hiervoor kan zijn dat ten tijde van het verlenen van erkenningsbeschikkingen in het kader van de AWBZ in 1968 onduidelijkheid bestond over het al dan niet meetellen van de wiegen voor gezonde zuigelingen. Voor sommige ziekenhuizen stemt het aantal erkende bedden overeen met het aantal feitelijk aanwezige bedden inclusief de wiegen voor gezonde zuigelingen, terwijl voor andere ziekenhuizen het aantal erkende bedden overeenstemt met het aantal feitelijk aanwezige bedden exclusief de wiegen voor gezonde zuigelingen.

14.1 Kosten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de kosten van het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen door inwoners van de regio Twente. Hiertoe worden in de eerste plaats de kosten- en productiestructuur van de in Twente gevestigde algemene ziekenhuizen onderzocht. Vervolgens wordt de vraag gesteld in hoeverre de kosten van de algemene ziekenhuizen zijn toe te rekenen aan de inwoners van Twente en tenslotte zal worden getracht aan te geven wat de kosten zijn van het gebruik door de inwoners van Twente van ziekenhuizen buiten de regio.

Met betrekking tot de ziekenhuizen kunnen derhalve twee relaties worden onderscheiden, die in het kader van dit onderzoek van belang zijn:

1. de relatie tussen de ziekenhuisproductie in Twente en de kosten daarvan;
2. de relatie tussen het gebruik door de inwoners van Twente van ziekenhuizen en de kosten daarvan.

Op de hoogte van de kosten van de productie van ziekenhuizen is een groot aantal factoren van invloed. Als belangrijkste hiervan kunnen worden genoemd de ziekenhuisfunctie, de capaciteit, de capaciteitsbenutting, de beheersvorm, de aard en het karakter van het ziekenhuis en het bouwjaar (Aart, 1977). Voor wat betreft de functies van de ziekenhuizen is gebleken dat naarmate de 'zwaarte' van het patiëntenbestand (gemeten naar diagnoses, specialismen en algemene patiëntenkenmerken) toeneemt, de complexiteit van onderzoek en behandeling en daarmee de productie van nevenverrichtingen per opname en de gemiddelde verpleegduur toenemen. Parallel daarmee geven ook de personele bezetting per bed en de kosten per opname c.q. verpleegdag een stijging te zien. De zwaarte van het patiëntenbestand hangt nauw samen met de functie van een ziekenhuis, d.w.z. met de samenstelling van de medische staf, de aanwezige faciliteiten, het opleidingsprogramma en de poliklinische functie. In het kader van het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen is een functieclassificatie gemaakt op basis van onder meer de samenstelling van de medische staven. Op grond hiervan kunnen de ziekenhuizen in vier groepen worden ingedeeld en wel zodanig dat van groep I naar groep IV het aantal specialismen toeneemt. Zowel voor wat betreft de kosten per verpleegdag als de kosten per opname valt van functieklasse I naar functieklasse IV een vrij sterke toename te signaleren (NZI, 1977). De Twentse algemene ziekenhuizen zijn in tabel 17 eveneens ingedeeld naar functiegroep.

De navolgende tabellen in deel I, hoofdstuk 14: Het algemene ziekenhuis verschaffen inzicht in het functioneren van die ziekenhuizen:

Tabel 41 - Percentage patiënten en gemiddeld aantal verpleegdagen per specialisme in 1976;

Tabel 42 - Het gemiddeld aantal verpleegden per dag per ziekenhuis en specialisme (1976);

Tabel 44 - De leeftijdsopbouw van de opgenomen patiënten per ziekenhuis in percentages (1976);

Tabel 45 - Overzicht van het aantal per 1-9-1977 in de algemene ziekenhuizen in Twente werkzame specialisten op full-time basis;

Tabel 46 - Het personeelsbestand in de Twentse ziekenhuizen per 1-9-1977;

Tabel 47 - Het aantal personeelsleden in de algemene ziekenhuizen per 100 bedden, per 1000 opnamen en per 1000 verpleegdagen (1-9-1977);

Tabel 48 - Het paramedisch personeel in de Twentse algemene ziekenhuizen naar werksoort per 1-9-1977 (herleid tot full-time basis).

Om het beeld volledig te maken zijn in tabel 18 nog enige verrichtingen van nevenafdelingen van de Twentse algemene ziekenhuizen opgenomen.

Tabel 18. Verrichtingen van nevenafdelingen van de Twentse algemene ziekenhuizen

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius
klinische operaties									
tariefgroep I	737	743	538	398	1.005	1.064	48	164	201
II	531	577	371	343	783	1.071	35	288	100
III	527	437	324	293	744	643	64	275	62
IV	1.105	952	1.275	573	1.470	845	154	449	621
V	782	372	517	260	401	858	71	378	299
röntgendiagnostiek									
verrichtingen klinisch	8.426	10.073	5.170	3.629	16.700	15.301	1.826	3.536	2.783
" poliklinisch	24.200	25.678	20.139	16.661	32.500	31.594	5.031	14.244	10.262
fysiotherapeutische ver- richtingen									
massage en oefen									
klinisch	53.701	20.881	36.130	13.266	{ 91.450	48.099	5.869	33.248	{ 19.879
poliklinisch	24.114	12.156	16.733	11.734		20.911	15.582	14.576	
fysiotherapeutische ver- richtingen									
klinisch	2.949	852	3.064	1.811	{ 30.350	6.408	421	705	{ 11.649
poliklinisch	19.958	10.585	12.005	8.042		13.380	13.479	11.544	
functie-onderzoekingen									
klinisch	3.504	n.b.	2.284	2.237	15.840	30.655	841	2.857	{ 3.777
poliklinisch	4.689	n.b.	5.566	1.264	18.330	22.654	1.067	3.562	
klinisch-chemisch labo- ratorium									
punten klinisch	540.606	864.892	398.440	300.597	1.315.050	1.043.000	111.635	355.899	199.006
poliklinisch	525.699	854.173	435.404	321.412	545.090	824.000	172.204	350.728	210.358

Om de productie van nevenverrichtingen enigszins vergelijkbaar te maken, is in tabel 19 per ziekenhuis een aantal nevenverrichtingen weergegeven per 100 opnamen. Aangezien het onduidelijk is in hoeverre de beschikbare gegevens over het polikliniekgebruik volledig zijn, zijn de nevenverrichtingen niet gekoppeld aan bijvoorbeeld 1.000 polikliniekbezoeken. Het verloop van de aantallen nevenverrichtingen vertoont in grote lijnen het landelijke beeld, d.w.z. dat gaande van functieklasse I naar functieklasse IV de aantallen nevenverrichtingen per 100 opnamen een stijging vertonen.

Tabel 19. Aantal nevenverrichtingen weergegeven per 100 opnamen van de Twentse algemene ziekenhuizen, 1976

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius
klinische operaties									
tariefgroep I	9.6	8.8	7.9	5.8	9.1	10.9	2.8	3.7	6.0
II	6.9	6.8	5.4	5.0	7.1	11.0	2.0	6.6	3.0
III	6.8	5.2	4.7	4.3	6.8	6.6	3.7	6.3	1.9
IV	14.4	11.2	18.7	8.4	13.4	8.7	8.9	10.3	18.5
V	10.2	4.4	7.6	3.8	3.6	8.8	4.1	8.6	8.9
röntgendiagnostiek									
verrichtingen klinisch	109.5	118.8	75.6	53.3	151.9	157.2	106.0	80.8	83.1
fysiotherapeutische ver- richtingen									
massage en oefen klinisch	697.9	246.2	528.6	194.7	n.b.	494.2	340.6	759.8	n.b.
fysiotherapeutische ver- richtingen klinisch	38.3	10.0	44.8	26.6	n.b.	65.8	24.4	16.1	n.b.
functie-onderzoekingen									
klinisch	45.5	n.b.	33.4	33.4	144.1	315.0	48.8	65.3	n.b.
klinisch-chemisch labo- ratorium									
punten klinisch	7.025	10.198	5.829	4.412	11.962	10.717	6.479	8+133	5.942
fysiotherapeutische ver- richtingen									
massage en oefen									
klinisch	697.9	246.2	528.6	194.7	n.b.	494.2	340.6	759.8	n.b.
fysiotherapeutische ver- richtingen									
klinisch	38.3	10.0	44.8	26.6	n.b.	65.8	24.4	16.1	n.b.
functie-onderzoekingen									
klinisch	45.5	n.b.	33.4	33.4	144.1	315.0	48.8	65.3	n.b.
klinisch-chemisch labo- ratorium									
punten klinisch	7.025	10.198	5.829	4.412	11.962	10.717	6.479	8.133	5.942

Om nu een inzicht te kunnen krijgen in de verhouding tussen kosten en productie is een kostentoerekening naar opgenomen c.q. ontslagen en overleden patiënten per specialisme/diagnosegroep, dan wel naar categorieën intermediaire productie - verpleegdagen en nevenverrichtingen - gewenst. Aangezien in 1976 slechts een tweetal algemene ziekenhuizen in Twente de functionele bedrijfsrekening heeft laten uitwerken, is het niet mogelijk om voor Twente de kosten toe te rekenen aan de verschillende functies, waaronder zijn te verstaan: homogene groepen van taken die uit de doelstelling van het ziekenhuis voortvloeien.

Daar voor een dergelijke functionele kostentoerekening de noodzakelijke informatie ontbreekt, moest met de 'gebruikelijke' verdeling van de kosten naar kostensoorten worden volstaan. Een beeld van de verdeling van de totale kosten van de Twentse algemene ziekenhuizen - in 1976 ruim 206 miljoen gulden - geeft tabel 20.

Tabel 20. Kosten van de algemene ziekenhuizen in Twente naar kostensoorten per ziekenhuis, 1976 (x f 1.000,--)

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius	Twente	
salarissen, vergoedingen personeel niet in loon- dienst	9.564	12.307	10.932	11.271	20.799	21.925	3.139	6.323	4.537	100.797	
sociale lasten en overige personeelskosten	4.182	5.897	5.078	3.892	9.178	10.936	1.220	2.810	1.499	44.692	
voeding	536	701	718	677	1.449	1.293	147	278	318	6.117	
huishoudelijke en ener- giekosten	923	1.252	453	1.078	1.520	1.986	205	290	460	8.167	
algemene kosten	1.052	1.137	941	885	1.833	1.941	234	595	259	8.877	
medische middelen en verzorgingsmiddelen	960	1.966	936	847	4.049	2.822	281	1.019	599	13.479	
onderhoud en aanvulling duurzame activa	876	948	659	658	1.302	1.766	166	351	408	7.134	
afschrijving, vernieuwings- fonds en interest	1.755	1.552	2.276	2.022	4.397	4.065	650	612	1.020	18.349	
doorberekende kosten ./.	160	253	-	159	608	282	25	70	56	1.613	
overige kosten	-	-	-	311	-	9	-	-	-	320	
totaal	absoluut	19.688	25.507	21.993	21.482	43.919	46.461	6.017	12.208	9.044	206.319
	in % van de to- tale kosten Twente	9.5	12.4	10.7	10.4	21.3	22.5	2.9	5.9	4.4	100.0

Uit tabel 20 blijkt dat de personele kosten f 145.489.000,-- bedroegen, wat neerkomt op 70.5% van de totale kosten en dat van de personele kosten ruim 69.3% of f 100.797.000,-- ten laste kwam van salarissen en vergoedingen van personeel niet in loondienst.

Een verdeling van de salarissen over de verschillende categorieën van personeel in loondienst alsmede de vergoedingen van personeel niet in loondienst geeft tabel 21.

Tabel 21. Salarissen van personeel in loondienst en vergoedingen van personeel niet in loondienst van de algemene ziekenhuizen in Twente, 1976 (x f 1.000,--)

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius	Twente abs.	%
algemeen personeel	2.941	3.908	2.998	2.928	6.077	5.763	771	1.902	957	28.245	28.6
gediplomeerd verpleegkun- dig, verzorgend en opvoed- kundig personeel	2.828	3.440	3.241	2.818	6.444	5.140	868	1.722	1.196	27.697	28.0
leerling verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundig personeel	1.376	1.711	1.649	1.459	2.771	3.110	344	1.303	803	14.526	14.7
ander verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundig personeel	47	121	-	57	130	80	-	20	206	661	0.7
paramedisch personeel en medisch hulppersoneel	1.541	2.262	1.673	2.049	3.179	3.124	638	993	549	16.008	16.2
medisch en sociaal ^{x)} , wetenschappelijke staf	124	305	250	259	709	3.850	510	160	-	6.167	6.2
stagiaires	57	54	48	42	82	142	8	13	-	446	0.5
subtotaal	8.914	11.801	9.859	9.612	19.392	21.209	3.139	6.113	3.711	93.750	94.9
vergoedingen personeel niet in loondienst	569	533	770	659	1.407	715	-	211	225	5.089	5.1
totaal ^{xx)}	9.483	12.334	10.629	10.271	20.799	21.924	3.139	6.324	3.936	98.839	100.0

x) Inclusief artsen in loondienst.

xx) Voor zover de jaarverslagen de kosten van onregelmatigheidstoeslag, vakantiewetgeving, etc. in totaal geven, zijn deze niet in de salarissen per personeelscategorie verwerkt. Vandaar dat voor een aantal ziekenhuizen de som van de in deze tabel vermelde bedragen verschilt van de kosten 'salarissen, vergoedingen personeel niet in loondienst' van tabel 20, waarin de toeslagen, uitkeringen, etc. wel zijn opgenomen.

In 1976 varieerden de loonkosten per verpleegdag van de Twentse algemene ziekenhuizen van f 91,41 (Sint Elisabeth Ziekenhuis) tot f 134,13 (ziekenhuis Ziekenzorg), een verschil van bijna 47%.

Wordt evenwel gecorrigeerd voor de kosten van de medische staven - zo hebben de ziekenhuizen Ziekenzorg, Dinkelziekenhuis en De Stadsmaten nogal wat specialisten in loondienst - dan blijkt dit verschil te zijn gereduceerd tot 22.5%.

In tabel 22 worden voor de Twentse ziekenhuizen tenslotte nog de kosten per bed per dag, per verpleegdag en per opname en de personele kosten per verpleegdag weergegeven.

