

RAPPORT VAN DE WERKGROEP HEROVERWEGING

AANSCHAFFINGSBELEID GEZONDHEIDSZORG

(heroverweging 2e ronde)

Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 16 625, nr. 63

RAPPORT VAN DE WERKGROEP HEROVERWEGING AANSCHAFFINGSBELEID GEZONDHEIDSZORG

INHOUDSOPGAVE

	Blz.		Blz.
Hoofdstuk I	3	Hoofdstuk VII	
1 Inleiding	3	De inkoopfunctie bij het bedrijfsleven, de overheid en de gezondheidszorg in het verleden, in de huidige situatie en in de toekomst	38
2 Probleemstelling	3	Deel 1 De inkoopfunctie binnen het bedrijfsleven	38
3 Taakstelling	4	1. Het verleden en de huidige situatie	38
4 Samenstelling en werkwijze	4	2. De inkoopfunctie binnen de overheid in het verleden en in de huidige situatie	38
5 Opzet van het rapport	5	3. De inkoopfunctie bij het bedrijfsleven in de toekomst	39
Hoofdstuk II		4. Het inkoopbeleid bij de overheid in de toekomst	40
Samenvatting en aanbevelingen	6	4a Efficiënter inkopen	41
Hoofdstuk III		4b Functie-inkopen	43
Overzicht aanschaf van roerende goederen in de gezondheidszorg	15	Deel 2 Het inkoopbeleid binnen de gezondheidszorg	47
Hoofdstuk IV		1 Het verleden	47
Procedures aanschaffingen in de gezondheidszorg	18	2 De huidige situatie	47
1 Inleiding	18	3 Het toekomstige inkoopbeleid	50
2 De procedures met betrekking tot de bouw en aanschaf van roerende en onroerende goederen door ziekenhuisvoorzieningen	18	4 Toepassing en optimalisering van het inkoopbeleid	51
3 De procedures met betrekking tot aanschaf bij academische ziekenhuizen	27	4a Algemeen	51
4 De procedures met betrekking tot aanschaf bij militaire ziekenhuizen	29	4b Organisatorische vormgeving	52
5 De betrokkenheid van het Rijksinkoopbureau bij het aanschaffingsproces en de daarmee samenhangende procedures	30	4c Het inkoopproces voor de verschillende soorten van goederen bij de verschillende procedures	56
Hoofdstuk V		Bijlage I	
Adviesorganen bij aanschaffingen	32	Samenstelling van de werkgroep	66
1 Categorieën van aanschaffingen gerelateerd aan adviesorganen	32	Bijlage II	
2 Korte beschrijving van in matrix genoemde instanties	32	Minderheidsstandpunt Nationale Ziekenhuisraad	67
3 Organen op het terrein van de gezondheidszorg, die stoelen op een wettelijke basis en adviseren aan de Minister van WVC	33	Bijlage III	
Hoofdstuk VI		Functie-inkopen	81
Synthese van hoofdstukken III, IV en V	36		

Hoofdstuk I

1. INLEIDING

In de ministerraad van 5 februari 1982 is besloten een zeventiental onderwerpen in het kader van de tweede ronde heroverweging in onderzoek te nemen. Tevens werd besloten door de ministers suggesties te laten doen voor toevoeging van onderwerpen.

Met haar brief van 15 februari 1982 deed de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de suggestie om te onderzoeken of een betere benutting van het Rijksinkoopbureau (RIB) mogelijk is. Dit tegen de achtergrond dat van de totale jaarlijkse overheidsaanschaffingen slechts een verhoudingsgewijs klein gedeelte via het Rijksinkoopbureau loopt. De Ambtelijke Commissie Heroverweging nam deze suggestie over en legde deze voor aan de Ministeriële Commissie Heroverweging die op 26 maart 1982 akkoord ging met toevoeging van het onderwerp «Betere benutting Rijksinkoopbureau», voor deze ronde toegespitst op de aanschaf van roerende goederen in de gezondheidszorg aan de onderwerpen van de tweede ronde heroverweging.

Zoals bekend wenst de Regering de positie van de marktsector i.c. het Nederlandse bedrijfsleven te versterken. In de Raad van Advies van het RIB is eind 1981 over dit onderwerp in relatie tot de aanschaffingen in de gezondheidszorg van gedachten gewisseld, aangezien nog geen 10% van deze aanschaffingen bij het Nederlandse bedrijfsleven wordt gedaan. Het leek daarbij zinvol na te gaan of het RIB met inachtneming van de GATT-code (dit is het voorkomen van concurrentievervalsing tussen diverse landen) bepaalde adviesfuncties zou kunnen vervullen, zoals het doorzichtig maken van de markt e.d. Ook de innovatie waaraan de Regering, zoals blijkt uit de in 1981 gepubliceerde nota Aanschaffingsbeleid en innovatie, duidelijke prioriteit hecht, is bij deze technologisch vaak hoogwaardige apparatuur van belang. Het RIB zou ook hierbij naar de Nederlandse ondernemingen toe, een coördinerende rol kunnen vervullen, terwijl tevens meer aandacht zou kunnen worden besteed aan randvoorwaarden zoals de mate van milieuverontreiniging, welke ook voor de gezondheidszorg van belang is.

Dit heeft ertoe geleid dat de werkgroep zich heeft beperkt tot de aanschaffingen van roerende goederen in de gezondheidszorg.

2. PROBLEEMSTELLING

Al jarenlang wordt in de gezondheidszorg getracht de groei in de kosten om te buigen. Reeds in 1972 is van overheidswege aan het toenmalige Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) verzocht voorstellen te doen inzake op korte termijn te nemen beleidsmaatregelen ter beheersing van de kostenstijging. Hierop volgend heeft het COZ zich tot alle instellingen vallende onder de Wet ziekenhuis tarieven (WZT) gewend en een aantal beleidsvoornemens aangekondigd. Ook werd verzocht aan te geven hoe besparingen daadwerkelijk konden worden geëffectueerd. Dit heeft geleid tot een groot aantal reacties die het COZ heeft gebundeld in het z.g. «Rapport reacties beteugeling kostenstijging». Eén van de hierin genoemde maatregelen was centralisatie van de tot dan toe gedecentraliseerde inkoopbevoegdheid.

Daarnaast is van de zijde van de overheid op verschillende manieren getracht de beheersmechanismen te versterken in de gezondheidszorg met het oog op de sterke lastenontwikkeling. Dit heeft er o.a. toe geleid dat aan het COZ is gevraagd het richtlijnenstelsel uit te breiden en te vervolmaken.

In dat kader is de werkgroep «Normering inventaris» gestart, die in 1978 met een advies kwam.

Het bestuur van het COZ heeft in 1979, de commissie Tariefstructuur ingesteld. Deze commissie heeft in 1980 het COZ geadviseerd om te komen tot richtlijnen voor de normering van afschrijvingskosten (medische) inventarissen en normering groei (para)medisch personeel. Op grond daarvan zijn in 1981 door het COZ richtlijnen opgesteld.

Medio 1980 heeft de Staatssecretaris van V. en M. bij brief d.d. 24 juli 1980 en 28 oktober 1980 zich tot de Ziekenfondsraad gewend met het verzoek haar te adviseren omtrent voorstellen tot beheersing van de aanschaffing van apparatuur ten behoeve van ziekenhuizen. In deze adviesaanvraag is onderscheid gemaakt tussen enerzijds de COZ-richtlijn en anderzijds het overleg in het kader van de overeenkomst tussen ziektekostenverzekeraar en ziekenhuis. In het laatste geval zou in afwachting van de totstandkoming van de overeenkomst – wat intussen is gebeurd – overwogen kunnen worden, aldus de Staatssecretaris, de ziekenhuizen tot een dergelijk overleg te verbinden door een in de erkenning op te nemen voorschrift.

Een aparte commissie van de Ziekenfondsraad heeft op 25 mei 1982 een advies ter zake vastgesteld. Unaniem is de commissie van mening dat een bepaling ter zake in de overeenkomst moet worden opgenomen.

Een grote meerderheid is daarnaast van mening dat een passage over te voeren overleg op zich onvoldoende waarborgen in zich heeft om bij het ontbreken van overeenstemming verspilling te voorkomen. Vandaar dat voor dit onderdeel van de overeenkomst wordt aangedrongen op een bindend-adviesprocedure voor partijen.

Een grote meerderheid meende tevens dat het overleg tussen partijen geïnstitutionaliseerd zou moeten worden door middel van het opnemen van een dergelijke passage in de erkenningseisen. De meerderheid van de Ziekenfondsraad heeft dit advies onderschreven.

In het kader van het terugdringen van de kostenstijging in de collectieve sector heeft de Regering in 1982 aanvullende maatregelen genomen. Ook de gezondheidszorg ontquam hier niet aan. In die context heeft de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne vanuit haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit voor de zorgverlening de hoogste prioriteit toegekend aan de verplegingsdienst c.q. de werkgelegenheid in deze sector. Dit betekende dat o.a. het groeipercentage van de richtlijn normering inventarissen van het COZ, thans Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG), in neerwaartse zin werd bijgesteld. Hierdoor wordt een nog grotere druk gelegd op de instellingen ten aanzien van een doelmatige aanschaf van apparatuur.

3. TAAKSTELLING

Op basis van het vorenstaande is de volgende taakstelling geformuleerd:

- a. het bevorderen van een doelmatig aanschaffingsbeleid van roerende goederen in de gezondheidszorg, en de functie van het Rijksinkoopbureau daarbij, met het oog op zowel een zo doelmatig en doelgericht mogelijke aanschaf als stimulering van de rol van het bedrijfsleven mede in het kader van de innovatie;
- b. daartoe zal de werkgroep onder meer onderzoek verrichten naar de mogelijkheden van een verdere stroomlijning van het aanschaffingsbeleid;
- c. mede op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zal de werkgroep nadere aanbevelingen doen.

4. SAMENSTELLING EN WERKWIJZE

De samenstelling van de werkgroep was afwijkend van de gebruikelijke bij heroverwegingswerkgroepen, welke uitsluitend bestaan uit ambtelijke vertegenwoordigers, zo nodig aangevuld met externe deskundigen. In de

onderhavige werkgroep was, naast de meest betrokken ministeries, tevens het «veld» vertegenwoordigd. Het betrof drie leden van de zijde van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR), waarvan een lid is gekomen uit de Nederlandse Vereniging van Inkopers in de Gezondheidszorg (NVIG), alsmede drie leden uit de kring van de ziektekostenverzekeraars, te weten de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ). Tevens had het Rijksinkoopbureau zitting in de werkgroep.

De werkgroep heeft zich conform de taakstelling geconcentreerd op het zoeken naar mogelijkheden tot verbetering van het inkoopgebeuren in de gezondheidszorg, binnen de wettelijke en financiële kaders. Doel is om binnen deze structuur tot een doelgericht en doelmatig aanschaffingsbeleid te geraken. Dit wordt nog des te noodzakelijker daar er de komende jaren forse bezuinigingen dienen plaats te vinden, onder meer te realiseren door middel van budgettering, resulterend in een nul-groei in 1986.

Een beperking van de verwachte groei van de materiële kosten in 1983 met 2% zal de instellingen noodzakelijkerwijs stimuleren tot een zo doelmatig mogelijk aanschaffingsbeleid.

In dit licht verdient een optimale besteding van de middelen binnen een steeds krappere bestedingsruimte veel aandacht om het niveau van de zorgverlening (zo veel mogelijk) te kunnen handhaven.

De aanbevelingen, kunnen naar de mening van de werkgroep enerzijds een bijdrage leveren om het uitgavenniveau in de gezondheidszorg te verminderen en anderzijds ertoe bijdragen dat de beschikbare middelen zo optimaal mogelijk worden aangewend door op landelijk, regionaal en instellingsniveau meer aandacht te besteden aan het inkoopproces. In de aanbevelingen worden een aantal aanzetten hiertoe gegeven, welke in veel gevallen nog nadere uitwerking behoeven.

Gezien het feit dat het niet mogelijk werd geacht om te komen tot een adequate onderbouwing van de kwantificering van heroverwegingsvarianten heeft de werkgroep het niet zinvol geacht genoemde varianten te presenteren. De aanbevelingen zijn overwegend van procedurele aard. Wel mag verwacht worden dat indien partijen de aanbevelingen in positieve zin uitvoeren aanzienlijke besparingen bereikt kunnen worden.

5. OPZET VAN HET RAPPORT

Na de inleiding (hoofdstuk I) is in hoofdstuk II een korte samenvatting gegeven van de rapportage van de werkgroep en zijn tevens de aanbevelingen opgenomen.

Een beeld van het werkterrein, zowel naar soorten van goederen als de daarmee gemoeide uitgaven in 1980, is in hoofdstuk III weergegeven.

Hoofdstuk IV bevat een overzicht van de – wettelijke en financiële – procedures en regelingen, die direct dan wel indirect hun invloed hebben op het aanschaffingsbeleid van de intramurale instellingen voor gezondheidszorg.

Een overzicht van de adviesorganen op het terrein van de volksgezondheid en hun taken – zij het summier – is in hoofdstuk V neergelegd.

Hoofdstuk VI bevat een synthese van de hoofdstukken III t/m V.

Het inkoopgebeuren in het bedrijfsleven en de overheid in het verleden, heden en de toekomst is in hoofdstuk VII, deel 1, weergegeven. Met betrekking tot het toekomstige inkoopgebeuren wordt gesteld dat uitgaan dient te worden van een functioneel inkoopproces, hetgeen nader is uitgewerkt voor de gezondheidszorg (deel 2), waarbij tevens het innovatie-aspect aan de orde komt.

Hoofdstuk II. Samenvatting en aanbevelingen

SAMENVATTING

In de inleiding (hoofdstuk I) van dit rapport is weergegeven hoe de werkgroep aanschaffingsbeleid in het kader van de heroverwegingsprocedure tot stand is gekomen. Ook zijn de achtergronden geschetst op grond waarvan de tweeledige taakstelling van de werkgroep tot stand is gekomen te weten enerzijds de bevordering van een doelmatig aanschaffingsbeleid van roerende goederen in de gezondheidszorg en anderzijds de stimulering van de rol van het bedrijfsleven mede in het kader van de innovatie. In het bijzonder zou daarbij de rol van het Rijksinkoopbureau worden betrokken.

Gezien de belangen voor «het veld» van de gezondheidszorg hebben naast ambtenaren van de verschillende betrokken departementen ook vertegenwoordigers van de Nationale Ziekenhuisraad en van de financiers (VNZ/KLOZ) deel uitgemaakt van de werkgroep.

Om te komen tot aanbevelingen heeft de werkgroep eerst een overzicht samengesteld van de aanschaffingen van roerende goederen in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk III). Hieruit blijkt dat alleen al in de intramurale zorg jaarlijks voor meer dan f 3 mld. wordt aangeschaft voor een grote scala van verschillende soorten roerende goederen. Vervolgens is een inventarisatie gemaakt van de verschillende procedures voor de aankoop/investeringen in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk IV). Hieruit blijkt dat slechts voor een deel van de aankoop van roerende goederen wettelijke procedures moeten worden doorlopen.

Voor het overige zullen de aanschaffingen welke niet worden geactiveerd met ingang van 1983 worden begrensd door een COTG-richtlijn materiële kosten. Voor wat betreft de investeringen in medische en overige inventarissen geldt vanaf 1981 reeds een richtlijn van het COTG, welke de groei van de afschrijvingskosten per verpleegdag begrenst. In het verleden werd de toename van de kosten van materiële middelen en afschrijvingskosten van gepleegde investeringen in voornoemde inventarissen zonder een dergelijke begrenzing in de tarieven meegenomen.

Met de invoering van een systeem van budgetfinanciering per 1 januari 1983 voor de ziekenhuizen, dat per 1 januari 1984 ook voor de andere intramurale instellingen zal gaan gelden en door de huidige globale doch stringent toegepaste regelgeving in de vorm van COTG-richtlijnen, wordt voor de komende jaren de noodzaak voor de instellingen om een meer afgewogen functioneel en kostenbewust inkoopbeleid te ontwikkelen van groot belang. Dit te meer daar de komende jaren f 3 mld. zal moeten worden omgebogen in de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg. Anderzijds betekent de maximering van de kosten voor een instelling dat substitutie mogelijk moet zijn tussen kostensoorten om, gegeven de uit te oefenen functies, een optimale allocatie van mankracht en middelen na te streven.

In hoofdstuk V zijn de verschillende adviesorganen in de gezondheidszorg geïnventariseerd en gerelateerd aan de verschillende categorieën goederen. Het blijkt dat te weinig coördinatie plaatsvindt en dat advisering vaak een ad hoc-karakter draagt.

Nadat in hoofdstuk VI een synthese is gemaakt van de drie daaraan voorafgaande hoofdstukken wordt in hoofdstuk VII de ontwikkeling van de inkoopfunctie bij het bedrijfsleven, de overheid en de gezondheidszorg beschreven.

Geconstateerd wordt dat de passieve rol van het inkoopgebeuren in het bedrijfsleven zich steeds meer ontwikkelt naar een actieve plaats in het beleid van de organisatie. Het «inkopen» wordt niet slechts gezien als het doen van de uiteindelijke bestelling, maar de inkoop gaat nu ook een rol spelen bij het opstellen van functiespecificaties, de eerste oriëntatie op de markt, het aanvragen van offertes e.d. Dit ontwikkelingsproces mondt uit in het z.g. functioneel aanschaffingsbeleid.

Door de overheid is met betrekking tot haar aanschaffingen het innoverende element in relatie tot het Nederlandse bedrijfsleven naar voren gebracht. Dit is onder meer weergegeven in de in 1981 verschenen Nota «Aanschaffingsbeleid en Innovatie».

Met inachtneming van deze ontwikkelingen heeft de werkgroep – uitgaande van de taakopdracht – getracht een voor de gezondheidszorg toe te passen inkoopbeleid te ontwikkelen. Daarbij is bezien in hoeverre een functioneel inkoopproces toepasbaar is in de gezondheidszorg. In navolging van de rapporten van de commissie-Wagner is aandacht besteed aan een betere afstemming tussen het aanschaffingsbeleid in de gezondheidszorg en het Nederlandse bedrijfsleven.

Over de wijze waarop een optimale besteding van de middelen zou kunnen worden bevorderd heeft de werkgroep geen consensus kunnen bereiken. De leden van de zijde van de NZR in de werkgroep hebben zodanig overwegende bezwaren tegen de uitgangspunten en aanbevelingen van de overige leden van de werkgroep, dat zij hebben gemeend zich daarvan te moeten distantiëren en hun eigen opvattingen in een minderheidsstandpunt aan het rapport te moeten toevoegen. In bijlage II treft u de stukken aan waarin dit minderheidsstandpunt is neergelegd. Dit betekent dat waar in het vervolg gesproken wordt over het standpunt van de werkgroep dit het standpunt is met uitzondering van de leden van de zijde van de NZR.

Vanuit eerdergenoemde optiek heeft de werkgroep, gegeven haar taakopdracht, de volgende uitgangspunten opgesteld:

- De belangen voor de gezondheidszorg en de Nederlandse industrie bij het inkoopbeleid liggen in elkaars verlengde en dienen als zodanig te worden onderkend. Dit kan en mag uiteraard niet inhouden dat Nederlands fabrikaat te allen tijde de voorkeur verdient met het gevaar van kostenafwenteling op de gezondheidszorg. Het Nederlands produkt zal concurrerend moeten zijn.

- Het aanschaffingsbeleid in de sector volksgezondheid dient te worden omgezet in enerzijds een functioneel inkoopproces voor de sector en anderzijds in een anticiperend en innovatief inkoopbeleid in relatie tot het Nederlandse bedrijfsleven; (zie hoofdstuk VII deel 1, par. 4.b).

- Bij de ontwikkeling van een meer optimaal inkoopproces dient de bestaande know-how, aanwezig binnen de instellingen, het RIB, alsmede bij de wetenschappelijke en adviesorganen w.o. TNO en universiteiten zoveel mogelijk te worden gebruikt.

Te allen tijde zal uitgegaan dienen te worden van de vraagfunctie c.q. -behoefte. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de macro-behoefte: het aantal functies dat binnen een regio vervuld dient te worden (de functieplanning) en de micro-behoefte: hoe kan gegeven een functie met functiebeschrijving het meest optimaal in deze behoefte worden voorzien.

- De advisering in het aankoopproces zal onafhankelijk, dat wil zeggen niet gebonden aan een belangengroep van hetzij de vraag- hetzij de aanbodzijde, dienen te geschieden.

- Procedureregels mogen niet onnodig gecompliceerd worden (huidig streven naar deregulering).

- Indien in het kader van het optimaliseren van het inkoopproces wordt overwogen bepaalde bestaande procedures of situaties te wijzigen, dan dient te allen tijde de afweging plaats te vinden tussen de financiële voordelen en nadelen van die wijziging.

- De NZR, de ziektekostenverzekeraars en het RIB, voor zover het de commerciële belangen betreft, dienen zich zoveel mogelijk vanuit de consensus over het gemeenschappelijk belang te kunnen vinden in de aanbevelingen aangezien de mate van acceptatie door deze partijen bepalend is voor het daadwerkelijk doen slagen van gewenste maatregelen.
- Gegeven de budgettering en de stijgende financiële druk die de komende jaren op de intramurale instellingen wordt gelegd betekent iedere besparing op materiële middelen gegeven de substitutie, mogelijk minder ontslag voor werknemers in deze sector.

De werkgroep heeft de in hoofdstuk IV omschreven procedures voor de verschillende soorten goederen getoetst aan de genoemde taakopdracht en de hierboven weergegeven uitgangspunten.

In het algemeen wordt geconcludeerd dat met name in deze en vergelijkbare sectoren de mogelijkheden voor vraagaggregatie groot zijn. Het is namelijk een ideale situatie, daar bij voorbeeld bij de ziekenhuizen meer dan 200 instellingen dezelfde basisfuncties dienen te vervullen en vele ziekenhuizen dezelfde specialistische functies, zodat ten principiele dezelfde vraagfunctie dient te bestaan. Het spreekt voor zich dat van een dergelijke situatie optimaal gebruik gemaakt zal moeten worden, waardoor bundeling van de vraag kan leiden tot een efficiëntere en effectieve aankoop met meer standaardisatie en met minder kosten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in Amerika zelfs profit hospitals door middel van standaardisatie en vraagaggregatie voor 16 000 bedden op jaarbasis f 100 mln. denken te besparen in de komende jaren.

Om het mes naar twee kanten te laten snijden, is onderkend dat het noodzakelijk is om ook het Nederlandse bedrijfsleven in een vroeg stadium bij dit proces te betrekken zodat het snel kan inspelen op de te ontwikkelen (innoverende) nieuwe gebundelde vraag. Duidelijk is dat hiervoor een platform dient te worden gecreëerd.