Tabel 22. Kosten per verpleegdag en per opname en de personele kosten per verpleegdag, 1976 (f)

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius	Twente
totale kosten (x f 1000,--)	19.688	25.507	21.993	21.482	43.919	46.461	6.017	12.208	9.044	206.319
kosten per verpleegdag	190,46	205,09	205,94	207,21	254,18	284,24	224,39	190,46	209,12	227,07
kosten per opname	2.558	3.008	3.218	3.153	3.995	4.774	3.492	2.790	2.656	3.436
personele kosten per ver- pleegdag	132,98	146,37	149,92	146,26	173,49	201,04	162,59	142,49	139,57	160,12

Terzijde moet worden opgemerkt, dat bij het bepalen van de totale kosten van de gezondheidszorg per regio rekening dient te worden gehouden met de mogelijkheid van dubbeltellingen. Wanneer zonder meer wordt uitgegaan van de exploitatiekosten van de ziekenhuizen aan de ene kant en van de uitgaven van de ziektekostenverzekeraars aan de andere kant, dan geldt dit met name voor die verrichtingen en behandelingen die door de betalende instanties niet onder de post ziekenhuisverpleging worden geboekt. Indien namelijk voor klinische verpleging en behandeling - zoals in Twente in 1976 gebruikelijk was - geen all-in tarieven worden gehanteerd en ook poliklinische behandelingen afzonderlijk worden gedeclareerd, dan geldt dit onder meer voor: specialistische hulp (dienstverbanders), paramedische hulp (zoals heilgymnastiek en massage) en röntgenverrichtingen.

Hiermee is aangegeven dat voor de bepaling van de kosten van de voorzieningen en te zijner tijd voor een vergelijking van die kosten tussen verschillende regio's een analyse van de tariefstructuur van in het bijzonder de algemene ziekenhuizen - all-in, all-out en tussenliggende varianten - noodzakelijk is.

14.2 Transregionaal verkeer

In de voorgaande paragraaf is ingegaan op de exploitatiekosten van de algemene ziekenhuizen in de regio Twente. De vraag die nog beantwoord moet worden is of en zo ja, in hoeverre deze kosten een benadering zijn van de kosten die veroorzaakt worden door het gebruik van ziekenhuizen door de inwoners van de regio Twente. Dat wil zeggen dat nog ingegaan

moet worden op de in- en uitgaande patiëntenstromen en op mogelijke verstorende invloeden die hierdoor ontstaan. Naast het gebruik van de algemene ziekenhuizen door Twentenaren, zal dan eveneens aandacht moeten worden besteed aan het gebruik dat Twentenaren maken van academische en categorale ziekenhuizen. De ingaande patiëntenstromen hebben hier alleen betrekking op de algemene ziekenhuizen, de ingaande patiëntenstroom naar het enige categorale ziekenhuis in de regio komt namelijk in het afzonderlijke hoofdstuk over het revalidatiecentrum ter sprake.

De uitgaande patiëntenstromen naar academische, algemene en categorale ziekenhuizen zijn, voor wat betreft de aantallen opnemingen in 1976, te traceren op grond van gegevens uit het Ziekenhuisverslag 1976 van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid.

Hieruit kan worden afgeleid dat in 1976 buiten de regio zijn opgenomen in:

academische ziekenhuizen:	1.631 Twentenaren
algemene ziekenhuizen	: 3.348 Twentenaren
categorale ziekenhuizen	: 290 Twentenaren.

Aangenomen mag worden dat uitgaande patiëntenstromen naar academische en categorale ziekenhuizen noodzakelijk transregionaal verkeer vertegenwoordigen.

Het uitgaande transregionale verkeer is voor wat betreft de categorale ziekenhuizen hoofdzakelijk gericht op de verschillende kinderziekenhuizen buiten de regio en op het Anthonie van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam. Met betrekking tot de opnemingen in de academische ziekenhuizen is gebleken, dat het merendeel hiervan plaatsvindt in het Academisch Ziekenhuis in Groningen.

De opnemingen van Twentenaren buiten de regio in algemene ziekenhuizen is daarentegen hoogstwaarschijnlijk geen gevolg van - medisch - noodzakelijk transregionaal verkeer. Met name geldt dat niet voor opnemingen in de algemene ziekenhuizen die op redelijk korte afstand van de regio zijn gesitueerd, zoals de ziekenhuizen in Hardenberg, Lochem, Zutphen, Deventer, Zwolle, Lichtenvoorde en Winterswijk. De regio-afbakening zal in belangrijke mate debet zijn aan dit deel van het uitgaande transregionale verkeer. Zo was in 1976 Markelo voor een belangrijk deel (70%) georiënteerd op Deventer, Borculo voor een deel op Deventer (12%) en voor een deel op Lochem (20%), Eibergen op Winterswijk (17%) en Neede

op Lochem en Winterswijk (te zamen 11%). Deze stromen waren overigens wel te verwachten, omdat onze regio-afbakening juist met betrekking tot deze randgemeenten afwijkt van de regio Enschede in de Atlas voor Intramurale Zorg van het NZI. Verder zal er nog sprake zijn van gebruik van algemene ziekenhuizen door inwoners van Twente, wanneer betrokkenen buiten de regio verblijven (vakantie, werk, etc.) en opneming in een ziekenhuis ter plaatse nodig is. In deze gevallen is in feite geen sprake van transregionaal verkeer.

Ook de ingaande patiëntenstroom hebben wij voor 1976 slechts in aantallen opnemingen gemeten. In dat jaar werden in de Twentse algemene ziekenhuizen 1920 patiënten opgenomen, die niet in de regio woonachtig waren. In het revalidatiecentrum Het Roessingh werden in 1976 57 patiënten van buiten Twente opgenomen; hierop wordt in hoofdstuk 17 nader teruggekomen.

De relatieve betekenis van het in- en uitgaande transregionale verkeer blijkt uit de volgende cijfers. Van het totaal van de opnemingen in Twentse ziekenhuizen (inclusief Het Roessingh in 1976: 60.254 opnemingen) kwam in 1976 3.3% voor rekening van niet-Twentenaren. Van het totaal aantal opgenomen Twentenaren in academische, algemene en categorale ziekenhuizen (in 1976: 65.523 opnemingen) zijn in 1976 5.269 Twentenaren (8%) buiten de regio opgenomen. Van de opnemingen buiten de regio vond 31% in academische ziekenhuizen en 5.5% in categorale ziekenhuizen plaats. Voor wat betreft de opnemingen in algemene ziekenhuizen buiten de regio kan in 1976 73% worden toegerekend aan opnemingen in algemene ziekenhuizen op redelijke afstand van de regio.

Per saldo was er in 1976 sprake van uitgaande patiëntenstromen, en wel van:

- 1.631 patiënten naar academische ziekenhuizen,
- 1.428 patiënten naar algemene ziekenhuizen en
- 233 patiënten naar categorale ziekenhuizen.

De per saldo uitgaande patiëntenstroom naar de algemene ziekenhuizen komt voornamelijk door de al genoemde hoge oriëntatie van enkele randgemeenten in het zuiden op algemene ziekenhuizen buiten de regio, die voor de betrokkenen beter bereikbaar zijn dan de algemene ziekenhuizen in Twente zelf.

Een vertaling in financiële termen kan slechts globaal zijn, aangezien

nadere gegevens over verpleegduren en aantallen nevenverrichtingen ontbreken. Wanneer wordt uitgegaan van de gemiddelde kosten per opname respectievelijk verpleegdag in de verschillende categorieën instellingen (Financiële statistiek 1976 NZI) dan ontstaat voor 1976 het volgende overzicht:

kosten opnemingen in academische ziekenhuizen	f 15.606.000,--
kosten opnemingen in algemene ziekenhuizen	" 5.212.200,--
kosten opnemingen in categorale ziekenhuizen	" 9.666.000,--
saldo transregionaal verkeer	f 35.484.200,--

Op grond van deze schatting kunnen de totale kosten, die samenhangen met het gebruik van ziekenhuizen door Twentenaren, geraamd worden op f 241.803.200,--.

Voor de goede orde willen we nogmaals verwijzen naar hoofdstuk 17, waarin de kosten van Het Roessingh - het enige in de regio gevestigde categorale ziekenhuis - worden behandeld.

14.3 Financiering

Ter dekking van de ziekenhuiskosten worden tarieven gehanteerd door de ziekenhuizen, die door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven dienen te zijn goedgekeurd. Overeenkomstig de splitsing van de ziekenhuisfunctie in een verpleeg- en verzorgingsfunctie en een verrichtingenfunctie kunnen deze tarieven worden onderscheiden in tarieven per verpleegdag en tarieven per verrichting. Zijn de verwachte opbrengsten niet toereikend om de begrote exploitatiekosten te dekken, dan vindt door de instelling een verzoek plaats tot tariefverhoging. Door het COZ vindt vervolgens een beoordeling plaats van de exploitatiebegroting aan de hand van richtlijnen en ervaringsnormen, waarbij evenwel de absolute omvang van de ziekenhuisproductie buiten beschouwing blijft. Op de na de toetsing vastgestelde aanvaardbare kosten worden, ter vaststelling van de tarieven, de verwachte opbrengsten uit de declaraties van de verrichtingen tegen de daarvoor geldende uniforme tarieven in mindering gebracht. Dit verschil wordt vervolgens gedeeld door het aantal verwachte verpleegdagen.

De totale opbrengsten van de Twentse ziekenhuizen kwamen in 1976 voor 68.6% of f 139.221.000,-- uit verpleeg- en verzorgingsgelden en voor 31.4% of f 63.742.000,-- uit de opbrengsten van nevenafdelingen en overige baten.

In tabel 23 zijn de opbrengsten naar batengroepen van de Twentse ziekenhuizen voor 1976 vermeld.

Tabel 23. Opbrengsten naar batengroepen van de algemene ziekenhuizen in Twente, 1976 (x f 1.000,--)

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius	Twente abs.	%	
verpleeg- en verzorgings- gelden	14.563	16.779	16.021	17.367	27.594	28.628	4.003	8.206	6.060	139.221	68.6	
vergoedingen voor medische verrichtingen	5.357	6.878	3.987	3.080	12.479	8.548	1.624	2.904	1.987	46.844	23.1	
medische middelen en ver- zorgingsmiddelen	348	1.853	358	360	2.904	2.799	165	689	396	9.872	4.8	
diverse vergoedingen	55	81	539	./.	21	173	5.555	14	52	16	6.464	3.2
overige baten	27	37	-	364	10	14	1	109	-	562	0.3	
totaal	20.350	25.628	20.905	21.150	43.160	45.544	5.807	11.960	8.459	202.963	100.0	

Worden de vergoedingen voor medische verrichtingen verdeeld naar klinische en poliklinische behandeling, dan blijkt 53.9% van de vergoedingen voor klinische en 46.1% voor poliklinische behandeling te zijn verstrekt.

Tabel 24. Verdeling van de vergoedingen voor medische verrichtingen naar klinische en poliklinische behandeling in percentages Twente, 1976

	St.Elisa- beth Zkhs	Prinses Irene Zkhs	Kon.Julia- na Zkhs	St.Gerardus Majella	De Stads- maten	Zieken- zorg	Dinkel- zkhs	R.K. Zkhs Oldenzaal	St.Vin- centius	Twente
klinisch	58.1	52.1	60.7	58.4	48.6	55.6	47.9	58.4	51.5	53.9
poliklinisch	41.9	47.9	39.3	41.6	51.4	44.4	52.1	41.6	48.5	46.1

Van de totale opbrengsten van medische en verzorgingsmiddelen ad f 9.872.000,-- had naar schatting 78.4% of f 7.738.000,-- betrekking op in rekening gebrachte genees- en verbandmiddelen.

De post diverse vergoedingen omvat onder meer de vergoedingen voor het gebruik van de polikliniek en vergoedingen voor honoraria van specialisten in dienstverband, waarvan het ziekenhuis Ziekenzorg met f 5.154.521,-- het grootste aandeel had.

Tenslotte geven wij de verdeling van de opbrengsten van de Twentse ziekenhuizen naar financieringsbron voor 1976. Naar schatting kwamen de opbrengsten voor 81.6% uit ziekenfondsgelden, voor 18.1% uit particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen en voor 0.3% uit AWBZ-middelen. Tabel 25 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 25. Financieringsbronnen van de algemene ziekenhuizen in Twente naar hun aandeel, 1976

	financieringsbronnen	
	x f 1000,--	%
ziekenfonds	165.618	81.6
niet-ziekenfonds	36.736	18.1
AWBZ	609	0.3
totaal	202.963	100.0

14.4 Regionaal ziekenhuisbudget

Financiering van de kosten verbonden aan de dienstverlening van de algemene ziekenhuizen in de regio in de vorm van een regionaal ziekenhuisbudget, veronderstelt dat zowel de aard en omvang van de dienstverlening als de daarmee verbonden kosten voor een toekomstige periode kunnen worden vastgesteld. Gezien de ervaringen van het COZ op grond waarvan richtlijnen en ervaringsnormen zijn ontwikkeld, waarmee exploitatiebegrotingen kunnen worden beoordeeld, kan een relatie tussen de geraamde omvang van de dienstverlening en de daarmee gepaard gaande kosten worden gelegd. De productie-omvang - te meten in aantallen verpleegdagen, opnemingen, polikliniekbezoeken en nevenverrichtingen - is evenwel moeilijker vooraf vaststelbaar. Een redelijke schatting van de te verwachten productie lijkt ons evenwel mogelijk op grond van de gegevens hierover van de afgelopen jaren. Op zich kunnen dan ook de gesommeerde exploitatiebegrotingen van de ziekenhuizen in de regio - na toetsing - als een regionaal ziekenhuisbudget worden opgevat. Een voorwaarde is dat de individuele instellingen na goedkeuring van de ingediende exploitatiebegrotingen deze als taakstellend kunnen aanvaarden, met andere woorden: een systeem van interne budgettering is een noodzakelijke voorwaarde voor de invoering van een regionaal ziekenhuisbudget. Dat wij hier expliciet een in-

tern budgetteringssysteem als voorwaarde noemen, komt doordat wij van mening zijn dat, ondanks een redelijk voorspelbaar gebruik van ziekenhuisbedden, de uiteindelijke productie en de daarmee samenhangende kosten uitsluitend intern zijn te bewaken. Dit geldt vanzelfsprekend eveneens voor de overige intra- en semimurale voorzieningen. Alleen kan daarvan worden gesteld, dat normen en richtlijnen met betrekking tot aantallen plaatsen en de daarmee samenhangende personeelsbezetting verder zijn ontwikkeld. Dat de weg naar effectieve kostenbeheersingssystemen ten behoeve van de procesbeheersing binnen met name de algemene ziekenhuizen een lange en moeizame zal zijn, behoeft na de opmerkingen in het inleidende hoofdstuk over regionale budgetten in de gezondheidszorg verder weinig toelichting. Een intern beheersingssysteem is overigens des te meer noodzakelijk wanneer de hoogte van het in eerste instantie op basis van historische gegevens vastgestelde regionale ziekenhuisbudget gewijzigd zal worden, teneinde bepaalde ontwikkelingen in de gezondheidszorg te stimuleren of tegen te gaan.

14.5 Specialistische hulp

Op grond van een aantal overwegingen worden in dit hoofdstuk over algemene ziekenhuizen ook de kosten en de financiering van specialistische hulp behandeld.

In de eerste plaats bestaat hiertoe aanleiding doordat de praktijkvoering van de specialisten tegenwoordig niet meer los kan worden gezien van de aanwezigheid van een goed geoutilleerd ziekenhuis. In de tweede plaats beïnvloedt het functioneren van de specialist rechtstreeks de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. In de derde plaats is in de kosten van het gebruik van ziekenhuizen een niet onbelangrijk deel van de kosten van specialistische hulp inbegrepen, dit zowel door de aanwezigheid van specialisten in dienstverband als ten aanzien van de nevenverrichtingen door of op verzoek van de specialisten. Verder is het zo, dat een aantal ziekenhuizen - weliswaar niet in Twente in 1976 - all-in tarieven inclusief specialistische hulp declareren. Een meer praktische overweging is tenslotte dat een afzonderlijk hoofdstuk over specialistische hulp het volgen van de systematiek van de functionele inventarisatie niet meer mogelijk maakt.

De kosten van specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden - voor zo-

ver afzonderlijk gedeclareerd - bedroegen in 1976 f 55.207.914,--.

Hiervan had naar schatting bijna 65% of f 35.885.100,-- betrekking op gedeclareerde honoraria. Aangezien de ziekenfondsen in 1976 aan de ziekenhuizen in de regio f 4.468.300,-- hebben vergoed inzake gedeclareerde honoraria van de specialisten in dienstverband, kan het totaal van de bruto honoraria van de vrijgevestigde specialisten vergoed door de ziekenfondsen ten behoeve van hun verzekerden woonachtig in Twente, geschat worden op f 31.416.800,--.

Voor wat betreft de kosten van deze hulp aan niet-ziekenfondsverzekerden in de regio ontbreekt elke informatie, zodat voor dat deel van de kosten van specialistische hulp een schatting noodzakelijk is. In de kostenramingen van het Ministerie voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne worden de kosten van specialistische hulp toegerekend aan de verschillende financieringsbronnen. Voor 1976 is aldaar uitgegaan van een financieringsquote van de ziekenfondsen van 49.2% voor wat betreft de financiering van de bruto honoraria van de vrijgevestigde declarerende specialisten en van de particulieren van 50.8%. Zou deze verhouding mutatis mutandis eveneens gelden voor Twente, dan kunnen in 1976 de ziekenfondsen voor 52.7% als financieringsbron worden beschouwd, waarmee voor niet-ziekenfondsverzekerden een kostenaandeel resteert van 47.3%. De totale bruto honoraria van vrijgevestigd declarerende specialisten voor hulp verleend aan inwoners van de regio Twente kunnen hiermee voor 1976 geschat worden op f 59.614.500,--.

De financiering van de kosten van specialistische hulp uit een regionaal budget lijkt slechts mogelijk indien de specialisten in dienstverband treden van de ziekenhuizen. Het is immers niet mogelijk de kosten vooraf te kwantificeren en vervolgens te beheersen wanneer uitsluitend de tarieven gegeven zijn. Het productievolume en daarmee de uiteindelijke bruto honoraria blijven dan namelijk onbeïnvloedbaar.

Een belangrijk bijkomend voordeel van specialisten in dienstverband is, dat de organisatie- en productiestructuur van de ziekenhuizen duidelijker wordt en daarmee een eerste stap op weg naar een intern budgetteringssysteem kan worden gezet. In deze redenering is overigens nadrukkelijk afgezien van de mogelijkheid dat specialisten niet uitsluitend medisch handelen, maar ook financiële overwegingen min of meer bewust bij hun handelen een rol laten spelen.

Men kan zich afvragen in hoeverre dit toelaatbaar is in een gezondheidszorgsysteem waarbinnen het prijsmechanisme grotendeels is uitgeschakeld en de financiering passief is, en of het dan ook uit maatschappelijke overwegingen niet verstandiger is dienstverbanden te stimuleren.

15. STREEKLABORATORIA

De Stichting Streeklaboratoria voor de Pathologie en de Microbiologie in Twente en de Gelderse Achterhoek beheert een pathologisch en een microbiologisch laboratorium te Enschede. De participanten van de Stichting zijn gemeenten, ziekenfondsen en ziekenhuizen en enige verpleeghuizen in de regio.

Aangezien het grootste deel van de productie en dienstverlening ten behoeve van instellingen in de regio Twente plaats vindt, zijn de kosten van deze laboratoria - in 1976: f 5.989.026,-- - aan Twente toegerekend. Van deze kosten bedroegen de kosten van 'bijzondere werkzaamheden' f 71.304,--.

In tabel 26 zijn de kosten toegerekend aan het pathologisch laboratorium en het microbiologisch laboratorium en ingedeeld in personeelskosten en overige kosten.

Tabel 26. Kosten streeklaboratoria in Twente, 1976 (x f 1.000,--)

	pathologisch laboratorium	microbiologisch laboratorium
personeelskosten	2.194,3	2.286,7
overige kosten	542,5	894,2
totaal	2.736,8	3.180,9

De gemiddelde kostprijs per histologisch onderzoek bedroeg in 1976 f 61,62 en per laboratoriumpunt f 1,76.

In 1976 werden vergoedingen ontvangen van:

- ziekenfondsen	f 3.645.988,--	(57.9%)
- particulieren	" 1.409.360,--	(22.4%)
- Rijk (RIV)	" 576.753,--	(9.2%)
- gemeenten	" 71.874,--	(1.1%)
- ziekenhuizen	" 322.065,--	(5.1%)
- overige	" 274.715,--	(4.4%)

De vergoedingen ontvangen van ziekenhuizen zijn aldaar opgevoerd als kosten.

16. VERPLEEGHUIZEN

In 1976 waren in Twente dertien - in het kader van de AWBZ erkende - verpleeghuizen gevestigd. Deze verpleeghuizen beschikten in totaal over 1522 bedden, waarvan 1067 bestemd voor somatische patiënten en 455 voor psychisch gestoorde bejaarden. Voor algemene informatie over de afzonderlijke instellingen wordt, voor wat betreft de in het kader van de AWBZ verpleegde patiënten, naar onderstaand overzicht verwezen.

Tabel 27. Bedden, verpleegdagen en patiëntenverloop verpleeghuizen Twente, 1976

		aantal erkende bedden		aantal verpleegdagen	verloop v.h. aantal patiënten				doorstromings-coëff.
		som.	p.g.b.		aanwezig 1-1	opgen. 1-1	ontsl. 31-12	aanwezig 31-12	
Enschede	De Cromhoff	138		52.308	147	122	129	140	0,88
	Dr. Ariëntehuis ^{x)}	64		25.602	69	48	46	71	0,67
	Bruggerbosch		197	64.409	151	118	70	199	0,46
	Hervormd Rusthuis ^{x)}	58		27.245	76	71	76	71	1,00
Hengelo	Dr.P.C.Borststichting	110		38.678	106	75	74	107	0,70
Almelo	Eugeria	130	38	59.055	159	133	135	157	0,85
	Het Meulenbelt	135		48.805	127	129	128	128	1,01
Delden	St. Elisabeth	116		42.194	115	100	100	115	0,87
Denekamp	St.Gerardus Majella	52		17.607	49	33	35	47	0,71
Groenlo	De Molenberg	51		18.517	52	23	25	50	0,48
Haaksbergen	St. Antonius	113		40.921	114	88	90	112	0,79
Hellendoorn	Krönnenzommer		220	79.890	219	76	77	218	0,35
Losser	Oldenhove	100		34.658	93	36	35	94	0,38
Twente		1.067	455	549.889	1.477	1.052	1.020	1.509	0,69

Bron: CAK-AWBZ

^{x)} Per 24-1-1977 zijn deze erkenningen ingetrokken en is erkenning verleend aan 't Kleine Vaert te Enschede met 170 bedden voor somatisch zieken.

16.1 Kosten

De verpleging van AWBZ-patiënten in genoemde verpleeghuizen kostte in 1976 67,6 miljoen gulden, hetgeen neerkomt op f 122,77 per verpleegdag. In tabel 28 zijn per inrichting voor 1976 opgenomen: de kosten van verpleging, de kosten per verpleegdag en de verpleegprijs per dag.

De kosten van verpleging van AWBZ-patiënten (67,6 miljoen gulden) wijken af van de door het Centraal Bureau voor de Statistiek in 1976 geregistreerde uitgaven van de verpleeghuizen in de regio (68,8 miljoen gulden).

Dit relatief geringe verschil is onder meer veroorzaakt doordat de kosten van dagbehandeling in de verpleeghuizen in 1976 niet in het kader van de AWBZ werden vergoed en door het niet synchroon verlopen van inkomsten en uitgaven van de verpleeghuizen, tot uiting komende in positieve of negatieve exploitatiesaldi.

Tabel 28. Kosten van verpleging, kosten per verpleegdag en verpleegprijs per dag, verpleeghuizen Twente, 1976 (f)

	kosten		kosten per verpleegdag	verpleegprijs per dag	
	verpleeg- kosten	bijkomende kosten		1-1	31-12
De Cromhoff	6.741.573	5.202	128,98	125,80	130,44
Dr. Ariënstehuis	3.190.500	833	124,65	105,25	134,30
Bruggerbosch	9.088.026	959	141,11	139,50	142,85
Hervormd Rusthuis	3.491.670		128,15	129,65	127,40
Dr. P.C. Borststichting	4.993.645	805	129,13	132,50	128,05
Eugeria	6.864.327	2.356	116,28	114,--	117,35
Het Meulenbelt	6.093.999	5.688	124,98	124,85	124,85
St. Elisabeth	5.894.408	7.141	139,87	137,75	140,35
St. Gerardus Majella	1.469.044		83,44	83,50	83,20
De Molenberg	2.029.586	./ .212	109,60	99,30	114,65
St. Antonius	4.887.269	25.444	120,05	117,60	120,35
Krönnenzommer	8.921.202		111,67	107,35	113,80
Oldenhove	3.847.077	973	111,03	110,50	111,25
Twente	67.512.326	49.189	122,77	112,67	124,18

Bron: CAK-AWBZ

De kosten van verpleging in niet-erkende verpleeginrichtingen in Twente in 1976 zijn niet te bepalen, omdat zowel de aantallen in dergelijke tehuizen verpleegde patiënten als de financiële gegevens van die tehuizen bij ons niet bekend zijn. Wel is bekend dat in de regio Twente 85 AWBZ-patiënten in deze tehuizen verbleven. Gezien evenwel het ontbreken van verdere informatie zijn deze kosten pro memorie opgenomen.

Voor wat betreft de kostenstructuur, d.w.z. de kosten ingedeeld naar kostensoorten, verschaft tabel 29 enige informatie.

Tabel 29. Procentuele verdeling van uitgaven van de Twentse verpleeghuizen^{x)} ingedeeld naar kostensoorten, 1976

	som	p.g.b.	gecomb.
personeelskosten	68,1	73,6	72,2
voeding	5,6	4,2	4,8
huishoudelijke kosten en energiekosten	4,9	5,6	4,9
algemene kosten	2,9	2,1	3,0
medische en verzorgingsmiddelen	3,0	1,9	2,9
onderhoud en aanvulling duurzame activa en artikelen	2,1	3,2	5,2
afschrijving en interest	11,4	11,5	8,9
overige lasten	3,0	./0,1	-
doorberekende kosten	./1,0	./2,0	./1,8
totaal	100,0	100,0	100,0

x) Met uitzondering van Dr. Ariënstehuis en Hervormd Rusthuis.

16.2 Financiering

De financiering van de kosten van verpleging en verzorging in erkende verpleeginrichtingen vindt plaats door middel van de door het Centraal Betaalkantoor AWBZ verstrekte voorschotten uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten aan de als verbindingskantoren fungerende ziekenfondsen, die op hun beurt de instellingen vergoedingen verstrekken per opgenomen patiënt tegen een vastgesteld verpleegtariaf per dag. Dit verpleegtariaf is in principe kostendeckend. Met uitzondering van het verpleeghuis St. Antonius te Haaksbergen, waarvoor het ziekenfonds St. Liduina als verbindingskantoor is aangewezen, fungeert het Regionaal Ziekenfonds Twente als verbindingskantoor voor de genoemde verpleeginrichtingen. Slechts zeer incidenteel worden in erkende verpleeghuizen patiënten verpleegd voor eigen rekening dan wel voor rekening van de Algemene Bijstandswet.

Gezien de eenduidige financiering, de normering van gewenste aantallen bedden per duizend inwoners respectievelijk bejaarde inwoners van een regio en de ervaringen van het COZ met (salaris)richtlijnen, lijkt

het mogelijk de verpleeghuizen te financieren met behulp van een regionaal verpleeghuisbudget. Een vraag hierbij is dan nog in hoeverre de kosten verbonden aan verpleging en verzorging in de verpleeghuizen in de regio overeenstemmen met de kosten van verpleging en verzorging van Twentenaren in verpleeghuizen. Zonder een inventarisatie van de herkomst van in verpleeginrichtingen verblijvende patiënten is evenwel niet aan te geven of in 1976 sprake is geweest van transregionaal verkeer, op grond waarvan geconcludeerd zou moeten worden dat er verschillen bestaan tussen de kosten van de verpleeghuizen in Twente en de kosten van het verblijf van Twentenaren in verpleeghuizen. Een dergelijke inventarisatie bleek voor 1976 niet mogelijk, waardoor het transregionale verkeer niet was te kwantificeren.

Het aantal in Twente gerealiseerde verpleegdagen in erkende inrichtingen in 1976 (549.889) is 3.81% van het landelijk aantal verpleegdagen in 1976 (14.437.509). Op grond van het inwonertal van Twente (in 1976 4.25% van de Nederlandse bevolking) zou 4.25% van het landelijk aantal verpleegdagen kunnen worden verwacht. Het verschil tussen gerealiseerde en verwachte verpleegdagen (63.705) is evenwel niet maatgevend voor de omvang van een eventueel uitgaande patiëntenstroom. Het in de functionele inventarisatie gesignaleerde tekort aan bedden voor de patiëntencategorie psychisch gestoorde bejaarden geeft wel aanleiding te veronderstellen dat een uitgaande patiëntenstroom hoofdzakelijk deze patiëntencategorie zal betreffen. Gezien evenwel de alternatieven voor verpleging van deze patiënten - zoals verpleging thuis en langer verblijf in een ziekenhuis - en de mogelijkheid van interne verschuiving van de bedbestemming in de verpleeghuizen, is het niet mogelijk om op grond van het verschil tussen gerealiseerde en verwachte verpleegdagen de kosten van het transregionale verkeer enigszins nauwkeurig te schatten. In de toekomst zal hiertoe een mogelijkheid worden geboden door het raadplegen van de gegevensbestanden van het Landelijk Informatie Systeem AWBZ (LISA).