Een tweeledig doel zou daarmee kunnen worden bereikt, te weten:

- a. doelmatiger inkoopinstellingen, waardoor gegeven de bezuinigingen en de mogelijkheid van substitutie minder ontslagen nodig zijn;
- b. het Nederlandse bedrijfsleven stimuleren waardoor meer werk kan worden gecreëerd ervan uitgaande dat het volume aan de vraagkant niet toeneemt.

De werkgroep is zich ervan bewust dat het proces van vraagaggregatie niet eenvoudig is, doch dat dat gezien de voordelen geen reden mag zijn om niet met voortvarendheid met de voorbereidingen hiertoe aan te vangen. Dit betekent een mentaliteitsverandering bij zowel de overheid, de instellingen als het Nederlandse bedrijfsleven. Ook het Rijksinkoopbureau zal op deze nieuwe ontwikkelingen moeten inspelen en een meer dynamische, innoverende rol moeten gaan vervullen zonder in te omvangrijke procedures te vervallen. Om een dergelijk proces optimaal te stimuleren zijn voor de organisatorische vormgeving verschillende alternatieven onderzocht, te weten (zie hoofdstuk VII, deel 2 par. 4):

- het instellen van een stuurgroep bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid;
- het verder uitbouwen van de taak van het NZI, met name voor de advisering naar de instellingen toe;
- het oprichten van een onafhankelijke stichting door de NZR, financiers en het RIB waarin het bedrijfsleven, de overheid en adviesorganen als waarnemers zullen participeren;
- geen organisatorische wijziging doch verdere uitbreiding van gebruik van artikel 18 WZV en/of toepassing van artikel 17 WTG bij aanschaf van (nieuw ontwikkelde) apparatuur.

Een stuurgroep bij de Nationale Raad werd met name door de partijen in het veld niet doelmatig geacht. Het verder uitbouwen van de NZI-advisering, hetgeen voor de NZR de voorkeur heeft, werd door de financiers verworpen.

Hoewel de financiers ten principale van mening zijn dat slechts een door de NZR en financiers op te richten onafhankelijke stichting met een onafhankelijk secretariaat en een lokatie niet gebonden aan één van de partijen acceptabel is, zijn zij bereid akkoord te gaan met een stichting welke zijn secretariaat heeft bij het NZI.

Dit compromisvoorstel van financierszijde hield in dat zowel voor een zo optimaal mogelijk inkoopbeleid voor de instellingen en – voor zover van toepassing – het overleg daarover met de ziektekostenverzekeraars, als voor de stimulering van het bedrijfsleven op landelijk niveau een onafhankelijk advies- en coördinatiecentrum het meest gewenst is. Op deze wijze zou de know-how bij het NZI kunnen worden ingebracht en heeft men tevens het voordeel van de bekendheid van en het vertrouwen in het NZI in de gezondheidssector. Dit centrum heeft dan als belangrijkste taak een coördinerende rol om het proces van het functionele inkopen in de gezondheidszorg van de grond te tillen. Daarnaast vervult het een adviserende functie naar zowel de instellingen, de ziektekostenverzekeraars als de overheid, terwijl ook in commerciële zin contacten met het bedrijfsleven zullen moeten worden gelegd om innoverende elementen zo snel mogelijk in concrete functionele producten om te zetten.

Alhoewel de leden van de zijde van de NZR het onderbrengen van de door de NZR gewenste adviestaken in een stichtingsvorm, gehuisvest bij het NZI, in beginsel aanvaardbaar achtten, bleek men zich uiteindelijk niet te kunnen vinden in een constructie waarin een breed en zwaar takenpakket, zoals dat door de overige leden van de werkgroep werd voorgesteld en beargumenteerd, op deze wijze zou worden geïnstitutioneerd. Tevens plaatst de vertegenwoordiger van de Inspectie der Rijksfinanciën enige kanttekeningen (hoofdstuk VII, deel 2, par. 4b).

De overige leden van de werkgroep meenden dat het centrum niet door de overheid moet worden opgericht maar door de meest betrokken participanten in de gezondheidszorg, te weten de instellingen en de ziektekostenverzekeraars, dit mede gelet op de tussen deze partijen gesloten modelovereenkomsten. Tevens achtte men het wenselijk dat, gelet op de commerciële belangen, het Rijksinkoopbureau bij de oprichting van een dergelijk centrum wordt betrokken om de zorgvuldigheid van het gebruik en het beheer van commerciële gegevens te waarborgen. Als waarnemers zouden vertegenwoordigers van overheid, bedrijfsleven en adviesorganen (ook wetenschappelijke) kunnen fungeren.

De werkgroep stelde derhalve aanvankelijk voor dat op korte termijn een onafhankelijke Stichting Advies- en Coördinatiecentrum Aanschaffingenbeleid Gezondheidszorg wordt opgericht. De werkzaamheden van de Stichting zouden naar analogie van het door de commissie-Wagner genoemde informele overleg worden uitgevoerd door z.g. Werkgroepen Aankoopspecificaties (WAS), waarin onder meer deskundigen vanuit de instellingen alsmede wetenschappelijke organen, ziektekostenverzekeraars en het RIB zitting hebben. Voor wat betreft de werkwijze van de «WAS» zou, vanuit de op te stellen functiespecificatie, een marktorientatiefase plaatsvinden.

De resultaten van deze marktorientatiefase zullen moeten worden geëvalueerd binnen de werkgroep. In dit stadium zou het bedrijfsleven erbij moeten worden betrokken. Het evaluatieresultaat zou moeten leiden tot het vaststellen van de produkt- en apparatuurspecificaties, waarna gerapporteerd wordt aan de stichting. De aanloop- en beleidsfase van het functionele inkoopproces is dan afgerond en de uitvoeringsfase is aangebroken.

Met deze door het RIB geïnitieerde werkwijze wordt tevens aan een van de invalshoeken van het door de overheid voorgestane industriebeleid, te weten het doorzichtig maken van de markt en het in een vroegtijdig stadium samenbrengen van afnemer en potentiële leverancier, door de gezondheidszorg gestalte gegeven.

De werkgroep heeft geconcludeerd dat de doelstellingen van een doelmatig aanschaffingsbeleid en bij voldoende omvang het stimuleren

van het bedrijfsleven (ook voor exportabele afzet) met een coördinatie van het inkoopbeleid met name voor geavanceerde apparatuur en voor medische hulpmiddelen het beste worden bereikt. Dit zou vraagbundeling, waarbij de stichting als intermediair zou kunnen optreden, tot gevolg kunnen hebben, waarbij aanzienlijke besparingen voor de instellingen kunnen optreden.

Uit recent onderzoek van het TNO¹ blijkt dat een coördinatiecentrum, waar de klachten, wensen en ideeën met betrekking tot medische apparatuur en hulpmiddelen worden gebundeld, zeer wenselijk is vanuit de optiek van de kwaliteit van de zorg, waardoor leed van de patiënten kan worden voorkomen.

Ten slotte dient te worden vermeld dat noch de stichting noch de werkgroepen zich met de feitelijke aankoop van goederen bezighoudt. De autonomie van de instellingen in dezen blijft volledig overeind. Op verzoek van de instellingen, het Nederlandse bedrijfsleven dan wel de overheid kan het RIB afhankelijk van de soort van goederen een coördinerende rol spelen als zulks vanuit genoemde doeleinden aantrekkelijk is.

Toen uiteindelijk was gebleken dat de leden van de zijde van de NZR zich met deze visie niet konden verenigen, meende de meerderheid van de werkgroep, dat, onverlet latend de in het voorgaande beschreven gewenste vormgeving, tot een overgangssituatie gekomen moet worden. De NZR is immers een zeer belangrijke partij en betreurd werd dat gezien de slechte financieel-economische situatie en de moeilijke positie van het Nederlandse bedrijfsleven onvoldoende medewerking van juist deze partij verkregen kon worden. Niettemin zou naar de mening van de werkgroep toch een begin gemaakt moeten worden met het in hoofdstuk VII omschreven proces en de daarbij aangehaalde concrete toepassingen op korte termijn.

Vanuit die optiek acht de werkgroep het wenselijk dat op voorstel van de Staatssecretaris van WVC een onafhankelijke stuurgroep van alle betrokkenen wordt ingesteld die beziet hoe nadere inhoud gegeven kan worden aan het voorgaande en die nagaat op welke termijn alsnog de nodige structuren en procedures kunnen worden ontwikkeld om de reeds meermalen genoemde doeleinden zo effectief mogelijk na te streven in het wederzijds belang van gezondheidszorg en bedrijfsleven.

Op grond van de bevindingen bij de verschillende procedures en goederensoorten zijn de aanbevelingen opgesteld.

AANBEVELINGEN

Algemeen

De gezondheidszorg met haar vele gelijksoortige instellingen leent zich goed om te komen tot voor de kostenbesparing zo noodzakelijke vraagaggregatie bij het inkoopproces daar functie- en produktstandaardisatie ver gaand mogelijk is. Zeker in de financieel-economische situatie waarin ons land thans verkeert met de noodzaak van een steeds stringenter beheersing van de kostenontwikkeling – onder andere door middel van budgettering van de intramurale instellingen – lijken vraagaggregatie, bundeling van informatie en een betere coördinatie van de inkoop zowel voor de instellingen als het Nederlandse bedrijfsleven van uitermate groot belang. Dit belang geldt niet alleen voor een zo optimaal mogelijk functioneel inkopen vanuit de optiek van zorg, doch zeer zeker ook vanwege de mogelijke positieve werkgelegenheidseffecten in de zorg zelf als bij het Nederlandse bedrijfsleven (zie hoofdstuk VII, deel 2).

Vanuit dit belang voor de instellingen meent de werkgroep dat het zo vanzelfsprekend is dat tot vraagaggregatie wordt gekomen dat zij het niet direct noodzakelijk acht om reeds thans tot een verplicht stellen van een centrale bemiddeling van de inkoop over te gaan. De autonomie van de instellingen en het overleg met de financiers kan dan ook in principe gerespecteerd worden.

¹ Zie rapport nr. 414/81 van TNO. Onderzoek naar de problematiek bij het gebruik van polymere materialen in biomedische producten.

De werkgroep acht het verheugend dat in een aantal regio's aanzetten tot vrijwillige inkoopbundeling van instellingen met tevens een adviesfunctie naar de instellingen gaande zijn. Het niet algemeen verplicht stellen van een centrale bemiddeling dan wel inkoop – bij voorbeeld via het Rijksinkoopbureau – betekent evenwel niet dat de werkgroep meent dat bij de instellingen niet sterk moet worden aangedrongen om op vrijwillige basis in sterkere mate dan thans het geval is gebruik te maken van de commerciële en juridische kennis van onder meer het RIB. Ook betekent dat niet dat het in bepaalde voor de hand liggende gevallen alsnog niet wenselijk zou zijn dat tot een geaggregeerde inkoop zal moeten worden gekomen om de doelstellingen van de zorg beter te effectueren en de stimulering van het Nederlandse bedrijfsleven te bevorderen.

Vanuit die optiek worden de navolgende aanbevelingen gedaan.

Aanbevelingen

1. Om een efficiënt inkoopbeleid te bevorderen verdient het aanbeveling dat de analytische benaderingswijze van het functionele inkopen in de gezondheidszorg wordt ingevoerd. Hieruit vloeit voort dat gekomen moet worden tot produktspecificaties als resultante van een zekere standaardisatie van functies en faciliteiten, waarbij ook het Nederlandse bedrijfsleven kan worden gestimuleerd.

2. Voor de uitvoering van voorgaande aanbeveling is het nodig dat een onafhankelijk advies- en coördinatiecentrum aanschaffingsbeleid gezondheidszorg wordt opgericht om dit proces geleidelijk ingang te doen vinden in (de instellingen van) de gezondheidszorg.