16.3 Dagbehandeling in verpleeghuizen

In Twente bieden verschillende verpleeghuizen de mogelijkheid van dagbehandeling. Deze dagbehandeling kan een alternatief zijn voor opname in dan wel mogelijkheden bieden later te worden opgenomen in of eerder

te worden ontslagen uit een verpleeghuis of ziekenhuis. De dagbehandeling was in 1976 nog niet in het verstrekkingenpakket van de AWBZ opgenomen.

Het in 1976 niet vergoeden van de kosten van dagbehandeling uit de AWBZ-middelen en het niet toestaan door het COZ van doorberekening van deze kosten in het verpleegtarief, heeft tot een zodanig onduidelijke situatie geleid, dat de totale kosten van dagbehandeling in de regio niet waren te achterhalen. In onderstaande tabel zijn de wel bekende gegevens over de dagbehandelingscentra, verbonden aan de verpleeghuizen in de regio, weergegeven. Niet genoemd zijn onder meer de dagbehandeling in de Cromhoff, waar 15-11-1976 gestart is met dagbehandeling, en de dagbehandelingsmogelijkheden in het Dr. P.C. Borsthuis, omdat de kosten hiervan waren opgenomen in de kosten van het verpleeghuis.

Tabel 30. Dagbehandelingscentra van verpleeghuizen in Twente, capaciteit, behandelingsdagen, kosten en tarieven, 1976

dagbehandelings- centrum	capaciteit 31-12-1976	behandelings- dagen 1976	kosten 1976 (f)	dagtarief 31-12-1976 ^{x)} (f)
Bruggerbosch	40	5.642	493.744	80,25
St. Antonius	15	1.157	253.200	66,20
Eugeria	40	7.924	443.430	56,65

x) exclusief vervoer

In 1976 waren de belangrijkste externe geldbronnen de gemeentelijke sociale diensten (73%) en de ziekenfondsen (23%). Sedert 1 juli 1977 vallen de dagbehandelingscentra onder de werkingssfeer van de AWBZ en wordt de dagbehandeling uit de AWBZ-middelen gefinancierd.

17. REVALIDATIECENTRUM

Het revalidatiecentrum Het Roessingh - het enige in Twente gevestigde categorale ziekenhuis - bestaat uit een revalidatie-instituut, een mytylschool en een orthopedische instrumentenmakerij. Voor het onderhavige onderzoek is alleen de verpleeg- en behandelafdeling van dit revalidatiecentrum relevant. De mytylschool kan beschouwd worden als een aangepaste vorm van onderwijs en aan de kosten en financiering wordt in dit hoofdstuk dan ook geen aandacht besteed. De opbrengsten van de instrumentenmakerij zullen we in hoofdstuk 20 aantreffen als kosten van kunst- en hulpmiddelen.

De productie in 1976 van de verpleeg- en behandelafdeling van het revalidatiecentrum is - naast enige algemene gegevens - in onderstaand overzicht weergegeven.

Tabel 31. Productie en patiëntenverloop verpleeg- en behandelafdeling, Het Roessingh in 1976

	afdeling volwassenen	afdeling kinderen	totaal			
beddencapaciteit	80	68	148			
bedbezettingspercentage	75,2	92,5	83,1			
aantal verpleegdagen	21.945	22.960	44.905			
gemiddelde verpleegduur	129,9	740,6				
aantal niet-klinische behandelingen	12.725	18.978	31.703			
1/1 dagbehandelingen	551	1.472	2.023			
1/2 dagbehandelingen	3.931	15.570	19.501			
periodebehandelingen	8.243	1.936	10.179			
gemiddeld aantal behandelingen	45,6	301,2				
	poli- kli- intern nisch	poli- kli- intern nisch	poli- kli- intern nisch			
verloop van het aantal patiënten						
aanwezig 1/1	44	58	66	202	110	260
opgenomen	169		31		200	
in behandeling genomen		279		63		342
ontslagen	148	222	37	124	185	346
aanwezig 31/12	65	115	60	141	125	256

17.1 Kosten

De exploitatiekosten van de verpleeg- en behandelafdeling van Het Roessingh bedroegen in 1976 ruim 17 miljoen gulden. Zoals uit onderstaande tabel blijkt, nemen de personeelskosten en rente en afschrijving hier- van bijna 85% voor hun rekening.

Tabel 32. Exploitatiekosten van de verpleeg- en behandelafdeling van Het Roessingh in 1976, ingedeeld naar kostensoorten

	uitgaven	
	f	%
personeelskosten	10.243.450,--	59.5
voeding	375.232,--	2.2
medische en verzorgingsmiddelen	1.161.781,--	6.7
afschrijvingen	1.531.452,--	8.9
rente	2.810.944,--	16.3
overige kosten	1.103.503,--	6.4
totaal	17.226.362,--	100.0

17.2 Financiering

De tarieven voor verpleging en behandeling, in principe kostprijsdekken- de tarieven, bedroegen aan het begin en aan het eind van 1976:

Tabel 33. Verpleegtarieven van Het Roessingh, 1976

	verpleegprijs (f)	
	1-1	31-12
behandeling gedurende		
- hele dagen	130,90	138,75
- halve dagen	92,35	97,95
- perioden	66,20	70,20
interne opnamen	278,80	303,--

Deze tarieven hebben, gecombineerd met genoemde aantallen verpleegdagen en behandelingen, geresulteerd in de navolgende opbrengsten over 1976:

Tabel 34. Opbrengsten van Het Roessingh, 1976

	baten	
	f	%
verpleeggelden	12.885.024,--	78.6
behandelgelden	2.741.109,--	16.7
overige opbrengsten	779.153,--	4.7
totaal	16.405.286,--	100.0

Een vergelijking van kosten en opbrengsten laat voor 1976 een exploitatie tekort zien van f 821.076,--. Dit tekort is als aanloopverlies geactiveerd.

Verder is in het kader van de financiering van de exploitatiekosten nog van belang te weten wie in 1976 de betalende instanties zijn geweest. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars, AWBZ en overige instanties.

Tabel 35. Financieringsbronnen van Het Roessingh, 1976

	verpleegdagen		behandelingen	
	%	vergoedingen(f)	%	vergoedingen(f)
voor rekening van				
- ziekenfondsen	49	6.313.662	79	2.176.760
- particuliere ziektekostenverzekeraars	10	1.288.502	19	539.795
- AWBZ	40	5.154.010		
- overige instanties	1	128.850	2	54.645
totaal	100	12.885.024	100	2.771.200

17.3 Transregionaal verkeer

Het werkgebied van het revalidatiecentrum Het Roessingh bestaat uit: de provincie Overijssel, de Gelderse Achterhoek en het zuidelijk gedeelte van Drente. Op grond hiervan mag worden verondersteld, dat er sprake zal zijn van ingaand transregionaal verkeer. Een nadere analyse van de herkomst van de in 1976 opgenomen respectievelijk in behandeling genomen patiënten geeft inderdaad een ingaande stroom te zien.

Tabel 36. Herkomst patiënten Het Roessingh 1976

	intern		poliklinisch	
	volwassenen	kinderen	volwassenen	kinderen
herkomst				
- uit Twente	122	21	272	56
- buiten Twente	47	10	7	7

Uit bovenstaande tabel blijkt dat poliklinische diensten hoofdzakelijk aan inwoners van de regio worden verleend, slechts 4.1% van de in behandeling genomen patiënten is niet afkomstig uit Twente. Dit in tegenstelling tot het aantal opgenomen patiënten, hiervan was in 1976 28.5% niet in Twente woonachtig.

Uitgaande van de vereenvoudigingen dat:

- a. van de verpleeggelden in 1976 28.5% afkomstig is van buiten Twente, d.w.z. f 3.672.232,--;
 - b. van de behandelgelden 4.1% van buiten de regio komt, d.w.z. f 112.385,--, en
 - c. van de overige opbrengsten een derde, d.w.z. f 259.718,--, is betaald ten behoeve van niet in Twente wonende patiënten,
- is er sprake van een ingaande geldstroom van f 4.044.335,-- voor de revalidatie van niet uit de regio komende patiënten. Gezien het werkgebied is aangenomen dat er geen sprake is van een uitgaande patiëntenstroom voor wat betreft deze verzorgingscategorie.

Door het verzorgingsgebied van het revalidatiecentrum zal er - onvoorziene omstandigheden voorbehouden - voortdurend sprake zijn van ingaand transregionaal verkeer. Als zodanig is dit revalidatiecentrum dan ook te beschouwen als een supraregionale voorziening. Desalniettemin zal in het kader van de functionele regionalisatie van de gezondheidszorg rekening moeten worden gehouden met de aanwezigheid van deze voorziening. Algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en vrijgevestigde beroepsbeoefenaars als fysiotherapeuten bieden immers ook revalidatiemogelijkheden. Dat hierdoor een versturende invloed kan optreden bij de totstandbrenging van een onderling samenhangend stelsel van voorzieningen in een regio is duidelijk. Dit geldt niet alleen voor Twente, maar evenzeer voor de aangrenzende regio's. Wanneer de verzorgingsgebieden van de re-

validatiecentra in Nederland goed zouden zijn afgebakend, dan is het voorstelbaar dat interregionaal overleg een beleid terzake deze voorzieningen mogelijk zal maken. Uit de gegevens met betrekking tot de herkomst van de patiënten van Het Roessingh blijkt evenwel dat de afstand tot de voorziening een niet onbelangrijke rol speelt bij de mate van gebruik dat wordt gemaakt van deze voorziening. De factor afstand zal interregionale afspraken zeer bemoeilijken, te meer daar bij toepassing van bijvoorbeeld de 4^o/oo norm het aantal bedden in de categorale instellingen zal moeten worden meegeteld. Het lijkt hiermee niet erg waarschijnlijk dat deze voorziening in een regionaal budget kan worden opgenomen. Dit laatste geldt alleen voor het klinische deel van de activiteiten van Het Roessingh. De dagbehandeling is daarentegen wel voornamelijk gericht op de Twentse bevolking en zal, indien de capaciteit afgestemd is op de 'behoefte' in de regio, wel uit een regionaal budget kunnen worden gefinancierd.

Vanzelfsprekend geldt ook hier dat inzicht in de kosten van het gebruik van deze voorziening door de inwoners van de regio Twente noodzakelijk is voor een juiste prioriteitenstelling met betrekking tot de gezondheidszorg in het algemeen en de revalidatiemogelijkheden in het bijzonder.

18. MEDISCH KINDERTEHUIS

Het medische kindertehuis is een tehuis waarin kinderen worden opgenomen met uiteenlopende lichamelijke en/of psychische moeilijkheden. Opname in een kindertehuis wordt geregeld in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

In de regio Twente is één medisch kindertehuis gevestigd: 'De Reggeberg' te Hellendoorn met in 1976 een opnamecapaciteit van 40 kinderen. Enige algemene informatie inzake dit kindertehuis is in onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 37. Algemene informatie medisch kindertehuis in Twente, 1976

instelling	aantal erkende bedden	aantal verpleeg-dagen	verloop van het aantal patiënten			
			aanwezig 1-1	opgenomen	ontslagen	aanwezig 31-12
De Reggeberg	40	14.059	40	68	69	39

Bron: CAK-AWBZ

18.1 Kosten

In onderstaande tabel zijn de kosten van verpleging en behandeling over 1976 weergegeven. Dat ook in het medisch kindertehuis een arbeidsintensieve begeleiding nodig is, blijkt uit het feit, dat het overgrote deel van de exploitatiekosten uit personeelskosten bestaat.

Tabel 38. Kosten exploitatie 'De Reggeberg', 1976

kostengroep	totale kosten (f)	kosten per dag (f)	%
personeelskosten	1.097.316	78,05	80.8
overige kosten	260.278	18,52	19.2
totaal	1.357.594	96,57	100.0

De kosten per dag in aanmerking nemend kan in het algemeen worden gesteld, dat wanneer opneming in een medisch kindertehuis een alternatief is voor opneming in andere instellingen voor intramurale gezondheids-

zorg, het medisch kindertehuis een relatief goedkope mogelijkheid biedt tot behandeling van stoornissen in de lichamelijke en geestelijke gezondheid en ontwikkeling van kinderen.

18.2 Financiering

De kosten van opname in een medisch kindertehuis worden betaald uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ vergoedt de kosten van plaatsing in een medisch kindertehuis op basis van een tarief per verpleegdag. Het tarief wordt vastgesteld op grond van een advies van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Het COZ beoordeelt daartoe de exploitatiekosten van elk tehuis op grond van de kosten van voorgaande jaren en op grond van algemene en specifieke richtlijnen. In 1976 werd aan het medisch kindertehuis 'De Reggeberg' in totaal aan verpleegkosten vergoed: f 1.213.352,75, per dag f 83,--/f 87,95. Aan vergoeding kost, inwoning en bewassing werd ontvangen: f 18.219,--. Het door het kindertehuis opgegeven negatieve exploitatiesaldo wijkt enigszins af van het op grond van de informatie van het Centraal Administratiekantoor van de AWBZ te berekenen exploitatie tekort. De oorzaak is andermaal dat de vergoedingen opgegeven door het CAK-AWBZ informatie op kasbasis betreft.

In tegenstelling tot de wijze van financieren van de kosten wegens verblijf in dagverblijven voor gehandicapten en gezinsvervangende tehuizen wordt hier nog gewerkt met tarieven per dag. Voor een overschakeling naar een systeem van budgetfinanciering zijn slechts weinig aanpassingen nodig. Een ander punt is of deze voorziening in een regionaal budget kan worden opgenomen. Zowel de spreiding van de medische kindertehuizen over Nederland als het verzorgingsgebied van 'De Reggeberg' geeft aanleiding hierbij enige vraagtekens te plaatsen. Zo was van de in 1976 opgenomen kinderen een groot percentage afkomstig van buiten Twente. Zonder interregionale afspraken over gebruik en exploitatie van dit kindertehuis is het voorshands dan ook niet mogelijk deze voorziening in een regionaal budget op te nemen.

19. ZWAKZINNIGENZORG

Op grond van het criterium of de verpleging, verzorging en begeleiding van geestelijk gehandicapten intramuraal, semimuraal dan wel extramuraal plaats heeft, zijn de voorzieningen ten behoeve van de zorg voor zwakzinnigen te onderscheiden in:

- intramuraal: zwakzinnigeninrichtingen;
- semimuraal : dagverblijven voor geestelijk gehandicapten, gezinsvervangende tehuizen;
- extramuraal: sociaal-pedagogische diensten.

Tot de semimurale voorzieningen zijn hier die voorzieningen gerekend, waarin de pupil slechts voor een deel van het etmaal is opgenomen en voor het overige thuis of elders verblijft. Dit in tegenstelling tot de intramurale voorzieningen, waarin de pupil voor dag en nacht is opgenomen. Gezien de mogelijkheden van doorstroming van pupillen van zwakzinnigeninrichtingen naar bijvoorbeeld gezinsvervangende tehuizen is het van belang deze voorzieningen in de regio op elkaar af te stemmen. Alhoewel een dergelijke doorstroming slechts in een zeer beperkt aantal gevallen mogelijk zal zijn en van geval tot geval met de nodige zorgvuldigheid moet worden bekeken, dient deze mogelijkheid van substitutie toch te worden onderkend.

In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens de intramurale, de semimurale en de extramurale zorg ten behoeve van de zwakzinnigen worden behandeld. Gezien de samenhang die er bestaat tussen de verschillende voorzieningen zal aan het eind van dit hoofdstuk worden ingegaan op de vraag of en in hoeverre regionale budgetfinanciering van de zwakzinnigenzorg in Twente mogelijk is.

19.1 Zwakzinnigeninrichtingen

In de regio Twente bevindt zich een tweetal leefgemeenschappen voor geestelijk gehandicapten, te weten:

- 't Bouwhuis te Enschede, en
- De Losserhof te Losser.

Enige algemene informatie inzake deze instellingen over 1976 is weergegeven in tabel 39.

Tabel 39. Algemene gegevens 't Bouwhuis en De Losserhof, 1976

	't Bouwhuis	De Losserhof
aantal bedden	144/209 ^{x)}	368
aantal verpleegdagen	57.406	133.184
verloop van het aantal patiënten		
- aanwezig 1-1	140	363
- opgenomen	68	34
- ontslagen	9	35
- aanwezig 31-12	199	362
doorstromingscoëfficiënt	0,06	0,09
gemiddeld bezettingspercentage	94.27	99.7
gemiddelde personeelsbezetting	160.7	331,9
verpleegprijs per dag 1-1 (f)	145,30	123,10
verpleegprijs per dag 31-12 (f)	156,45	121,25

x) per 1-9-1976: 209 bedden
Bron: CAK-AWBZ

19.1.1 Kosten

De kosten van verpleging en per verpleegdag, die in 1976 zijn vergoed in het kader van de AWBZ, bedroegen:

Tabel 40. Verpleegkosten 't Bouwhuis en De Losserhof, 1976 (f)

	't Bouwhuis	De Losserhof
kosten		
- verpleegkosten	8.777.052,30	16.229.611,70
- bijkomende kosten	8.936,65	11.835,77
gemiddelde kosten per verpleegdag	153,05	121,94

Bron: CAK-AWBZ

Ingedeeld naar kostencategorieën blijken ook hier de personeelskosten en afschrijvingen en interest het belangrijkste deel van de kosten uit te maken (respectievelijk 61.6% en 21.5%).

Tabel 41. Kosten van 't Bouwhuis en De Losserhof ingedeeld naar kostensoorten, 1976

	't Bouwhuis		De Losser-Hof	
	f	%	f	%
personeelskosten	5.002.853	55.8	10.577.390	64.8
voeding	322.646	3.6	638.294	3.9
huishoudelijke kosten en energiekosten	462.686	5.2	902.000	5.5
algemene kosten	194.367	2.2	370.243	2.3
medische en verzorgings- middelen	92.213	1.0	178.573	1.1
onderhoud en aanvulling duurzame activa	341.197	3.8	768.163	4.7
afschrijvingen en interest	2.541.942	28.4	2.900.590	17.8
overige lasten	3.492		./.	5.122
totaal	8.961.396	100.0	16.330.131	100.0

Het verschil tussen de in het kader van de AWBZ vergoede kosten en de kosten bepaald op grond van informatie uit de jaarrekeningen van de afzonderlijke instellingen wordt veroorzaakt door enerzijds posten als doorberekende kosten, diverse vergoedingen en voor 't Bouwhuis een in 1976 geactiveerd aanloopverlies en door anderzijds de berekeningsmethode van het Centraal Administratie Kantoor van de AWBZ. De door het CAK-AWBZ opgegeven vergoedingen hebben namelijk betrekking op de in 1976 betaalde verpleegdagen, waarbij sprake kan zijn van een overloop uit 1975 dan wel een overloop naar 1977 mogelijk is.

Hiermee rekening houdend mogen de uiteindelijke verschillen zodanig gering worden genoemd, dat wel kan worden uitgegaan van het door het CAK-AWBZ verstrekte cijfermateriaal.

19.1.2 Financiering

De financiering van de exploitatie van de inrichtingen voor zwakzinnigenzorg vindt plaats in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, op basis van vergoedingen die zijn gebaseerd op door het COZ goedgekeurde tarieven per verpleegdag. Gezien de redelijk constante bezettingsgraad en lange verblijfsduur van de pupillen lijkt budgetfinanciering van de afzonderlijke instellingen mogelijk. De door het COZ

gehanteerde richtlijnen met betrekking tot het aantal personeelsleden per 100 bezette bedden kunnen dan als uitgangpunt worden gehanteerd. Verschillen tussen de instellingen zullen ontstaan, doordat rekening moet worden gehouden met de zwaarte van de patiëntenpopulaties qua handicap en leeftijd.

Het Regionaal Ziekenfonds Twente fungeert voor de in Twente gevestigde instellingen als verbindingskantoor.

19.1.3 Transregionaal verkeer

Op 31-12-1976 bedroeg het aantal in de regio Twente verpleegde patiënten (565) 2.21% van het landelijke aantal patiënten (25.620) dat op dat tijdstip in zwakzinnigeninrichtingen verbleef. Aangezien ultimo 1976 het aantal inwoners in de regio Twente 4.25% van de Nederlandse bevolking uitmaakte, mag worden verondersteld dat er sprake is van aanzienlijk uitgaand transregionaal verkeer. Toepassing van de geldende norm terzake het aantal plaatsen in zwakzinnigeninrichtingen ($1.8^{\circ}/\text{oo}$ van het aantal inwoners) zou de regio Twente recht geven op ruim duizend plaatsen. Zelfs gegeven de geplande eindcapaciteit van 400 bedden in 't Bouwhuis zal er dan nog een tekort aan plaatsen in de regio blijven bestaan. Op grond hiervan mag dan ook worden verondersteld, dat er sprake is van aanzienlijk uitgaande patiëntenstromen.

Bovendien is er nog sprake van ingaande patiëntenstromen, zoals blijkt uit gegevens met betrekking tot de herkomst van de pupillen in 't Bouwhuis en De Losserhof. Van de pupillen die op 31-12-1976 in 't Bouwhuis verbleven, was ruim 57% afkomstig van buiten de regio en van de pupillen die op dat tijdstip in De Losserhof verbleven nog eens 10%.

Aangezien ons verdere gegevens ontbreken - met name met betrekking tot de overige zwakzinnigeninrichtingen waar Twentenaren verblijven - was het niet mogelijk de geldstromen die resulteren uit het transregionale verkeer vast te stellen.

19.2 Dagverblijven voor geestelijk gehandicapten

Tot de voorzieningen voor zwakzinnigen moeten ook de dagverblijven voor geestelijk gehandicapten worden gerekend, waarbij een onderscheid is te maken tussen kinderdagverblijven en dagverblijven voor ouderen. In de

regio Twente bevonden zich in 1976 vier kinderdagverblijven en twee dagverblijven voor ouderen. De vier kinderdagverblijven hebben in totaal een erkende plaatsingsmogelijkheid voor 148 pupillen en de dagverblijven voor ouderen 70 erkende plaatsen.

De Stichting Dagverblijven voor Geestelijk Gehandicapten Twente was in 1976 in de regio verantwoordelijk voor de exploitatie van drie kinderdagverblijven (KDV) en een dagverblijf voor ouderen (DVO), te weten:

- KDV Klim-Op te Enschede
- KDV Kleine Wereld te Hengelo
- KDV Zonnestraal te Oldenzaal
- DVO Deurningen.

De Stichting Dagverblijven voor Geestelijk Gehandicapten Noord-West Twente voor:

- KDV De Iemenkorf te Almelo
- DVO Almelo.

In tabel 42 zijn enige gegevens opgenomen met betrekking tot de aantallen erkende plaatsen, het verloop van het aantal pupillen en de aantallen verzorgingsdagen.

Tabel 42. Dagverblijven voor geestelijk gehandicapten in Twente, erkende plaatsen, verloop van het aantal pupillen en het aantal verzorgingsdagen, 1976

	erkende plaatsen	verloop van het aantal pupillen				aantal verzor- gingsdagen
		1-1-'76	opgenomen	ontslagen	31-12-'76	
KDV Klim-Op	40	30	17	8	39	7.277
KDV Kleine Wereld	36	26	20	15	31	6.195
KDV Zonnestraal	40	29	13	8	34	6.671
KDV De Iemenkorf	32	30	15	15	30	6.545
DVO Almelo	24	23	2	3	22	5.002
DVO Deurningen	46	45	1	-	46	9.604
totaal	218	183	68	49	202	41.294

Het Ministerie van CRM hanteert met betrekking tot de semimurale voorzieningen ten behoeve van geestelijk gehandicapten de volgende 'minimum-normen':

- kinderdagverblijven 0.3°/oo van het aantal inwoners
- dagverblijven voor ouderen 0.4°/oo van het aantal inwoners
- gezinsvervangende tehuizen 0.5°/oo van het aantal inwoners

Projectering van deze normen op de regio Twente zou een behoefte indi-

ceren van:

- 176 plaatsen in kinderdagverblijven
- 235 plaatsen in dagverblijven voor ouderen en
- 294 plaatsen in gezinsvervangende tehuizen.

Ook ten aanzien van de plaatsingsmogelijkheden in kinderdagverblijven en dagverblijven voor ouderen blijkt - gegeven de situatie in Twente in 1976 - er sprake te zijn van een aanzienlijk tekort.

19.2.1 Kosten

In tabel 43 zijn de exploitatiekosten van de dagverblijven voor geestelijk gehandicapten in Twente weergegeven over 1976. Een splitsing is gemaakt in personeelskosten en overige kosten. De personeelskosten maken 58% van de totale kosten uit. Het relatief hoge aandeel van de overige kosten is voornamelijk veroorzaakt door de hoge vervoerskosten (bijna 25% van de overige kosten) en door de post rente en afschrijvingen (bijna 40% van de overige kosten).

Tabel 43. Exploitatiekosten dagverblijven voor geestelijk gehandicapten in Twente, 1976 (f)

	totale kosten	personeels- kosten	overige kosten
KDV Klim-Op	795.240	446.385	348.855
KDV Kleine Wereld	813.905	433.746	380.159
KDV Zonnestraal	695.870	417.528	278.342
KDV De Iemenkorf	534.246	387.114	147.132
DVO Almelo	433.116	229.579	203.537
DVO Deurningen	772.979	432.923	340.056
totaal	4.045.356	2.347.275	1.698.081

De kosten per verzorgingsdag bedroegen in Twente in 1976 gemiddeld f 97,96. Voor de kinderdagverblijven was dit f 106,39 en voor de dagverblijven voor ouderen f 82,58.

19.2.2 Financiering

De financiering van de kosten wegens verblijf in dagverblijven voor gehandicapten geschiedt op basis van voorlopige begrotingsadviezen, die door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven en de verbindingskantoren (hier het Regionaal Ziekenfonds Twente) worden beoordeeld en vervolgens aan de Ziekenfondsraad ter goedkeuring worden voorgelegd. Op grond hiervan worden dan door het Centraal Administratiekantoor van de AWBZ voorschotten verstrekt. In het onderstaande overzicht zijn voor 1976 de ontvangen voorschotten vergeleken met de exploitatiekosten van de afzonderlijke dagverblijven.

Tabel 44. Ontvangen voorschotten en exploitatiekosten van dagverblijven in Twente, 1976 (f)

	ontvangen voorschotten	exploitatie- kosten	(2) - (1)
KDV Klim-Op	762.562	795.240	32.678
KDV Kleine Wereld	810.375	813.905	3.530
KDV Zonnestraal	629.102	695.870	66.768
KDV De Iemenkorf	502.656	534.246	31.590
DVO Almelo	257.484	433.116	175.632
DVO Deurningen	682.943	772.979	90.036
totaal	3.645.122	4.045.356	400.234

Voor deze dagverblijven is nu al sprake van een budgetsysteem in de vorm van budgetfinanciering. Voorschotten worden immers verstrekt op grond van goedgekeurde exploitatiebegrotingen. De afwijking tussen de ontvangen voorschotten en de exploitatiekosten van de instellingen bedroeg in 1976 bijna 10%.

19.3 Gezinsvervangende tehuizen voor geestelijk gehandicapten

De gezinsvervangende tehuizen zijn - evenals de dagverblijven - semi-murale voorzieningen ten behoeve van de zorg voor zwakzinnigen. In de regio Twente waren op 31-12-1976 een achttal gezinsvervangende tehuizen met in totaal 179 erkende bedden.

Hiervan exploiteerde de Stichting Gezinsvervangende Tehuizen Twente:

- De Regenboog te Hengelo
- Mienke te Enschede
- De Hunenbergh te Oldenzaal.

De Stichting Eben Haëzer exploiteerde het tehuis:

- Eben Haëzer te Rijssen, en

de Algemene Stichting voor Verzorging en Verpleging van Zwakzinnigen:

- Dubbel-Zeven te Almelo.

Tenslotte dient nog de Paulusstichting genoemd te worden. Deze stichting exploiteerde in 1976 namelijk onder meer drie gezinsvervangende tehuizen in Groenlo, te weten:

- De Kimpenkamp
- De Schans
- De Slingehof.

In tabel 45 is enige algemene informatie inzake deze tehuizen weergegeven.