3. Dit advies- en coördinatiecentrum dient onder meer tot taak te hebben:

- a. het bevorderen van een doelmatig inkoopbeleid bij de instellingen op basis van het functionele inkoopproces;
- b. het bevorderen van vraagaggregatie onder meer door het doen ontwikkelen en bevorderen van het gebruik van standaardproduct- en apparatuurspecificaties;
- c. het selecteren uit het marktaanbod van de produkten die optimaal (kwaliteit, prijs en toepassingsmogelijkheden) voldoen aan de onder punt b bedoelde specificaties dan wel het stimuleren van het (Nederlandse) bedrijfsleven tot het ontwikkelen van optimale produkten.

4. Dit centrum dient jaarlijks een programma van werkzaamheden vast te stellen dat voor een groot deel uitgevoerd wordt door z.g. Werkgroepen Aankoopspecificaties. Daarbij worden de volgende invalshoeken in acht genomen:

- standaardisatie van functies;
- standaardisatie van produkt- en apparatuurspecificaties;
- vraagaggregatie;
- budgetadvisering.

5. Het advies- en coördinatiecentrum dient tevens na te gaan welke procedures c.q. regelgeving met betrekking tot aanschaf van roerende goederen wijziging behoeven. Dit vanuit de optiek van regulering dan wel deregulering in relatie tot de na te streven doeleinden.

6. De meerderheid van de leden van de werkgroep is van mening dat nu zo spoedig mogelijk het onafhankelijk advies- en coördinatiecentrum dient te worden opgericht in de vorm van een stichting. De leden van de zijde van de NZR kunnen zich hierin niet vinden (zie minderheidsstandpunt). Tevens plaatst de vertegenwoordiger van de Inspectie der Rijksfinanciën van het Ministerie van Financiën bij de oprichting van een dergelijk centrum enige kanttekeningen (hoofdstuk VII deel 2, par. 4.b).

7. Nu de oprichting van het advies- en coördinatiecentrum niet de instemming heeft van alle leden van de werkgroep, wordt het door de werkgroep wenselijk geacht dat een overgangssituatie wordt gecreëerd. Voorgesteld wordt dat door de Staatssecretaris van WVC een stuurgroep wordt ingesteld waarin alle betrokkenen – zijnde NZR, ziektekostenverzekeraars, overheid, (wetenschappelijke) adviesorganen en RIB, vertegenwoordigd zijn. Deze stuurgroep dient na twee à drie jaar te komen met een evaluatie van haar werkzaamheden.

Voor de financiering van deze stuurgroep dient gedurende deze interimfase op korte termijn een ad hoc-regeling te worden getroffen.

8. Deze stuurgroep dient de volgende taken uit te voeren:

a. het ontwikkelen op basis van de taken als bedoeld onder aanbeveling 3, a t/m c van bepaalde proefobjecten en deze overeenkomstig het beschreven functionele inkoopproces toepassen in de gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden aan de voorbeelden in hoofdstuk VII, deel 2, te weten:

- artikel 18 voorzieningen
- eerste inrichting bij nieuwbouw
- nieuwe ontwikkelingen (als digitale röntgen)
- reinigingsmiddelen (sterilisatie-apparatuur)
- medische middelen (bij voorbeeld injectiespuiten, röntgenfilms)
- energiekosten
- diensten door derden
- geneesmiddelen
- automatiseringsapparatuur;

b. nagegaan op welke wijze en op welke termijn alsnog de nodige structuren en procedures kunnen worden ontwikkeld om de genoemde doeleinden te realiseren met inachtnaam van de ervaringen die met deze projecten worden opgedaan.

9. Zodra gedurende de interimfase meer duidelijkheid bestaat omtrent de vorm van een definitieve structuur, is het wenselijk reeds voor de evaluatie een pre-advies te doen vragen aan de Ziekenfondsraad en aan het COTG over een structurele financieringsmogelijkheid ten behoeve van het advies- en coördinatiecentrum. Randvoorwaarde is hierbij dat de kosten van een dergelijk centrum door aanwijsbare besparingen (elders) in de gezondheidszorg worden opgevangen, zodat geen extra druk wordt gelegd op de kostenontwikkeling. Mede op basis van deze adviezen en de bevindingen van bovengenoemde stuurgroep, kan dan worden bepaald of en, zo ja, hoe de bovenvermelde gedachte van een onafhankelijk advies- en coördinatiecentrum aanschaffingsbeleid gezondheidszorg definitief gestalte kan krijgen.

10. Er dient een informatiecentrum te worden ingesteld, waarin medisch/technische, bedrijfseconomische en commerciële gegevens over apparatuur, hulpmiddelen en dergelijke worden opgeslagen. Deze data-bank dient gekoppeld te worden aan andere informatiecentra van onder meer RIB en TNO/Dienst voor medische instrumentatie (voorheen Medisch Fysisch Instituut, MFI).

11. Mede in het belang van zowel de kostenbeheersing binnen de instellingen als de innovatie en stimulering van het Nederlandse bedrijfsleven moet de doorzichtigheid van de markt vanuit de vraagzijde worden vergroot. Hiervoor dienen centraal gegevens met betrekking tot de omzet en omloopsnelheid voor de verschillende goederensoorten te worden verzameld. Dit zal door het op te richten centrum worden gecoördineerd en eventueel, vooruitlopend hierop, door de stuurgroep. Op basis van deze gegevens kunnen nieuwe proefprojecten worden opgezet.

12. Indien het evident is dat als gevolg van de technische ontwikkeling de instellingen omvangrijke nieuwe aanschaffingen willen plegen welke

een belangrijke stimulans kunnen vormen voor het industrie- en innovatiebeleid, dan dient de overheid niet te schromen om op grond van artikel 17 WVG en artikel 18 WZV dusdanige voorwaarden te stellen, dat vroegtijdig door middel van gecoördineerde inkoop vraagaggregatie gewaarborgd wordt. Deze coördinatie dient het RIB in opdracht van de overheid en in overleg met betrokkenen uit te voeren. Vanwege het functie-inkopen en de vraagaggregatie worden hierdoor zowel de doelstellingen van de gezondheidszorg (het beste apparaat voor de juiste functie tegen de laagste prijs) als de stimulering van het bedrijfsleven geëffectueerd, waardoor tevens tot concurrerende geavanceerde apparatuur op de wereldmarkt kan worden gekomen.

13. Met betrekking tot de z.g. artikel 18-WZV-voorzieningen dient aan de Minister van WVC periodiek te worden geadviseerd over de functionele en financiële aspecten, op basis van de levensduurkosten. Zowel het RIB als het centrum dan wel de stuurgroep kan hieromtrent aan het departement adviseren. Op deze wijze verkrijgt het Ministerie van WVC algemene toetsingscriteria voor de individuele beoordeling van aanvragen voor de aanschaf van deze voorzieningen door de instellingen. Tevens adviseert het College van Ziekenhuisvoorzieningen aan de Minister van WVC bij iedere individuele aanvraag voor toestemming.

14. Wanneer sprake is van de aanschaf van ge(ver)bruiksgoederen dan wel vervangingsinvesteringen welke een belangrijke stimulans kunnen zijn voor het industrie- en innovatiebeleid c.q. tot majeure besparingen in de gezondheidszorg kunnen leiden en/of aanschaffingen op markten waar sprake is van een monopolie of kartel, adviseert de werkgroep, indien de instellingen niet op eigen initiatief tot vraagaggregatie komen, dat de Ministers van WVC en van O. en W. op grond van hun huidige wettelijke bevoegdheden nadere voorschriften uitvaardigen ten aanzien van de te volgen aanschaffingsprocedures, die leiden tot vraagbundeling.

Het centrum c.q. de stuurgroep dienen deze voorschriften voor te bereiden. Het RIB dient als onderhandelaar namens de instellingen op te treden. De mate waarin daarbij ook een economische risicofunctie wordt vervuld ten aanzien van de afname van de producten zal nader worden bezien.

15. Op lokaal/regionaal niveau dient een gezamenlijk materiaalbeleid en -beheer door de instellingen verder bevorderd te worden. Het door de inrichtingen oprichten van regionale medische/technische onderhoudsdiensten, waarvan ook de extramurale instellingen en vrije-beroepsbeoefenaren gebruik kunnen maken, kan hiertoe een eerste aanzet vormen.

16. Het doelmatig inkopen bij instellingen kan in het algemeen slechts plaatsvinden wanneer in de organisatie een inkoopafdeling respectievelijk een inkoopcoördinator functioneert. Dit organisatorische aspect verdient nadere aandacht. Het is daarom gewenst dat de inkoopprocedures in de organisatie van de instellingen omschreven worden, waarbij de verschillende bevoegd- en verantwoordelijkheden expliciet zijn vastgelegd. De NVIG en het RIB kunnen met betrekking tot de taak- en functieomschrijving een bijdrage leveren.

17. Het verdient aanbeveling dat jaarlijks door de instellingen – naast de investeringsbegroting – een inkoopplan wordt opgesteld. In dit plan wordt afgewogen welke aanschaffingen via het RIB kunnen worden geleid – dit mede met het oog op de vraagaggregatie – dan wel door middel van regionale/lokale samenwerking kunnen worden ingekocht.

18. Het lijkt zinvol dat de instellingen publieke verantwoording afleggen over de uitvoering van het inkoopbeleid. In dat licht acht de werkgroep het

wenselijk dat in het jaarverslag van de instelling aandacht geschonken wordt aan de uitvoering van het inkoopbeleid, waarbij onderwerpen als de organisatorische plaats van de inkoopfunctie en het gebruik maken van adviezen van derden aan de orde kunnen komen.

In het plaatselijk overleg over de belangrijkste investeringen tussen de instellingen en de ziektekostenverzekeraars, op grond van de modelovereenkomsten, kan in het verlengde daarvan tevens het inkoopplan en het feitelijke inkoopproces aan de orde worden gesteld.

In het bijzondere deel van de normen en voorwaarden voor erkenning van instellingen in het kader van de Ziekenfondswet en de Algemene wet bijzondere ziektekosten zou hieraan aandacht moeten worden besteed.

Hoofdstuk III. Overzicht aanschaf van roerende goederen in de gezondheidszorg

Bij het samenstellen van een overzicht van de aanschaffingen van roerende goederen en diensten voor het totale veld van de gezondheidszorg is de werkgroep gestuit op het probleem dat gegevens van de extramurale gezondheidszorg, waaronder dient te worden verstaan de vrije-beroepsbeoefenaren en de extramurale instellingen, zoals kruiswerk, kraamzorg, gezondheidscentra, ambulante geestelijke gezondheidszorg, ambulancevervoer e.d., niet voorhanden zijn. Noodgedwongen heeft de werkgroep zich derhalve verder bepaald tot het terrein van de intramurale gezondheidszorg.

Onder de intramurale gezondheidszorg wordt in dit rapport verstaan de ziekenhuizen (inclusief academische ziekenhuizen), verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen en de zwakzinnigeninrichtingen. De medische kindertehuizen en medische kleuterdagverblijven zijn eveneens wegens het ontbreken van (voldoende) cijfermateriaal buiten beschouwing gelaten.

Uit het vijfde Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg (FOG) blijkt dat de totale kosten van de gezondheidszorg voor 1981 f 29,6 mld. bedragen, waarvan f 16,6 mld. (55%) ten laste komt van de intramurale zorg. Afgezet tegen een nationaal inkomen in 1981 van f 310 mld. resulteert dit voor deze sector van zorg in een percentage van 5,3.