Tabel 45. Aantal plaatsen, patiëntenverloop en aantal verpleeg- en verzorgingsdagen in gezinsvervangende tehuizen in Twente, 1976

	aantal erkende bedden	verloop van het aantal patiënten				verpleeg- dagen AWBZ
		1-1-'76	opgenomen	ontslagen	31-12-'76	
De Regenboog	21	23	1	2	22	8.163
Mienke	20	21	4	3	22	6.688
De Hunenbergh ^{x)}	24	-	22	-	22	1.966
Eben Haëzer	28	28	-	2	26	9.207
Dubbel-Zeven	18	18	1	1	18	6.770
De Kimpenkamp	20	19	3	2	20	6.503
De Schans	25	24	1	1	24	8.081
De Slingehof	23	22	3	8	17	6.479
totaal	179	155	35	19	171	53.857

x) erkend vanaf 15-8-1976

Gegeven de door het Ministerie van CRM gehanteerde norm voor het aantal plaatsen in gezinsvervangende tehuizen van 0.5⁰/oo van het aantal inwoners, op grond waarvan Twente 294 plaatsen kan claimen, mag gesteld worden dat er in 1976 sprake was van een aanzienlijke ondercapaciteit.

19.3.1 Kosten

De exploitatiekosten samenhangend met de verpleging en verzorging in de gezinsvervangende tehuizen in Twente bedroegen in 1976 f 3.783.631,--.

De personeelskosten maakten hiervan bijna 59% uit.

Tabel 46. Kosten verpleging en verzorging gezinsvervangende tehuizen
Twente in 1976 (f)

	totale kosten	personeels- kosten	overige kosten
De Regenboog	491.322	310.184	181.138
Mienke	494.932	303.146	191.786
De Hunenbergh	278.033	126.177	151.856
Eben Haëzer	506.060	276.683	229.377
Dubbel-Zeven	505.352	295.655	209.697
De Kimpenkamp	432.875	277.729	155.146
De Schans	573.250	311.040	262.210
De Slingehof	501.807	316.280	185.527
totaal	3.783.631	2.216.894	1.566.737

In 1976 bedroegen de gemiddelde kosten per dag op basis van AWBZ-dagen en -voorschotten f 69,14. Op basis van de gegevens van de tehuizen komt men op een gemiddelde van f 70,25 per dag.

19.3.2 Financiering

Evenals de dagverblijven worden de gezinsvervangende tehuizen gefinancierd uit AWBZ-gelden. Ook hier worden op grond van door het COZ beoordeelde en door de Ziekenfondsraad goedgekeurde begrotingen voorschotten verstrekt, terwijl na afloop van het boekjaar verrekening plaats dient te vinden.

In het onderstaande overzicht zijn de op grond van ingediende begrotingen verstrekte voorschotten door het CAK-AWBZ vergeleken met de exploitatiekosten in 1976.

Tabel 47. Ontvangen voorschotten en exploitatiekosten van gezinsvervangende tehuizen in Twente, 1976 (f)

	ontvangen voorschotten (1)	exploitatie- kosten (2)	(2) - (1)
De Regenboog	492.674	491.322	- 1.352
Mienke	473.386	494.932	21.546
De Hunenbergh	261.353	278.033	16.680
Eben Haëzer	528.396	506.060	-22.336
Dubbel-Zeven	468.567	505.352	36.785
De Kimpenkamp	430.146	432.875	2.729
De Schans	570.114	573.250	3.136
De Slingehof	499.104	501.807	2.703
totaal	3.723.740	3.783.631	59.891

Het verschil tussen de exploitatiekosten van de gezinsvervangende tehuizen in Twente en het totaal van de ontvangen voorschotten bedroeg hier in 1976 slechts 1.6%.

19.4 Sociaal pedagogische diensten

Het gespecialiseerde maatschappelijk werk ten behoeve van zwakzinnigen werd in 1976 in de regio Twente verzorgd door:

- Katholieke Stichting voor Sociaal Pedagogische Zorg Oost Overijssel;
- Stichting Algemeen Sociaal Pedagogische Dienst voor Overijssel, en
- Protestants Christelijke Stichting Sociaal Pedagogische Dienst voor Overijssel.

Inmiddels zijn de twee eerstgenoemde stichtingen voor wat betreft hun activiteiten in de regio Twente opgegaan in de Stichting Sociaal Pedagogische Zorg Twente.

19.4.1 Kosten

Op grond van het inwonertal van Twente zijn de kosten van deze diensten

voor 1976 aan de regio toegerekend. Naar aanleiding hiervan kunnen de exploitatiekosten in 1976 worden geschat op f 954.369,--. Het aandeel van de personeelskosten hierin bedroeg bijna 89%.

19.4.2 Financiering

De sociaal pedagogische diensten worden voor nagenoeg 100% gesubsidieerd door het Ministerie van CRM. Aangezien er duidelijke werkrelaties bestaan met de genoemde semimurale instellingen voor zwakzinnigenzorg en ook de plaatsing in zwakzinnigeninrichtingen veelal vanuit deze diensten wordt begeleid, verdient het aanbeveling de financiering van de sociaal pedagogische diensten af te stemmen op de AWBZ-financiering van deze instellingen, teneinde tot een optimale afstemming en onderlinge verhouding - ook vanuit financieel oogpunt - te kunnen komen.

19.5 Regionaal budget voor de zwakzinnigenzorg

Het merendeel van de voorzieningen voor geestelijk gehandicapten wordt via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gefinancierd. Bij verschillende onderdelen is zelfs al sprake van een vorm van budgetfinanciering. In onderstaand overzicht is dit nog eens samengevat.

	financiering	
	bron	vorm
zwakzinnigeninrichtingen	AWBZ	verpleegprijs per bed per dag
kinderdagverblijven	AWBZ	voorschotten (budget)
dagverblijven voor ouderen	AWBZ	voorschotten (budget)
gezinsvervangende tehuizen	AWBZ	voorschotten (budget)
sociaal pedagogische diensten	CRM	subsidies

Met uitzondering van de sociaal pedagogische diensten is hier sprake van één financierende instantie. In het voorgaande is al gesteld, dat de zwakzinnigeninrichtingen met behulp van budgetfinanciering gefinancierd kunnen worden, een systeem dat al van toepassing is bij de semimurale voorzieningen ten behoeve van de zwakzinnigenzorg. Voor wat dit betreft is voldaan aan de voorwaarden, die de Centrale Raad voor de Volksgezondheid stelt voor het uitvoeren van een experiment met betrekking tot

regionale financiering van - een deel van - de gezondheidszorg in een regio en wordt afgezien van de noodzakelijke aanwezigheid van een bestuurlijk orgaan in de regio, dan lijkt het mogelijk om voor deze categorie voorzieningen te komen tot een vorm van regionale budgetfinanciering (Centrale Raad, 1977).

De voorwaarden die de Centrale Raad stelt, worden hier in het kort weergegeven, voorzien van ons commentaar met betrekking tot de mogelijkheden voor de zwakzinnigenzorg in de regio Twente.

voorwaarden	commentaar
een experiment kan slechts worden ondernomen in een geografisch duidelijk afgebakend gebied	de regio Twente
het leggen van financiële verantwoordelijkheden bij de regio vergt de aanwezigheid van een bestuurlijk orgaan dat beschikt over de vereiste publiekrechtelijke bevoegdheden	gewest Twente + verbindingskantoor
het experiment kan zich slechts uitstrekken tot die voorzieningen waarop in beginsel een ieder in de regio recht heeft	voorzieningen voor zwakzinnigen
vereist is ook dat voldoende informatie beschikbaar is en verder kan worden verkregen omtrent het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen door de inwoners van de regio, de kosten daarvan en de toerekening van deze kosten aan de verschillende onderdelen van de zorgverlening in de regio	gebruik buiten regio is onvoldoende bekend
bij de aanvang van het experiment zal het budget, waarover de regio de beschikking krijgt, met name moeten worden gerelateerd aan de kosten die tot dan toe voor de gezondheidszorg in de regio zijn gemaakt	kosten bekend
centraal in het experiment staat de opdracht dat de regio terzake van het verlenen van de vereiste gezondheidszorg moet uitkomen met het vooraf daarvoor vastgestelde budget	mogelijk

In de voorgaande paragrafen is evenwel al gebleken, dat de situatie in Twente in 1976 wordt gekenmerkt door een duidelijke ondercapaciteit voor wat betreft de voorzieningen ten behoeve van de zwakzinnigenzorg

voor de inwoners van de regio. In tabel 48 is de aanwezigheid van de intramurale en semimurale voorzieningen gerelateerd aan de geldende normen en aan de situatie in Nederland.

Tabel 48. Aanwezigheid en 'behoeften' aan zwakzinnigenvoorzieningen in Twente en Nederland, 1976

	Twente			Nederland		
	aanwezig	'behoefte'	index ^{x)}	aanwezig	'behoefte'	index ^{x)}
zwakzinnigeninrichtingen	577	1.058	55	26.467	24.866	106
kinderdagverblijven	148	176	84	3.571	4.144	86
dagverblijven voor ouderen	70	235	30	4.533	5.526	82
gezinsvervangende tehuizen	179	294	61	5.292	6.907	77

Bron: CAK-AWBZ

$$x) \text{ index} = \frac{\text{aanwezig}}{\text{'behoefte'}} \times 100$$

Uit 1976 bleek in de regio Twente dus een aanzienlijke relatieve achterstand ten opzichte van Nederland te bestaan voor zowel de zwakzinnigeninrichtingen als voor de dagverblijven voor ouderen en de gezinsvervangende tehuizen.

Wanneer op grond hiervan mag worden aangenomen dat de voorzieningen in de regio onvoldoende capaciteit hebben, dan is regionale budgetfinanciering op basis van een bedrag per inwoner niet mogelijk. De kosten van de in de regio aanwezige voorzieningen (in 1976 ruim 33 miljoen gulden) zijn immers niet de kosten die het gebruik door de inwoners met zich meebrengt. Wanneer in de regio Twente in 1976 aan de normen terzake de genoemde instellingen zou zijn voldaan, dan zou de zwakzinnigenzorg in 1976 ongeveer 60 miljoen gulden hebben gekost.

Alhoewel uit beleidsoverwegingen niet zo interessant, is het wel mogelijk de zwakzinnigenzorg met behulp van regionale budgetten te financieren, waarbij dan de omvang van het regionale budget afhankelijk is van de hoogte van de kosten van de voorzieningen in een regio.

20. KOSTEN GEZONDHEIDSZORG TWENTE

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de kosten van de gezondheidszorg in Twente en van de kosten van de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van Twente¹⁾. Tevens worden deze kosten vergeleken met de kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Alvorens een dergelijke samenvatting en positiebepaling te geven, lijkt een overzicht van de kosten van medische consumptie van ziekenfondsverzekerden in de regio gewenst. In de voorgaande hoofdstukken zijn immers de schattingen van de kosten van verschillende voorzieningen gebaseerd op de uitgaven ten behoeve van de ziekenfondsverzekerden in de regio. Inzicht in de kosten van de medische consumptie van de ziekenfondsverzekerden verschaft tabel 49, waarin zijn weergegeven de kosten van de verstrekkingen van de ziekenfondsen per wettelijk en vrijwillig verzekerde in Twente en in Nederland. Uit dit overzicht blijkt dat de totale kosten per wettelijk en vrijwillig verzekerde in de regio weinig afwijken van het landelijke beeld: indices van respectievelijk 99 en 97. Ten aanzien van verschillende verstrekkingen bestaan wel aanzienlijke verschillen. Zo kan worden opgemerkt, dat per ziekenfondsverzekerde in de regio relatief veel wordt uitgegeven aan de verstrekkingen tandheelkundige hulp, uitwendige geneeswijzen, ziekenvervoer en kraamzorg. Daarentegen wordt relatief weinig uitgegeven aan ziekenhuisverpleging, kunstmiddelen en dag- of nachtbehandeling. Bij de positiebepaling van de kosten van de medische consumptie van alle Twentenaren zal hierop nader worden ingegaan.

1) Bestaande uit de gemeenten: Almelo, Ambt Delden, Borculo, Borne, Denekamp, Diepenheim, Eibergen, Enschede, Goor, Groenlo, Haaksbergen, Den Ham, Hellendoorn, Hengelo, Losser, Markelo, Neede, Oldenzaal, Ootmarsum, Rijssen, Stad Delden, Tubbergen, Vriezenveen, Weerselo en Wierden.

Tabel 49. Kosten verstrekkingen ziekenfondsen per wettelijk en vrijwillig verzekerde in Twente en Nederland, 1976 (f)

	wettelijke verzekering			vrijwillige verzekering		
	Twente	Nederland	Index	Twente	Nederland	Index
huisartsenhulp	67,41	70,21	96	67,45	70,01	96
farmaceutische hulp	122,31	117,98	104	103,77	98,53	105
specialistische hulp	127,20	125,33	101	115,03	111,37	103
tandheelkundige hulp	43,07	39,23	110	47,70	44,19	108
verloskundige hulp	4,73	4,24	112	2,90	3,34	87
ziekenhuisverpleging	386,75	412,04	94	341,00	382,10	89
uitwendige geneeswijzen	30,68	26,54	116	24,71	21,68	114
kunstmiddelen	7,55	8,00	94	5,99	7,40	81
ziekenvervoer	16,71	14,95	112	15,66	12,59	124
dag- of nachtbehandeling	3,55	4,10	87	4,83	4,82	100
kraamzorg	12,06	11,00	110	9,43	8,65	109
overige verstrekkingen en beheer en administratie	36,50	33,63	109	30,74	27,00	114
totaal	858,52	867,25	99	769,21	791,68	97

Bron: Ziekenfondsraad, RZT, OGZO

De positiebepaling van de gezondheidszorg in de regio ten opzichte van de gezondheidszorg in Nederland is, voor wat betreft de kosten daarvan, gebaseerd op een vergelijking met de kosten (ramingen) uit het 'Financieel overzicht van de gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983'. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van concentratieindices. Als concentratie-index wordt hier beschouwd het getal dat weergeeft de verhouding van de kosten van de gezondheidszorg in de regio respectievelijk ten behoeve van de inwoners van de regio ten opzichte van de op grond van het bevolkingsaandeel te verwachten kosten van de gezondheidszorg. Deze index is aan te passen aan het bevolkingsdeel dat in overwegende mate gebruik maakt van een bepaalde voorziening, zoals bejaarden, schoolkinderen, beroepsbevolking e.d.