Naast begrenzing van het werkterrein van de werkgroep moet bij de aanschaffingen onderscheid worden gemaakt naar:

- a. aanschaffingen, waarvan de kosten rechtstreeks ten laste komen van de exploitatie van het jaar van aanschaf;
- b. aanschaffingen, welke worden geactiveerd en waarvan de afschrijvings- en rentekosten ten laste van de exploitatie worden gebracht.

Tabel I. Inventarisatie gegevens aanschaffingen 1980 (x f 1000)

Categorie goederen	Ziekenhuizen (alg., categoriaal en acad.)	Psychiatrische ziekenhuizen	Zwakzinnigeninrichtingen	Verpleeghuizen	Totaal	RIB-aandeel
Voedingsmiddelen (nr. 43)	193 154	54 169	64 952	115 952	427 886	142 000
Reinigingsmiddelen, exclusief diensten door derden (nr. 441)	62 680	9 203	13 747	30 924	116 554	11 000
Energiekosten (nr. 442)	210 782	43 413	52 211	77 655	384 655	5 000
Meubilair, textiel en inrichting (nr. 4722, 4723 en 4728)	55 990	11 899	24 330	11 419	103 638	19 000
Medische middelen (nr. 46) (eenmalig gebruik) exclusief onderzoeken en behandelingen door derden en geneesmiddelen	554 744	10 660	8 282	31 313	604 999	165 000
Medische middelen (nr. 471) (meervoudig gebruik)	168 315	4 416	4 740	7 205	184 676	48 000
Genees- en bestralingsmiddelen (nr. 4611)	240 490	18 936	9 492	41 449	310 367	—
Onderhoud en aanvulling terreinen, gebouwen en installaties (nr. 473)	150 123	37 026	35 353	41 659	264 161	6 000
Diensten door derden (nr. 4412, 4414, 4513)	227 444	35 867	60 555	103 776	427 642	4 000
Overige (nr. 4512, 4518, 4521)	126 761	14 977	13 400	39 929	195 067	5 000
Totaal	1 990 483	240 566	287 062	500 062	3 019 051	405 000

Ad a

In *tabel I* worden de aanschaffingen in de onderscheiden sectoren van de intramurale gezondheidszorg voor 1980 per goederen/dienstensoort weergegeven. De indeling is overeenkomstig de codering van het Rekeningschema voor ziekenhuizen en bejaardenoorden; een groepering derhalve van de kosten naar de onderscheiden relevante categorieën.

Daar in de taakstelling van de werkgroep ook de mogelijkheden van «een betere benutting van het RIB in het aanschaffingsbeleid» is begrepen, is tevens voor de totale intramurale sector per categorie goederen het aandeel in de omzet/aankoop van het RIB aangegeven. Tevens is het totaal van de aanschaffingen per intramurale sector aangegeven.

Daar de werkgroep de indruk heeft dat duurzame inventarisgoederen en medische apparatuur in toenemende mate op huur- of leasebasis worden aangeschaft, is getracht deze kostenpost nader uit te splitsen vanaf 1975. Bij het ontbreken van voldoende gedetailleerd cijfermateriaal bij het NZI en CBS is dit evenwel niet mogelijk gebleken.

Het aandeel van het RIB in het totaal van de aanschaffingen van de intramurale gezondheidszorg bedraagt ruim 13%. Bij uitsplitsing van het RIB-bedrag naar de onderscheiden sectoren ontstaat het volgende beeld, waarbij moet worden aangetekend dat de algemene, categoriale, academische, alsmede de psychiatrische ziekenhuizen door het RIB onder het kopje «ziekenhuizen» worden gegroepeerd.

Ziekenhuizen	:	f	332 mln. (waarvan f 85 mln. acad. ziekenhuizen)
Zwakzinnigeninstellingen	:	f	21 mln.
Verpleeghuizen	:	f	52 mln.
			<hr/>
		f	405 mln.

De bedragen voor 1981 zijn respectievelijk f 397, f 26 en f 66 mln. met een totaal van f 489 mln. Dit is een stijging van 20% ten opzichte van 1980.

Voor 1982 zijn deze cijfers respectievelijk f 453, f 29 en f 77 mln., hetgeen resulteert in een totaal van f 559 mln.; een stijging van circa 14% ten opzichte van 1981 en van 38% ten opzichte van 1980. De omzet voor de twee militaire ziekenhuizen in 1980 bedroeg f 14 mln. en is voor 1981 f 17 mln.

Ad b

In *tabel II* zijn – om een totaalbeeld te krijgen – weergegeven de aanschaffingen in zowel roerende als onroerende goederen in de intramurale gezondheidszorg voor de jaren 1976–1980.

Daar de werkgroep zich bezighoudt met het aanschaffingsbeleid van roerende goederen, is de ontwikkeling van de investeringen in zowel medische als niet-medische inventarissen van belang. Gezien de geringe omvang van de investeringen in «vervoermiddelen en overige vaste activa», wordt deze post verder buiten beschouwing gelaten.

Tabel II. Investerings in activa van instellingen voor intramurale gezondheidszorg

	1976	1977	1978	1979	1980
	mln. gld.				
<i>Ziekenhuizen</i> ¹					
Gebouwen en dienstwoningen ²	202	250	308	244	363
Installaties	83	59	71	115	82
Inventarissen	195	217	249	277	371
Vervoermiddelen en overige vaste activa	1	1	1	1	2
Totaal	481	527	629	637	818

Psychiatrische ziekenhuizen

Gebouwen en dienstwoningen ²	26	64	57	80	74
Installaties	13	20	20	24	23
Inventarissen	10	14	14	16	25
Vervoermiddelen en overige vaste activa	1	0	0	1	0

Totaal 50 98 91 121 123

Inrichtingen voor zwakzinnigen

Gebouwen en dienstwoningen ²	98	107	120	113	180
Installaties	43	41	24	24	47
Inventarissen	21	25	22	21	35
Vervoermiddelen en overige vaste activa	1	1	2	2	2

Totaal 163 174 168 160 264

Verpleeghuizen

Gebouwen en dienstwoningen ²	106	154	148	98	95
Installaties	47	44	54	23	25
Inventarissen	33	32	49	34	35
Vervoermiddelen en overige vaste activa	0	0	1	1	1

Totaal 186 230 252 156 156

Totaal van alle voorzieningen

Gebouwen en dienstwoningen ²	432	575	633	535	712
Installaties	186	164	169	186	177
Inventarissen	259	288	334	348	466
Vervoermiddelen en overige vaste activa	3	2	4	5	6

Totaal 880 1029 1140 1074 1361

¹ Exclusief academische ziekenhuizen.

² Inclusief grond en terreinen.

Bron: Statistisch Zakboek 1981 (voor wat betreft de jaren '76, '79). Gegevens 1980 telefonisch doorgekregen van CBS.

Investerings in activa in academische ziekenhuizen (mln. gld.)

	1976	1977	1978	1979	1980
Gebouwen (inclusief installaties)	143	182	251	249	235
Aanschaffingen apparatuur	41,4	46,1	45,7	46,8	48,2

Hoofdstuk IV. Procedures aanschaffingen in de gezondheidszorg

1. INLEIDING

In het vorige hoofdstuk is een overzicht gegeven van de omvang van de aanschaffingen van goederen en diensten in de gezondheidszorg. De daarbij geldende formele procedures – voor zover hiervan sprake is – worden in dit hoofdstuk weergegeven. Bij de opzet is onderscheid gemaakt tussen de externe procedures, die vanuit externe instanties i.c. de overheid worden of kunnen worden opgesteld, en de interne procedures zoals deze voorkomen in de instellingen van gezondheidszorg. Tevens is onderscheid gemaakt tussen de volksgezondheidszorgvoorzieningen sec, de academische ziekenhuizen en de militaire ziekenhuizen.

Per onderdeel is aangegeven

- om welke goederen het gaat (inventarisatie);
- wie de beslissingen neemt (autoriteit) en waarover (totaalbedrag, vergunning, spreiding);
- op grond waarvan (criteria).

2. DE PROCEDURES MET BETREKKING TOT DE BOUW EN AANSCHAF VAN ROERENDE EN ONROERENDE GOEDEREN DOOR ZIEKENHUISVOOR- ZIENINGEN

A. Externe regelgeving

a. De procedures bij bouw

Op grond van artikel 6, lid 1a, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) is het verboden een ziekenhuis te bouwen zonder vergunning van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne¹, dan wel een ziekenhuisvoorziening te exploiteren indien voor de bouw geen vergunning is afgegeven. Een aanvraag om een vergunning ingevolge artikel 6 WZV wordt niet in behandeling genomen indien niet zijn afgegeven:

1. een onherroepelijk geworden verklaring, dat aan de beoogde bouw behoefte bestaat;
2. een goedkeuring van een programma van eisen, indien dat in de verklaring is voorgeschreven;
3. een goedkeuring van het schetsontwerp.

De aanvraag om een vergunning dient vergezeld te gaan van bestedingsgerede stukken voor de beoogde bouw, indien dat is voorgeschreven bij de goedkeuring van het schetsontwerp.

Op grond van artikel 8 WZV stelt de minister regelen vast, die inhouden welke gegevens dienen te worden verstrekt bij de toezending van aanvragen om een verklaring, aanvragen om een vergunning en bij de toezending van het programma van eisen, het schetsontwerp en de bestedingsgerede stukken.

De bouwprocedures en te verstrekken gegevens worden beschreven in de bijlagen van het Besluit toestemmingsprocedures Wet ziekenhuisvoorzieningen en het Besluit uitzondering toestemmingsprocedures Wet ziekenhuisvoorzieningen.

¹ Vanaf november 1982 de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Om welke goederen gaat het?

In het algemeen kan gesteld worden dat het gaat om alle goederen die bij de bouw en inrichting van de ziekenhuisvoorzieningen betrokken zijn, dus zowel onroerende als roerende goederen (inventaris). Vaak is echter pas bij de aanvraag om een vergunning volledig bekend welke goederen het betreft. Tevoren, bij voorbeeld bij de aanvraag om een verklaring, wordt van het bestuur van de ziekenhuisvoorzieningen slechts een globale aanduiding gevraagd van de beoogde bouw en de aan te schaffen inventaris. Er wordt een inventarislijst met een bijbehorend budget vastgesteld, dat niet meer wordt gewijzigd, wel is het daarentegen de instelling toegestaan binnen dit vastgestelde budget geringe verschuivingen in de voorgenomen aanschaffingen aan te brengen. Naarmate de procedure voortschrijdt en de verklaring is afgegeven kunnen (en moeten) meer gedetailleerde plannen worden gemaakt en aan de minister ter beoordeling worden voorgelegd.

Wie neemt de beslissing en waarover?

Het bestuur van de ziekenhuisvoorziening stelt de plannen op en legt deze voor aan de minister. De minister stuurt de plannen om advies naar de wettelijk voorgeschreven adviesinstantie(s), waaronder het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. De minister neemt uiteindelijk de beslissing over de plannen met betrekking tot de bouw en de aan te schaffen inventaris aan de hand van de ontvangen adviezen en bepaalde door haar gehanteerde toetsingscriteria.

Wat zijn de criteria?

Met betrekking tot de afgifte van een verklaring worden thans de criteria gehanteerd, die zijn vastgelegd in de Richtlijnen ex artikel 3 WZV zoals bij voorbeeld criteria voor de spreiding van voorzieningen en de bepaling van de behoefte.

Een vergunning kan op grond van artikel 15 WZV worden geweigerd indien de beoogde bouw:

- uit een oogpunt van doelmatigheid tekort schiet;
- voorzieningen omvat, die niet een noodzakelijk bestanddeel van de te bouwen ziekenhuisvoorzieningen vormen;
- kan leiden tot toepassing van tarieven die hoger zijn dan in het algemeen belang verantwoord is te achten.

De Minister kan deze maatstaven nader omschrijven.

Maatstaven/criteria voor het beoordelen van het programma van eisen, schetsontwerp, bestedingsgerede stukken alsmede het verlenen van de vergunning hebben onder meer betrekking op het oppervlaktebeslag (x m² per bed), functionaliteit, kwaliteit en de investeringskosten (y-gulden per bed). Daarnaast dient in het algemeen te worden voldaan aan voorschriften/richtlijnen van andere (overheids)instanties.

b. De procedures voor de aanschaf van medische apparatuur, die vallen onder artikel 18 WZV

Op grond van een algemene maatregel van bestuur in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen kan, indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven, worden bepaald, dat het verboden is zonder vergunning van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne:

- a. verrichtingen van een bij de maatregel aangegeven aard uit te voeren of te doen uitvoeren in een ziekenhuisvoorziening;
- b. apparatuur van een bij de maatregel aangegeven soort aan te schaffen voor een ziekenhuisvoorziening of te gebruiken in een ziekenhuisvoorziening.

Tegelijk met de afgifte van een vergunning verleent de minister een verklaring, dat aan de gevraagde functie en de hiervoor noodzakelijke apparatuur behoefte bestaat.

Om welke voorzieningen gaat het?

Thans vallen onder artikel 18 de volgende functies en de hiervoor noodzakelijke apparatuur:

- a. chronisch intermitterende haemodialyse
- b. niertransplantatie
- c. megavolttherapie (als kostbare vorm van radiotherapie)
- d. computertomografie
- e. hartcatheterisatie.

De onderdelen a t/m c worden geregeld in het Besluit bijzondere ziekenhuisvoorzieningen (algemene maatregel van bestuur), d wordt geregeld in het Besluit tijdelijke regeling computertomografie van 4 maart 1981 en in het Besluit tijdelijke regeling hartcatheterisatie van 8 juni 1983. Laatst genoemde besluiten gelden voor twee jaar. Daarenboven is voor de chronisch intermitterende haemodialyse een spreidingsplan opgesteld dat is neergelegd in het Besluit chronisch intermitterende haemodialyse.

Thans is in voorbereiding een algemene maatregel van bestuur, die bovendien de volgende functies en de daarmee verbonden apparatuur onder artikel 18 WZV brengt:

- nucleaire diagnostiek en therapie
- neurochirurgie
- hartchirurgie
- intensieve zorg voor zieke pasgeborenen
- postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek.

Te zijner tijd zal voor elk van deze functies tevens een spreidingsplan worden opgesteld. In deze plannen stelt de minister de omvang van de behoefte aan de functie vast en hoe in deze behoefte kan worden voorzien, daarbij in sommige gevallen geadviseerd door de Gezondheidsraad. Tevens zijn hierin criteria vastgelegd op basis waarvan de minister oordeelt al dan niet een verklaring en vergunning te verlenen.

Wie neemt de beslissing?

Het bestuur van een ziekenhuis komt met een aanvraag voor een verklaring en vergunning voor de toepassing van een functie en de hiervoor noodzakelijke apparatuur. De toestemmingsprocedure, de te verstrekken gegevens en dergelijke worden behandeld overeenkomstig de inhoud van het Besluit procedures voor bijzondere functies Wet ziekenhuisvoorzieningen.

De minister beslist naar aanleiding van de aanvraag op basis van criteria, welke in vele gevallen mede op basis van adviezen van de Gezondheidsraad en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zijn opgesteld. In haar eenvoudigste vorm komt de procedure neer op het volgende:

- indienen door ziekenhuisbestuur van een onder meer met financiële en personele gegevens onderbouwde aanvraag;
- aanvraag wordt om advies gezonden naar de wettelijk voorgeschreven adviesinstanties;
- de minister weegt de aanvraag en de hierop betrekking hebbende adviezen aan de hand van toetsingscriteria en neemt de beslissing al dan niet over te gaan tot de afgifte van een verklaring en vergunning.

De bovengenoemde artikel 18-functies vallen onder de verantwoordelijkheid van de Minister van WVC voor zover zij niet voorkomen in academische ziekenhuizen.

Wat zijn de criteria?

De criteria op grond waarvan de minister aanvragen om een (verklaring en) vergunning beoordeelt, staan vermeld in de volgende besluiten en de hierbij behorende nota's van toelichting:

- voor chronisch intermitterende haemodialyse: het Besluit chronisch intermitterende haemodialyse
- voor niertransplantatie en megavolttherapie: het Besluit bijzondere ziekenhuisvoorzieningen

- voor computertomografie: het Besluit tijdelijke regeling computertomografie
 - voor hartcatheterisatie: Besluit tijdelijke regeling hartcatheterisatie.
- Belangrijke criteria zijn:
- behoeftecriteria (bestaat er planmatig gezien behoefte aan de gevraagde voorzieningen)
 - spreidingscriteria (past de lokatie van de gevraagde voorzieningen in het landelijke plan c.q. kan worden verwacht, dat met de gevraagde voorzieningen een redelijk aantal patiënten kan worden geholpen)
 - capaciteitscriteria (blijft de gevraagde apparatuur qua aantal en capaciteit te zamen met de reeds bestaande voorzieningen binnen het – door de overheid – geplande aantal respectievelijk de geplande capaciteit)
 - criteria van infrastructurele en personele aard (heeft het ziekenhuis de minimaal voor de gevraagde voorzieningen vereiste infrastructuur en heeft het de beschikking over voldoende deskundig personeel)
 - blijven de kosten van de voorzieningen beperkt tot dat bedrag wat door de overheid aanvaardbaar wordt geacht.

Resumerend

De minister heeft op grond van artikel 6 en 18 WZV in theorie de mogelijkheid op landelijk niveau te bepalen wat de behoefte is aan bepaalde functies en apparatuur en hoe in deze behoefte kan worden voorzien (spreidingsplan). Voor de realisatie van het spreidingsplan is de minister afhankelijk van aanvragen van de ziekenhuisvoorzieningen. De functies/apparatuur worden de ziekenhuisvoorzieningen niet opgedrongen.

Per aanvraag heeft de minister door middel van bij ministerieel besluit vastgelegde toetsingscriteria invloed op:

- de lokatie van de functie en de apparatuur
- aantal apparaten
- de capaciteit en kwaliteit van de apparatuur
- het investeringsbedrag.

c. De procedures als gevolg van de richtlijnen ter zake van het COTG

Op 7 februari 1982 is de Wet tarieven gezondheidszorg volledig in werking getreden. Op grond van deze wet is het een orgaan van gezondheidszorg (instellingen, inrichtingen en vrije-beroepsbeoefenaren) verboden een tarief in rekening te brengen dat niet is goedgekeurd of vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

Voorafgaand aan de tariefsbeoordeling door het COTG dient er een tariefoverleg plaats te vinden tussen het orgaan voor gezondheidszorg enerzijds en het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeraar anderzijds. Hierna dient het tarief ter goedkeuring c.q. vaststelling – indien partijen niet tot overeenstemming zijn gekomen – aan het COTG te worden aangeboden.

De tariefsbeoordeling dient te geschieden aan de hand van toetsing aan richtlijnen. De richtlijnen worden vastgesteld door het COTG en dienen door de overheid te worden goedgekeurd.

De overheid kan door middel van aanwijzingen het COTG opdragen richtlijnen bij te stellen of nieuwe richtlijnen op te stellen. De betrokkenen in de gezondheidszorg kunnen door middel van participatie in een zestal Kamers het COTG adviseren over de hoogte en opbouw van richtlijnen.

In 1981 heeft het voormalig COZ op verzoek van het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een groeirichtlijn vastgesteld voor de afschrijvingskosten medische en overige inventarissen naast de reeds bestaande richtlijnen voor afschrijvingspercentages. Door de minister is aanvankelijk met deze richtlijn ingestemd. De richtlijn is door het COTG overgenomen, waarna deze ter goedkeuring is voorgelegd.

Op grond van de noodzakelijke bezuinigingen in het kader van de Voorjaarsnota '82 heeft de minister evenwel haar goedkeuring onthouden aan de nieuwe richtlijn van het COTG – waarin voor de jaren 1981 t/m 1983 een jaarlijkse groei van de afschrijvingskosten waaronder ook de kosten van huur en lease van 10% (inclusief trendmatige kostenstijging) voor de instellingen werd toegestaan – en verzocht de initiële (reële) verhoging, dat wil zeggen de groei voor 1983, op 0 te stellen. Dit verzoek is door het COTG overgenomen en vastgelegd in een richtlijn.

Over welke goederen gaat het?

Als uitgangspunt is genomen de totale kosten van afschrijvingen, huur en lease van alle roerende goederen van de ziekenhuizen, voor zover die voor afschrijving in aanmerking worden genomen, exclusief de aanschaf op grond van artikel 6 en 18 WZV.

Wie neemt de beslissing en waarover?

De instellingen zijn vrij aanschaffingen te verrichten mits zij niet in strijd zijn met de regelen van artikel 18 van de WZV en mits de totale kosten van afschrijving binnen de richtlijn vallen.

Wat zijn de criteria?

Uit het voorgaande blijkt reeds dat hiertoe kunnen worden gerekend:

- de toename van de kosten van afschrijving moet passen binnen COTG-richtlijn;
- de toestemming van de minister tot aanschaf op grond van artikel 18.

d. De procedures neergelegd in de modelovereenkomst ziekenhuis-ziekenfonds

Begin mei 1982 hebben de NZR en de VNZ overeenstemming bereikt over een modelovereenkomst tussen ziekenfonds en ziekeninrichting met een daarbij behorend protocol ten behoeve van het overleg met betrekking tot investeringen in apparatuur en voorzieningen. In artikel 2 van deze modelovereenkomst wordt aangegeven dat partijen ten minste tweemaal per jaar overleg plegen over een aantal zaken, waar onder het financieel-economisch beleid van de inrichting, met name zoals dat tot uitdrukking komt in de exploitatie- en investeringsbegroting.

Voor wat betreft de aanschaf van apparatuur door de ziekenhuizen, uitgezonderd die welke onder artikel 6 en 18 van de WZV vallen (zie ook punt b) wordt in artikel 10 van de modelovereenkomst een procedure aangegeven, hetgeen in de vorm van een protocol nader is uitgewerkt. Inmiddels is ook een modelovereenkomst gesloten tussen NZR en KLOZ, waarvan strekking en inhoud overeenkomen met die van de NZR/VNZ.

De ruimte voor overleg wordt bepaald door de groeirichtlijn afschrijvingskosten inventarissen van het COTG (zie punt c).

Om welke goederen gaat het?

In het protocol is aangegeven dat het met name gaat om de medische apparatuur in de ruime zin des woords, daar een exacte scheiding tussen medische/niet-medische apparatuur niet altijd eenduidig valt te maken.

De apparatuur, vallende onder artikel 6 en 18 WZV, is hierbij niet betrokken.

Aan de hand van de investeringsbegroting worden de voorgenomen aanschaffingen bekeken, welke een bedrag van f 150 000 te boven gaan. Bij uitbreidingsinvesteringen ten behoeve van reeds aanwezige medische functies ligt deze grens bij f 75 000 en bij uitbreidingsinvesteringen ten behoeve van nieuwe medische functies wordt de totale omvang van de investering besproken.