Voor Twente wordt uitgegaan van een bevolkingsaandeel van 4.25% in de bevolking van Nederland in 1976. Indien nu een concentratie-index van een bepaalde voorziening 100 bedraagt, dan betekent dit dat het relatieve aandeel van de kosten van die voorziening ten opzichte van die in Nederland, gelijk is aan het relatieve aandeel van de Twentse bevolking in de Nederlandse bevolking. Wanneer het transregionale verkeer is verwerkt en er blijkt dan sprake te zijn van een index van minder dan 100 voor een bepaalde categorie voorzieningen, dan kan dit impliceren dat

er in Twente relatief goedkope voorzieningen zijn en/of dat er minder gebruik wordt gemaakt van bepaalde voorzieningen. Wordt uitsluitend gekeken naar de situatie in Twente, dan kan een concentratie-index van minder dan 100 bovendien duiden op een relatief tekort aan dan wel op relatief goedkope voorzieningen. Concentratie-indices van meer dan 100 zullen veelal het tegenovergestelde betekenen.

Teneinde het onderhavige rapport te doen aansluiten bij de functionele inventarisatie van de gezondheidszorg in de regio Twente is de indeling gebaseerd op systematiek van die functionele inventarisatie. Op die manier is een financiële 'blauwdruk' verkregen, die gehanteerd kan worden naast, maar bovenal in samenhang met, de aldaar verkregen inzichten met betrekking tot de aanwezigheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in de regio Twente. Deze indelingssystematiek sluit evenwel niet aan bij die van het genoemde financiële overzicht van het Ministerie, daar zijn achtereenvolgens behandeld:

- intramurale gezondheidszorg
- specialistische hulp
- extramurale gezondheidszorg
- collectieve preventieve zorg
- beleid, administratie en beheer
- overige gezondheidszorg.

Om de resultaten van het onderzoek in de regio Twente te kunnen vergelijken met zowel landelijke cijfers als met de uitkomsten van een onderzoek naar de kosten van de gezondheidszorg in de provincie Friesland, (Petersen, 1977) zal in dit hoofdstuk aansluiting worden gezocht bij de aldaar gebruikte indelingssystematieken.

De kosten van de intramurale zorg zijn in tabel 50 weergegeven. Aangezien met name deze categorieën voorzieningen aanleiding geven tot trans-regionaal verkeer, is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de kosten van de voorzieningen in de regio Twente en anderzijds de kosten van het gebruik van deze voorzieningen door de inwoners van Twente.

Tabel 50. Overzicht van de kosten van de intramurale gezondheidszorg in en ten behoeve van de inwoners van Twente en in Nederland, 1976 (mln f) ^{x)}

	aanwezig in Twente	gebruik door Twentenaren	aanwezig in Nederland	Index ^{xx)}	
				I	II
academische ziekenhuizen	-	15.6	1.213	-	30
algemene ziekenhuizen	206.3	211.5	4.803	101	104
categorale ziekenhuizen	17.2	26.9	422	96	150
psychiatrische ziekenhuizen	-	34.5	1.213	-	67
inrichtingen voor zwakzinnigen	25.3	.	1.123	53	.
verpleeghuizen	68.8	.	1.916	84	.
overige instellingen ^{xxx)}	11.6	.	557	49	.
totaal inclusief academische ziekenhuizen	329.2	.	11.247	69	.
totaal exclusief academische ziekenhuizen	329.2	.	10.034	77	.

Bron: CBS, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

x) - = geen; . = niet bekend

xx) Index I: $\frac{\text{kosten Twente}}{4.25\% \text{ kosten Nederland}} \times 100$

Index II: $\frac{\text{kosten gebruik Twentenaren}}{4.25\% \text{ kosten Nederland}} \times 100$

xxx) Overige instellingen Twente: gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor geestelijk gehandicapten, medische kindertehuizen en niet-erkende verpleeghuizen voor wat betreft AWBZ-patiënten.

De lage index voor de kosten van het gebruik van academische ziekenhuizen door Twentenaren spreekt voor zich. Een academisch ziekenhuis vervult immers ook een rol als algemeen ziekenhuis voor haar directe omgeving, terwijl de Twentenaren in het merendeel van de gevallen alleen voor zeer specialistische hulp naar een academisch ziekenhuis zullen gaan. De exploitatiekosten van de algemene ziekenhuizen in de regio Twente en de kosten van verpleging en behandeling van Twentenaren in algemene ziekenhuizen wijken slechts weinig af van hetgeen op grond van landelijke cijfers mocht worden verwacht. Dit in tegenstelling tot de kosten van het gebruik door Twentenaren van de categorale ziekenhuizen. De aanwezigheid van één categoriaal ziekenhuis in de regio - het betrekkelijk nieuwe revalidatiecentrum Het Roessingh - brengt voor de regio al zodanig hoge kosten met zich mee, dat door de per saldo uitgaande patiëntenstroom aanzienlijk hogere kosten ontstaan dan mocht worden verwacht. Overigens moet hierbij wel worden opgemerkt, dat dit beeld vertekend kan zijn door de schatting van de gemiddelde verpleegduur in deze instellingen.

Het verblijf van Twentenaren in psychiatrische ziekenhuizen veroorzaakt

relatief lage kosten. De afwezigheid van een psychiatrisch ziekenhuis in de regio speelt hierbij ongetwijfeld een belangrijke rol. De lage indices voor de kosten van de inrichtingen voor zwakzinnigen en overige instellingen in de regio kunnen onder meer verklaard worden uit de in de desbetreffende hoofdstukken gesignaleerde tekorten in de regio Twente. Aangezien gegevens over het verblijf van Twentenaren in deze inrichtingen en instellingen buiten de regio ontbreken, konden voor wat betreft het gebruik door Twentenaren geen indices voor deze categorieën voorzieningen worden vastgesteld.

Ook bij de verpleeghuizen valt op, dat de kosten daarvan in Twente relatief laag zijn. Wordt een index berekend voor het aantal in Twente aanwezige verpleeghuisbedden in 1976, dan blijkt die opvallend in de buurt te liggen van de kostenindex, nl. 85 respectievelijk 84. Het voor 1976 gesignaleerde tekort aan bedden voor psychisch gestoorde bejaarden in de regio is de oorzaak van de lage beddenindex. Het niet beschikbaar zijn van gegevens over de herkomst van patiënten in verpleeghuizen buiten de regio maakte het onmogelijk het transregionale verkeer en de kosten daarvan te kwantificeren.

De voor 1976 gevonden lage index voor de totale kosten van de intramurale gezondheidszorg in de regio Twente (exclusief de academische ziekenhuizen) kan worden verklaard uit de afwezigheid van een psychiatrisch ziekenhuis en door relatieve tekorten aan plaatsen in zwakzinnigeninrichtingen, verpleeghuizen en overige instellingen. Door gebrek aan gegevens kan geen index worden berekend van de kosten van de totale medische consumptie van Twentenaren van intramurale gezondheidszorg. Wordt uitsluitend gekeken naar de kosten van het gebruik dat Twentenaren maken van academische, algemene, categorale en psychiatrische ziekenhuizen, dan resulteert een index van 88. Wordt gekeken naar de kosten van de verstrekking ziekenhuisverpleging aan ziekenfondsverzekerden (tabel 49), dan wordt daarin een bevestiging gevonden van de door ons gevonden resultaten.

De kosten van de hulp verleend door vrijgevestigde declarerende specialisten en de kosten van farmaceutische hulp en van kunst- en hulpmiddelen zijn weergegeven in tabel 51. De kosten van kunst- en hulpmiddelen behoeven enige toelichting, daar deze nog niet eerder zijn behandeld. De ziekenfondsen vergoedden in 1976 f 3.217.905,-- voor deze verstrek-

king ten behoeve van hun verzekerden in de regio Twente (dit is inclusief de aanvullende verzekerden). In de raming van het Ministerie is voor deze kostenpost uitgegaan van een verhouding ziekenfondsverzekerden : niet-ziekenfondsverzekerden van 35 : 65. Andermaal corrigerend voor het afwijkende percentage ziekenfondsverzekerden in de regio Twente wordt hier een kostenverhouding aangenomen van 37,5 : 62,5. Op basis hiervan zijn de kosten van kunst- en hulpmiddelen voor 1976 geraamd op f 8.581.000,--.

Tabel 51. Kosten specialistische hulp, farmaceutische hulp en kunst- en hulpmiddelen in Twente en Nederland, 1976 (mln f)

	Twente	Nederland	Index ^{x)}
specialistische hulp ^{xx)}	59,61	1.372	102
farmaceutische hulp ^{xxx)}	67,96	1.580	101
kunst- en hulpmiddelen	8,58	215	94

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

x)

Index: $\frac{\text{kosten voorziening Twente}}{4,25\% \text{ kosten voorziening Nederland}} \times 100$

xx)

vrijgevestigde declarerende specialisten

xxx)

exclusief zelfmedicatie

Doordat de ramingen van de kosten van specialistische hulp, farmaceutische hulp en kunst- en hulpmiddelen gebaseerd zijn op de kosten van de respectievelijke verstrekkingen aan ziekenfondsverzekerden in de regio, waren de uitkomsten voorspelbaar (vgl. de desbetreffende indices in tabel 49). Het voorhands nog ontbreken van nadere gegevens over de kosten van de medische consumptie van niet-ziekenfondsverzekerden maakte meer nauwkeurige schattingen echter helaas niet mogelijk.

In tabel 52 zijn vervolgens de kosten van de extramurale gezondheidszorg weergegeven. Aangezien hierbij is uitgegaan van de veronderstelling dat er geen noemenswaardig transregionaal verkeer optreedt, vindt hier alleen een vergelijking plaats van de kosten van het gebruik van de verschillende voorzieningen door de inwoners van de regio Twente, die gelijk zullen zijn aan de kosten van de voorzieningen in de regio, met de te verwachten kosten van de desbetreffende voorzieningen.

Tabel 52. Kosten van de extramurale gezondheidszorg in Twente en Nederland, 1976 (mln f)

	Twente	Nederland	Index ^{x)}
huisartsenhulp inclusief verloskundigen	42,33	979	102
tandheelkundige zorg	44,90	945	112
uitwendige geneeswijzen	21,93	458	113
maatschappelijke gezond- heidszorg	24,16	451	126
ambulante geestelijke ge- zondheidszorg	5,35	210	60
overige voorzieningen	0,95	36	62
totaal extramurale gezond- heidszorg	139,62	3.079	107

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

x)

$$\text{Index: } \frac{\text{kosten voorziening Twente}}{4,25\% \text{ kosten voorziening Nederland}} \times 100$$

Vergelijking van de kosten van de verschillende onderdelen van de extramurale gezondheidszorg in de regio Twente met de kosten van de geboden zorg in Nederland levert opvallende verschillen op ten aanzien van de tandheelkundige zorg, uitwendige geneeswijzen, maatschappelijke gezondheidszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg. De hoge indices voor tandheelkundige hulp en uitwendige geneeswijzen resulteren uit de op ziekenfondsgegevens gebaseerde schattingen. Met betrekking tot de kosten van uitwendige geneeswijzen kan nog worden opgemerkt dat deze onder meer verklaard kunnen worden door de in het voorgaande aangegeven relatie tussen het aanbod van fysiotherapeuten en de hoogte van de kosten van uitwendige geneeswijzen en de in de functionele inventarisatie gesignaleerde, relatief hoge dichtheid van fysiotherapeuten in de regio Twente.

De index die we aantreffen voor de kosten van de maatschappelijke gezondheidszorg (126) is samengesteld uit een index van 127 voor de kosten van kraamzorg en een index van 125 voor de kosten van het kruiswerk in engere zin. De kosten van de kraamzorg in de regio worden onder meer beïnvloed door het aantal geboorten in de regio en de frequentie van het beroep op kraamzorg, de keuze tussen interne en wijkkraamzorg en de kosten per verzorgingsdag. Twentenaren blijken relatief gezien een groter beroep op

kraamzorg te doen dan de rest van Nederland. Wordt namelijk een concentratie-index berekend voor het aantal in de regio gerealiseerde verzorgingsdagen, dan vindt men voor 1976 een index van 124. De oorzaak hiervan is zowel een iets groter aantal levend geborenen per 1000 inwoners als een hogere frequentie van het beroep op kraamzorg in de regio Twente vergeleken met de rest van Nederland. Met betrekking tot het eigenlijke kruiswerk is in het hoofdstuk over de maatschappelijke gezondheidszorg al opgemerkt dat een groot aantal verzekerden bij het Regionaal Ziekenfonds Twente via een aanvullende verzekering een beroep kan doen op de diensten van de kruisverenigingen. Dit zal ongetwijfeld met zich meebrengen dat de Twentse bevolking relatief gezien veel gebruik maakt van het kruiswerk, hetgeen tot uitdrukking komt in de relatief hoge kosten van het kruiswerk in de regio.

De kosten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de regio zijn lager dan op grond van landelijke cijfers mocht worden verwacht. Dit komt onder meer doordat voor 1976 geen kosten van het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie aan dit deel van de extramurale gezondheidszorg konden worden toegerekend.

De kosten van de overige gezondheidszorgvoorzieningen in de regio Twente zijn - voor zover in de voorgaande hoofdstukken behandeld - samengevat in tabel 53.

Tabel 53. Kosten overige gezondheidszorg Twente, 1976 (mln f)

	kosten
openbare gezondheidszorg	1,45
bedrijfsgeneeskundige zorg	6,80
jeugdgezondheidszorg	3,36
zieken- en ongevallenvervoer	9,91
tbc-bestrijding	0,95
streeklaboratoria	5,99
totaal	28,46

Wegens gebrek aan voldoende vergelijkbaar cijfermateriaal zijn hier geen concentratie-indices berekend. Worden bijvoorbeeld de exploitatiekosten van de openbare gezondheidsdiensten in Twente vergeleken met die

in Nederland voor 1976 en ingedeeld naar activiteiten, dan ontstaat het overzicht in tabel 54.

Tabel 54. Exploitatiekosten toegerekend naar activiteiten van de openbare gezondheidsdiensten in Twente en in Nederland, 1976
(mln f)^{x)}

	Twente	Nederland	Index
algemene gezondheidszorg	1,450	66	52
geestelijke gezondheidszorg	-	34	.
bedrijfsgeneeskunde	1,671	28	140
jeugdgezondheidszorg	3,359	77	103
zieken- en ongevallenvervoer	4,130	68	143
andere taken	-	29	.
totaal	10,609	302	83

x) - = geen; . = niet bekend

Voor de volledigheid moet nog worden opgemerkt, dat niet behandeld zijn de kosten van:

- keuring van voedsel en drinkwater
- beleid, administratie en beheer
- medische zorg voor militairen en studenten en de medische sportkeuring.

In Tabel 55 vindt nog een vergelijking plaats van enige bij een onderzoek naar de kosten van de gezondheidszorg in de provincie Friesland voor 1975 gevonden concentratie-indices met die indices voor de kosten van de gezondheidszorgvoorzieningen in de regio Twente voor 1976.

Tabel 55. Concentratie-indices van de kosten van de gezondheidszorg-voorzieningen in Friesland (1975) en Twente (1976)

voorzieningen	Friesland 1975	Twente 1976
intramurale gezondheidszorg		
- algemene en categorale ziekenhuizen	83	101
- psychiatrische ziekenhuizen	49	-
- inrichtingen voor zwakzinnigen	92	53
- verpleeghuizen	125	84
- overige instellingen	116	49
totaal intramurale gezondheidszorg	90	77
specialistische hulp	63	102
geneesmiddelenvoorziening en medische utensiliën	81	100
extramurale gezondheidszorg		
- huisartsenhulp	119	} 102
- verloskundige zorg	146	
- tandheelkundige zorg	124	112
- uitwendige geneeswijzen	53	113
- maatschappelijke gezondheidszorg	121	126
- ambulante geestelijke gezondheidszorg	83	60
totaal extramurale gezondheidszorg	110	107

Alleen al door de verschillende jaren waarop de respectievelijke onderzoeken betrekking hebben, kan niet te veel betekenis worden toegekend aan een dergelijke vergelijking. Wel blijkt dat er ten aanzien van de kosten van de intramurale zorg aanzienlijke verschillen kunnen worden gesignaleerd tussen de diverse categorieën instellingen, die met name worden veroorzaakt door de relatieve aan- of afwezigheid van de verschillende instellingen.

21. NABESCHOUWING

In de voorgaande hoofdstukken is van de in de functionele beschrijving van de gezondheidszorg in de regio Twente behandelde voorzieningen en functies aangegeven wat de kosten bedroegen van de voorzieningen in de regio (in 1976 590 miljoen gulden) en wat de kosten bedroegen die werden veroorzaakt door het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door de inwoners van de regio Twente (in 1976 655 miljoen gulden). Tevens is bij een groot aantal voorzieningen ingegaan op de vraag of, en zo ja in hoeverre, regionale budgetfinanciering daarvan mogelijk is.

Naar aanleiding hiervan willen wij in deze nabeschuwing nog ingaan op:

- de betekenis van regionale financiële overzichten, en
- de mogelijkheden voor regionale budgetfinanciering.

21.1 Regionale financiële overzichten

De betekenis van regionale financiële overzichten is onder andere aangegeven in de Structuurnota Gezondheidszorg: "De gegevens ten aanzien van de uitgaven en financiering die betrekking hebben op een gewest, dienen in samenhang te worden gebracht met gewestelijke gegevens ten aanzien van de structuur. Hierdoor wordt een vergelijking mogelijk met andere gewesten, zowel met het oog op bevordering van structuur en wijze van financiering, als ter verhoging van de efficiency". De vergelijking van de uitkomsten van het onderzoek in de regio Twente met de resultaten van een eerder onderzoek in de provincie Friesland (Petersen, 1977) biedt hiertoe mogelijkheden (hoofdstuk 20). Zo kunnen de gesignaleerde kostenverschillen ten aanzien van de intramurale gezondheidszorg in eerste instantie voor een belangrijk deel worden teruggebracht tot (relatieve) verschillen in aan- en afwezigheid van verschillende intramurale voorzieningen in de onderscheiden regio's.

In het Wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg wordt uitgegaan van de idee dat richtlijnen en (regionale) plannen zoveel mogelijk aangeven wat de financiële gevolgen hiervan zijn. Dat regionale financiële overzichten ook hierbij een rol kunnen spelen, blijkt uit enige voorbeelden. Wordt bijvoorbeeld in de regio Twente de capaciteit van de intra- en semimurale zwakzinnigenvoorzieningen aangepast aan de hiervoor landelijk geldende normen, dan mag een minimale kostenstijging worden verwacht van

80% (hoofdstuk 19). Voor wat betreft de huisartsenhulp is aangegeven, dat een praktijkverkleining eveneens aanzienlijke financiële consequenties kan hebben voor de kosten van de huisartsenhulp in de regio (hoofdstuk 4).

Naast financiële onderbouwing van een regionaal beleid voor de gezondheidszorg en van de planningsprocessen in een regio, biedt de analyse in de voorgaande hoofdstukken eerste aanzetten om te komen tot een systeem van regionale financiering. Bij de verschillende voorzieningen is ingegaan op de wijze van financiering en is nagegaan waar mogelijkheden bestaan voor het voeren van een regionaal financieringsbeleid. In hoeverre dit uiteindelijk kan resulteren in een systeem van regionale budgetfinanciering wordt aangegeven in de volgende paragraaf.

21.2 Mogelijkheden voor regionale budgetfinanciering

In het hoofdstuk 'Regionale budgetten in de gezondheidszorg' is de groei van de kosten van de gezondheidszorg geplaatst tegen de achtergrond van de macro-economische noodzaak om te komen tot afremming van de collectieve uitgaven. Een aantal oorzaken van de kostenstijgingen is daar aangegeven en tevens zijn enige wettelijke maatregelen genoemd, die mogelijkheden kunnen (gaan) bieden voor de beheersing en planning van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In de toelichting bij het Wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg is onder andere gesteld dat 'beheersing en planning van de gezondheidszorg het meest doelmatig kan geschieden binnen een regio'. In de Structuurnota Gezondheidszorg was al uitgebreid aandacht besteed aan die regionalisatie, waarbij met betrekking tot de financiering van de gezondheidszorg de mogelijkheid werd geopend het huidige pluriforme financieringsstelsel te vervangen door een systeem van regionale budgettering. In hoofdstuk 2 is de wenselijkheid om te komen tot een systeem van budgetfinanciering, d.w.z. financiering van voorzieningen uit vooraf beschikbaar gestelde financiële middelen, geschetst. Vervolgens is de rol die een dergelijke financieringssysteem kan worden toegedacht in een geregionaliseerde gezondheidszorg aangeduid.

Dat een systeem van regionale budgetfinanciering een belangrijke rol kan vervullen in een geregionaliseerde gezondheidszorg is na het voorgaande

evident. Alvorens evenwel tot een dergelijk financieringssysteem kan worden overgegaan, dient onderzoek inzicht te verschaffen in

- a. de mogelijkheden om een landelijk gezondheidszorgbudget over de verschillende regio's te verdelen, en
- b. de mogelijkheden die een regio heeft om vanuit een regionaal budget de verschillende voorzieningen en functies in de gezondheidszorg te financieren.

Het onderhavige onderzoek naar de kosten en financiering van de gezondheidszorg in de regio Twente was met name gericht op de vraagstukken die samenhangen met het onder b. gestelde. Op grond van de verkregen inzichten is voor de verschillende delen van de gezondheidszorg aangegeven of, en zo ja in hoeverre, regionale budgetfinanciering daarvan op dit moment mogelijk zou zijn. Met uitzondering van de openbare gezondheidszorg, de maatschappelijke gezondheidszorg, de zwakzinnigenzorg, de verpleeghuizen en het medisch kindertehuis blijken aanzienlijke veranderingen in de financieringsstructuur noodzakelijk teneinde financieringstechnisch regionale budgetfinanciering voor de onderscheiden functies te kunnen invoeren. De veranderingen lopen uiteen van een uitbreiding van het abonnementshonorarium, zoals dat nu geldt voor ziekenfondsverzekerden voor wat betreft huisartsenhulp tot alle inwoners van de regio tot het in dienstverband treden van specialisten.

Het in een regionaal kader totstandbrengen van een evenwichtig en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen door het voeren van een geregionaliseerd gezondheidszorgbeleid vereist eveneens een onderlinge afstemming van de financieringswijze van de substitueerbare en voor een groot deel ook van de complementaire voorzieningen in een regio. Verschillende functies kunnen zich immers bewegen op eenzelfde zorgterrein dan wel niet los worden gezien van andere functies. Kennis van en inzicht in de functionele samenhang tussen voorzieningen is dan ook noodzakelijk teneinde een regionaal budgetfinancieringssysteem doelgericht te kunnen toepassen. Verder zal duidelijk moeten worden of een regio primair verantwoordelijk is voor de gezondheidszorgvoorzieningen in die regio, dan wel primair voor de gezondheidszorg ten behoeve van de inwoners van de betrokken regio. Wanneer dit laatste het geval is, dan blijken in de regio Twente op dit moment ook de zwakzinnigenzorg en het medisch kindertehuis niet uit een regionaal budget gefinancierd te kunnen worden. Door de met name voor wat betreft de zwakzinnigenzorg gesigna-

leerde tekorten in de regio, stemmen de kosten die de in de regio aanwezige voorzieningen met zich meebrengen namelijk geenszins overeen met de kosten van de zwakzinnigenzorg ten behoeve van de inwoners van de regio Twente. Wanneer de 'gesloten circuit' gedachte wordt gehanteerd bij de totstandbrenging van een systeem van regionale budgetfinanciering, dan zal hier het transregionale verkeer door de gesignaleerde tekorten in de regio een duidelijk verstorende factor zijn.

Gezien de verwevenheid van budgetfinanciering met (interne) budgettering zal ook een aantal veranderingen in de organisatie van het gezondheidszorgsysteem moeten worden doorgevoerd. Niet in de laatste plaats is hierbij te denken aan maatregelen die regionale planning mogelijk maken, zoals een regionaal vestigings- en erkenningenbeleid. De bevoegdheden van een regio ter zake een te voeren regionaal gezondheidszorgbeleid zullen dan ook nog moeten worden ingevuld. Met betrekking tot de financiering kan hierbij in eerste instantie worden gedacht aan de bevoegdheid de begrote uitgaven van regionale 'functies' te beoordelen en al dan niet goed te keuren. Hiermee kan de regio dan invloed uitoefenen op het regionale uitgavenpatroon van de gezondheidszorg en zijn we gekomen bij de functie(s) die een regionaal budgetfinancieringssysteem kan vervullen. De allocatie van financiële middelen over de verschillende voorzieningen en functies in de regio door een regionaal orgaan, kan ten slotte als een belangrijke stuur- en beheersingsmogelijkheid in de gezondheidszorg worden onderkend. Zoals gesteld, is kennis van en inzicht in de samenhang tussen voorzieningen, zowel met betrekking tot de substitueerbaarheid als de complementariteit daarvan, hierbij noodzakelijk. Uit de omschrijving van de voorzieningen is immers al gebleken dat meerdere functies zich kunnen bewegen op eenzelfde zorgterrein dan wel niet los kunnen worden gezien van andere functies.

Het voorgaande samenvattend, kan worden gesteld dat een in 1974 in de Structuurnota Gezondheidszorg genoemd begrip weliswaar aanleiding heeft gegeven tot veel discussies, maar dat alvorens in Nederland kan worden overgegaan tot invoering van een dergelijk financieringssysteem er aanzienlijke veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg noodzakelijk zijn. Deze veranderingen hebben zowel betrekking op de bestuurlijke en organisatorische structuur als op de financieringsstructuur. Tenslotte dient te worden opgemerkt, dat er nog het nodige onderzoek zal moeten worden verricht willen de vragen die samenhangen met deze problematiek uiteindelijk in voldoende mate kunnen worden beantwoord.

LITERATUUR

- AERT, J.H. VAN. Ziekenhuiskosten in econometrisch perspectief. Leiden, Stenfert Kroese, 1977
- BOER, N.A. DE. Provinciegrenzen en regionaal beleid. Economisch Statistische Berichten 63 (1978) 3137, 32-8
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Regionaal statistisch zakboek 1974. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1975
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland 1974. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977
- CENTRAAL ORGAAN ZIEKENHUISTARIEVEN. Jaarverslag 1977. Utrecht, COZ, 1978
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies inzake gedecentraliseerd financieel beleid in het kader van de regionalisatie van de volksgezondheid. Rijswijk, 1977
- GEWEST TWENTE. Sociaal-economische karakteristiek Gewest Twente. Enschede, 1978
- GROOT, L.M.J. Budgettering en beheersbaarheid in de gezondheidszorg. Het Ziekenhuis 5 (1975) 12, bijvoegsel
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M. Directe invloed van de specialist op de huisartsenreceptuur. Med.Contact 33 (1978) 35, 1073-5
- HONHOFF, B. Sociale farmacotherapie in Twente. Utrecht, 1977
- KLAASSEN, L.H. (red.). Regionale economie. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1972
- LANDHEER, T. Gezondheidszorg in een nieuw gebied. Leiden, 1978
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Financieel overzicht van de gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982. Leidschendam, 1977
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Financieel overzicht van de gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983. Leidschendam, 1978
- NATIONAAL ZIEKENHUISINSTITUUT. Atlas van de intramurale gezondheidszorg. Utrecht, 1975 (publ.nr. NZI 75.67)
- NATIONAAL ZIEKENHUISINSTITUUT. Financiële statistiek 1976, enkele uitkomsten. Utrecht, 1977 (publ.nr. NZI 77.118)
- NATIONAAL ZIEKENHUISINSTITUUT. Analyse van de kostenstijging in prijs- en volumecomponenten in de instellingen van intramurale gezondheidszorg over de jaren 1972 t/m 1976. Utrecht, 1978 (publ.nr. NZI 78.129)
- NATIONAAL ZIEKENHUISINSTITUUT. Financiële statistiek 1977, enkele uitkomsten. Utrecht, 1978 (publ.nr. NZI 78.151)
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR SOCIALE TANDHEELKUNDE. Verslag over het jaar 1977

PETERSEN, W.G., A.E. AKKERMAN & J.J. WITTE. Kosten en budgettering van de gezondheidszorg; oriënterend onderzoek in de provincie Friesland. Leiden, NIPG/TNO, 1977

RAAD VOOR DE GEMEENTEFINANCIËN. Advies inzake de maatstaven ter verdeling van de algemene uitkering. 's-Gravenhage, 1975

VEN, F.J.H.M. VAN DER. Advies Commissie van der Ven. Med.Contact 22 (1967) 1, 9-14

ZIEKENFONDSRAAD. Jaarverslag 1976. Amstelveen, 1977

ZIEKENFONDSRAAD. Mogelijkheden van budgettering in de gezondheidszorg. Amstelveen, 1978

ZIEKENFONDSRAAD. Jaarverslag 1977. Amstelveen, 1978

ZIEKENFONDSRAAD. Opneming werk van kruisinstellingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Amstelveen, 1978