Voor zover mogelijk zal bij de uitbreidingsinvesteringen een inzicht worden gegeven door de instelling in het te verwachten gebruik van de beoogde voorziening(en). Daarnaast kan op verzoek van het ziekenfonds ook inzage worden verkregen in de geplande investeringen die voornoemde bedragen niet te boven gaan.

Wie neemt de beslissing en waarover?

Indien partijen een gelijklopende opvatting over een investering hebben, zal de uiteindelijke beslissing tot aanschaf door het bestuur/de directie van het ziekenhuis worden gedaan. Bereiken partijen in eerste aanleg geen overeenstemming dan kan de Landelijke Adviescommissie Investerings in medische apparatuur om advies worden gevraagd. Dit advies is niet bindend maar zwaarwegend voor partijen en wordt tevens aan het COTG ter kennisneming gebracht in het kader van de tariefsbeoordeling.

Indien één der partijen besluit het door voornoemde commissie uitgebrachte advies niet te volgen, kan dit voor de andere partij een gewichtige reden opleveren de overeenkomst met een opzeggingstermijn van ten minste zes maanden te beëindigen.

Wat zijn de criteria?

Als maximum geldt de groeirichtlijn van het COTG:

– Het ziekenhuis is verplicht overleg te plegen op basis van de model-overeenkomst en met betrekking tot de investeringen in apparatuur en bijbehorende voorzieningen.

Tevens dient de instelling overleg te plegen met de overige ziekenhuizen in de regio over de wensen inzake de aan te schaffen apparatuur van de onderscheiden ziekenhuizen, alvorens ter zake het overleg met het ziekenfonds plaatsvindt.

e. Artikel 17. Wet tarieven gezondheidszorg

Artikel 17 WVG geeft aan de Minister van WVC, handelende in overeenstemming met de Minister van EZ en zo nodig de voorzieningenminister, de bevoegdheid bij besluit te bepalen dat de kosten van aangewezen rechtshandelingen waaruit financiële verplichtingen voor een orgaan voor gezondheidszorg kunnen voortvloeien, bij de tariefsbeoordeling niet in aanmerking worden genomen, tenzij het orgaan een verklaring van geen bezwaar heeft van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Alvorens een dergelijk besluit kan worden genomen, dienen vooraf de beide Kamers der Staten-Generaal schriftelijk op de hoogte te worden gesteld van het voornemen.

Om welke goederen gaat het?

Investerings welke niet onderhevig zijn aan regelgeving in het kader van de WZV en waarvan bewindslieden van mening zijn dat toch regulerend dient te worden opgetreden, kunnen onder artikel 17 worden gebracht. Hierbij kan gedacht worden aan bepaalde geavanceerde apparatuur, waarvan de aanschaf beperkt dient te blijven. Daar de werkingssfeer van de WZV zich beperkt tot de intramurale gezondheidszorg, zal het artikel uit de WVG met name ook van toepassing kunnen worden gebracht voor de extramurale gezondheidszorg. Tot op heden is van de bevoegdheid ex artikel 17 nog geen gebruik gemaakt.

Wie neemt de beslissing en waarover?

De instelling beslist over de aanschaf voor de betreffende apparatuur met inachtname van punt b t/m d gehoord het COTG. Indien van het COTG niet een verklaring van geen bezwaar wordt verkregen, zullen de kosten voortvloeiende uit de aanschaf niet in het tarief worden meegenomen.

Wat zijn de criteria?

Deze zijn nog niet ontwikkeld, doch daarbij zou met name gedacht kunnen worden aan de spreiding en behoefte.

f. Procedures in het kader van de erkenningsvoorwaarden ziekenhuizen op grond van de Ziekenfondswet

Alvorens een instelling tot het financieringscircuit (ZFW/AWBZ) van de volksgezondheid kan toetreden, dient deze te worden erkend, waarvoor normen en voorwaarden gelden, neergelegd in een ministerieel besluit.

In een adviesaanvraag van 4 maart 1982 van de toenmalige minister van V&M aan de Ziekenfondsraad wordt voorgesteld in voornoemd besluit ten aanzien van de ziekenhuizen een bepaling op te nemen inzake de aanschaf en het gemeenschappelijk gebruik van medische apparatuur en inventarissen ten behoeve van ziekenhuizen. Hiervoor is door de minister de volgende tekst voorgesteld: «De inrichting is gehouden ter zake van de aanschaf van medische apparatuur en inventarissen van enige omvang, voor zover daarvoor artikel 18 WZV geen toepassing heeft gevonden, alsmede met het oog op het gemeenschappelijk gebruik van medische apparatuur en inventarissen van enige omvang, overleg te plegen in het kader van het daartoe op grond van artikel 2.4.1 (van het normen- en voorwaardenbesluit) ingestelde structurele overleg tussen inrichtingen en ziektekostenverzekeraars, ten einde ter zake tot een gezamenlijk beleid te komen.»

De Ziekenfondsraad heeft op 28 oktober 1982 zijn advies aan de toenmalige minister van V&M uitgebracht en heeft zich kunnen verenigen met voornoemde tekst met uitzondering van de passage «het daartoe op grond van artikel 2.4.1», hetgeen betrekking heeft op het reeds bestaande z.g. gestructureerd overleg tussen ziekenhuizen, specialisten en ziekenfondsen. In het kader van de aanschaf van apparatuur en inventarissen dient apart overleg plaats te vinden, zoals ook in de modelovereenkomsten ziekenhuizen-ziektekostenverzekeraars naar voren komt.

Om welke goederen gaat het?

Om medische apparatuur en inventarissen van enige omvang (zie ook punt 2.A.d), uitgezonderd die welke vallen onder artikel 18 WZV.

Wie neemt de beslissing en waarover?

Het bestuur van de instelling neemt uiteindelijk de beslissing binnen het kader van randvoorwaarden (zie ook punt 2.A.c. en d).

Wat zijn criteria?

Overleg tussen instelling(en) en ziektekostenverzekeraars.

Toename van afschrijvingskosten moeten passen binnen COTG-richtlijn.

B. Interne procedure en regels

De aanschaf van roerende goederen in de instellingen voor gezondheidszorg is zodanig pluriform dat niet gesproken kan worden van één algemene procedure of regel. Dat de inkoopfunctie tot op heden in het overgrote deel van de instellingen niet op uniforme wijze is geregeld, hangt mede samen met de omvang en de diversiteit van het pakket van aan te schaffen goederen en diensten en het verschil in organisatie.

De kosten van de inkoopfunctie worden getoetst binnen de COTG-richtlijn voor directie en administratie.

Om welke goederen gaat het?

Het betreft alle roerende goederen en diensten, geleverd door derden, welke de instelling voor haar functioneren nodig heeft. Aan de hand van het in hoofdstuk III (tabel I) gepresenteerde overzicht is de navolgende opsomming van soorten goederen en diensten te maken:

1. voedingsmiddelen
2. textiel en woninginrichting
3. meubilair (medisch en huishoudelijk)
4. disposables (medisch en huishoudelijk)
5. medische apparatuur en instrumentarium
6. apparatuur en instrumentarium voor laboratorium
7. geneesmiddelen
8. beheer en administratie
9. diensten door derden.

Wie neemt de beslissing?

In het algemeen kan worden gesteld dat de eindverantwoordelijkheid berust bij de directie. Daarnaast wordt in vele gevallen advies gevraagd aan externe instanties (zie hoofdstuk V) en aan collega-instellingen.

De volgende invloeden op het proces kunnen, gerelateerd aan de navolgende soorten goederen, worden onderscheiden.

a. Verbruiksgoederen

(dat wil zeggen goederen die regelmatig worden gebruikt en waarvan de aanschaffingsprijs beneden f 1000 ligt)

1. goederen, die in het centrale magazijn op voorraad worden gehouden;
2. goederen, die vanwege de behoefte aan dagelijkse beschikbaarheid op afdelingsmagazijn aanwezig zijn; (bij voorbeeld apotheek, röntgenafdeling, verpleegafdeling);
3. goederen, die incidenteel worden aangeschaft.

b. Investeringsgoederen

(de aanschaffingsprijs ligt boven f 1000)

c. Diensten

1. regelmatig terugkerende dienstverlening volgens contract (bij voorbeeld onderhoudswerkzaamheden);
2. incidentele dienstverlening;
3. bijzondere dienstverlening (bij voorbeeld ter ondersteuning van de beheersfunctie, zoals accountant, adviseurs e.a.), op het gebied van:

- initiatief
- marktorientatie
- informatie
- eindbesluit
- advies

In onderstaande matrix is getracht ook hiervan globaal de reële situatie te schetsen.

	Inkoop	Gebruiker	Technische dienst	Directie
A.1	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> -	<input type="radio"/> v		x
A.2	x <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> -		
A.3	v <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	v	-
B	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> v	v x <input type="checkbox"/>	-
C.1	x <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	v <input type="radio"/>	-
C.2	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>	
C.3	x			<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> -

De laatste jaren is in een aantal instellingen een centrale inkoopafdeling in het leven geroepen. Het functioneren van een dergelijke afdeling is afhankelijk van de wijze waarop deze inkoopfunctie in de organisatie wordt opgenomen.

De huidige stand van zaken (1981) omtrent de betrokkenheid van de inkoopafdeling bij de onderscheiden fasen van het inkoopproces is in de scriptie van J. Dierdorp «De inkoopfunctie in de instellingen van de intramurale gezondheidszorg» in kaart gebracht (zie tabel III). In dit overzicht wordt als volgt de betrokkenheid van de inkoopafdeling weergegeven:

- 1 punt - de inkoopafdeling verricht de fase zelfstandig;
- 2 punten - de inkoopafdeling werkt intensief mee;
- 3 punten - de inkoopafdeling werkt mee;
- 4 punten - de inkoopafdeling weet ervan;
- 5 punten - de inkoopafdeling weet niet dat deze fase plaatsvindt.

Uit het voorafgaande blijkt dat – afhankelijk van de aard van de aanschaffingen – de inkoopfunctie zich – naast het administreren en coördineren van het aankoopgebeuren – eveneens richt op advisering, informatieverstrekking en marktoriëntatie.

Tabel III. Uitvoering van het inkoopproces door de afdeling inkoop

Fase in het koopproces	Artikel	groep	admini- stratie	med. midd. en verz. middel	huis- houding	onderh. + aanv. overige art.	onderh. + aanv. med. inv. art.	dienstkl. en schoeisel	voeding	energie	geneesm. en bestr. midd.	gemid- deld	gem. zonder groe- pen 8 en 9
1. Het herkennen van een probleem dat door de aanschaf van een artikel opgelost kan worden	2,5	2,6	2,7	2,6	2,8	2,8	2,9	4,1	4,3	3,0	2,7		
2. Het uitzoeken van de kwaliteit en karakteristieken van het benodigde artikel	2,2	2,4	2,6	2,4	2,5	2,4	2,7	4,0	4,3	2,8	2,5		
3. De specifieke beschrijving van het benodigde artikel	2,1	2,3	2,5	2,2	2,4	2,4	2,7	4,0	4,3	2,8	2,4		
4. Het onderzoek naar en de kwalificatie van potentiële leveranciers	1,7	1,7	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	3,8	4,2	2,3	1,8		
5. Het onderzoek van de leveranciers, leidend tot de beslissing hoe het artikel aangeschaft gaat worden (huren, kopen, leasen)	1,8	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,0	3,7	4,1	2,4	2,0		
6. De evaluatie van de aanbiedingen en de selectie van de leveranciers	1,8	1,7	1,9	1,8	1,9	2,0	2,0	3,8	4,1	2,3	1,9		
7. Het uitvoeren van de kooporder	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,6	3,5	3,7	1,8	1,3		
8. Feedback en evaluatie van de beslissing	2,0	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	3,9	4,0	2,6	2,2		
Gemiddeld	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,3	3,9	4,1				

Wat zijn de criteria?

De criteria om tot een verantwoorde keuze te komen zullen, afhankelijk van de soort van goederen, verschillend (kunnen) zijn. Vaak zullen deze criteria impliciet worden gehanteerd, waarbij als meest voorkomende vallen te onderscheiden (niet in volgorde van belangrijkheid):

- prijsvergelijking
- vestigingsplaats leverancier
- betrouwbaarheid leverancier
- dienstenpakket leverancier
- service en verzorging leverancier
- administratieve efficiency.

3. DE PROCEDURES MET BETREKKING TOT AANSCHAF BIJ ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

A. Externe regelgeving

a. De procedures bij nieuwbouw

Voor de academische ziekenhuizen gelden verschillende bouwprocedures.

1. Voor de bouw van de academische ziekenhuizen te Amsterdam, Leiden en Utrecht gelden in beginsel de volgende procedures:

- In 1969 is door de ministerraad een aantal randvoorwaarden met betrekking tot de nieuwbouw vastgesteld. Deze randvoorwaarden, welke ten dele door de ministerraad zijn heroverwogen, gelden als uitgangspunt bij de voorbereiding en uitvoering van de nieuwbouw.
- O & W heeft opgesteld een Standaardprogramma Academische Ziekenhuizen. Deze programmering omvat het Programma van Eisen voor een academisch ziekenhuis, dat alle medische functies en specialismen inhoudt.
- Dit Programma van Eisen wordt per academisch ziekenhuis aangepast door middel van een zogenaamde Nota van Divergentie en Actualisatie. Een advies wordt uitgebracht door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen op grond waarvan het vloeroppervlak wordt vastgesteld door de Minister van O & W, c.q. de ministerraad.
- Op basis van het aldus vastgesteld Programma van Eisen wordt de bouw uitgevoerd.
- Het ontwerp wordt vervolgens opgesplitst in een aantal kleinere delen, die afzonderlijk bestedingsgereed worden gemaakt. Voor de aanbesteding van deelcontracten is telkens de uitdrukkelijke goedkeuring van O & W vereist.
- Met architecten, adviseurs en uitvoerende partij worden door de verschillende academische ziekenhuizen (raam)overeenkomsten gesloten, die steeds de uitdrukkelijke goedkeuring van O & W behoeven.
- Voor elk van de nieuw te bouwen academische ziekenhuizen wordt een handboek opgesteld, waarin de geschetste procedures (met geringe afwijkingen per ziekenhuis) zijn vastgelegd.

2. Voor investeringen in andere academische ziekenhuizen dan die ten behoeve van de nieuwbouw in Amsterdam, Leiden en Utrecht gelden de zogenoemde bouwregelen. De Wet op het wetenschappelijk onderwijs schrijft in artikel 101 voor, dat investeringen voor gebouwen en terreinen ten behoeve van onder andere academische ziekenhuizen slechts voor een rijksbijdrage in aanmerking komen, voor zover deze investeringen volgens door de Minister van Onderwijs en Wetenschappen vastgestelde regelen zijn goedgekeurd. Deze bouwregelen zijn in 1961 tot stand gekomen en sedertdien herhaaldelijk gewijzigd. Na een wijziging van artikel 101 WWO zijn de bouwregelen in 1970 voor het laatst vastgesteld. Zij bevatten een aantal formele procedures, die moeten worden doorlopen alvorens de Minister van Onderwijs en Wetenschappen zijn definitieve goedkeuring tot het doen van investeringen kan verlenen.

In de bouwregelen zijn de volgende fasen te onderscheiden:

1. Initieel Besluit (artikel 4).
- 2a. Initieel Besluit (artikel 4) en Programma van Eisen (artikel 5).
- 2b. Programma van Eisen (artikel 5).
3. Voorlopig Ontwerp (artikel 6).
- 4a. Definitief Ontwerp (artikel 7).
5. Aanbesteding.
6. Eindafrekening.

De ingevolge deze stappen benodigde besluiten worden genomen in het departementaal overleg tussen de Minister van Financiën, de Rijksgebouwendienst en de Minister van O & W.

Inrichting en apparatuur vallen in beginsel niet onder deze procedure. Dit blijkt niet altijd zo te zijn. In de praktijk wordt nieuwe apparatuur ten laste van het nieuwbouwbudget gefinancierd. Omdat het in alle gevallen om vervangende nieuwbouw gaat, dient in beginsel alle bestaande apparatuur en inrichting meegenomen te worden. Voor zover dit niet mogelijk is dient het bestuur een begroting in bij het departement van O & W. Het departement beoordeelt deze begroting en stelt daarvoor de middelen ter beschikking voor zover de O & W-begroting dat toelaat. Indien de begroting verlaagd moet worden gebeurt dat niet dan na overleg met het Academisch Ziekenhuis.

Vanwege de krapte aan middelen komt het er meestal op neer dat O & W aangeeft welke middelen beschikbaar zijn en het Academisch Ziekenhuis daarbinnen prioriteiten stelt.

b. Grote aanschaffingen (=apparatuur meer dan f 1000)

Jaarlijks wordt in de z.g. begrotingsbrief aan het Academisch Ziekenhuis aangegeven met welk bedrag voor grote aanschaffingen in de Rijksbegroting is rekening gehouden. Het Academisch Ziekenhuis dient binnen dit bedrag zelf prioriteiten te stellen met betrekking tot de aanschaf van apparatuur. Naast het in de Rijksbijdrage van een Academisch Ziekenhuis verwerkte bedrag voor grote aanschaffingen (\pm f 4,5 mln.) is op een afzonderlijk begrotingsartikel nog een bedrag van \pm f 10 mln. beschikbaar voor de vervanging van zeer dure apparatuur zoals versnellers, computer-tomografen etc. Indien daartoe naar de mening van het bestuur aanleiding is, kan het Academisch Ziekenhuis een aanvraag voor vervanging bij het departement indienen. Dit beoordeelt de aanvragen en bepaalt welke aanvragen worden toegewezen. Belangrijk toetsingscriterium in dezen is de financiële haalbaarheid.

Uit dit artikel «dure apparatuur» worden ook de automatiseringsvoorzieningen, nodig voor het ziekenhuisinformatiesysteem bekostigd. De aanvragen daarvoor worden door de academische ziekenhuizen via de centrale ontwikkel- en ondersteuningsgroep ZIS te Leiden bij het departement ingediend. Het departement vraagt daarover advies aan de Commissie Reken- en informatieverwerkende apparatuur wetenschappelijk onderwijs en onderzoek.

Met betrekking tot de apparatuur die nodig is voor z.g. artikel 18-voorzieningen wordt overleg gepleegd met WVC.

De beoordelingscriteria zijn, naast de capaciteit nodig voor c.q. in verband met onderwijs en onderzoek, gelijk aan die voor niet-academische ziekenhuizen.

c. Overige materiële uitgaven

In de jaarlijkse begroting wordt een bedrag vastgesteld voor overige lasten. Het is de eigen verantwoordelijkheid van het Academisch Ziekenhuis over welke uitgavencategorieën dit bedrag verdeeld wordt en op welke wijze dit wordt besteed.

d. Richtlijnen COTG

De richtlijnen van het COTG zoals deze thans voor ziekenhuizen gehanteerd worden zijn niet van toepassing op de academische ziekenhuizen. De Ministers van V & M en van O & W hebben op 29 januari 1982 aan het COTG gevraagd voor deze ziekenhuizen richtlijnen vast te stellen welke

onder meer recht doen aan de bijzondere positie van de academische ziekenhuizen in het veld van de gezondheidszorg. De richtlijnen zijn inmiddels tot stand gekomen en goedgekeurd door het departement van WVC.

B. Interne procedures en regels

Hiervoor wordt verwezen naar paragraaf 2, onderdeel B. Opgemerkt dient te worden dat in sommige academische ziekenhuizen een aanschafcommissie apparatuur en instrumenten functioneert.

4. DE PROCEDURES MET BETREKKING TOT AANSCHAF BIJ MILITAIRE ZIEKENHUIZEN

A. Externe regelgeving

a. Procedures bij nieuwbouw

Plannen voor de nieuwbouw van militaire ziekenhuizen, waarvan er momenteel twee zijn, komen tot stand in overeenstemming tussen de Ministers van WVC en van Defensie. Hierbij worden voor de verdere uitvoering soortgelijke procedures gevolgd als bij de academische ziekenhuizen (zie par. 3A).

b. Grote aanschaffingen en overige materiële uitgaven

Voor wat betreft de apparatuur welke valt onder het regime van artikel 18 WZV wordt alvorens tot aanschaf wordt overgegaan overleg gepleegd met het Ministerie van WVC. Aanschaffingen met een waarde van meer dan f 10 000 worden te voren «gescreend» door de Directies Economisch Beheer van de krijgsmachtsdelen van het Ministerie van Defensie. De benodigde gelden voor aanschaffing van roerende goederen en diensten worden opgenomen in de begrotingen van de toepasselijke Materieelverwervingsafdelingen (MVA) op ministerieel niveau. In de meeste gevallen worden de gelden evenwel op MZA (machtiging tot zelfstandige aanschaf) aan het ziekenhuis ter beschikking gesteld. In deze gevallen is het ziekenhuis verplicht deze goederen en diensten aan te schaffen via het RIB, de Rijks Kantoormachinecentrale (KMC) of de Rijksgebouwendienst.

c. Richtlijn COTG

De richtlijnen van het COTG, zoals deze van toepassing zijn voor de algemene en categoriale ziekenhuizen, gelden ook voor de militaire ziekenhuizen.

B. Interne procedures en regels

Alle aanschaffingen worden gedaan door het Bureau Materieelzaken, dat ressorteert onder de economisch directeur van het ziekenhuis, wanneer het onder MZA-machtiging valt. De verschillende diensten in de instelling dienen bij de economisch directeur hun voorstellen in, waarna deze worden verwerkt in een materieelaanschaffingsplan. Dit wordt ter beoordeling aan de Directieraad voorgelegd. Vervolgens dient goedkeuring plaats te vinden door de desbetreffende Inspecteur Geneeskundige Dienst.

Bij bedragen boven de MZA-machtiging loopt de aanschaf via de Materieelvoorzieningsafdeling van het Ministerie van Defensie.

5. DE BETROKKENHEID VAN HET RIJKSINKOOPBUREAU BIJ HET AAN-SCHAFFINGSPROCES EN DE DAARMEE SAMENHANGENDE PROCEDURES

Bij besluit van 28 juni 1980 (Regeling Werking RIB 1980) heeft het RIB als taak gekregen om op doelmatige wijze te voorzien in de aanschaffingen van de roerende goederen, welke de rijksinstellingen en de daarmee door de Minister van Financiën gelijk te stellen instellingen voor de uitoefening van de dienst nodig hebben. Met gelijk te stellen instellingen worden bedoeld de provincies, gemeenten en andere publiekrechtelijke lichamen, de van overheidswege gesubsidieerde instellingen, de bejaardenoorden alsmede de instellingen op het terrein van de gezondheidszorg. Voornoemde instanties/organen zijn inmiddels met rijksinstellingen gelijkgesteld en kunnen derhalve gebruik maken van de diensten van het RIB. De mate waarin dit door de gezondheidszorg in 1980 is gebeurd is weergegeven in tabel I van hoofdstuk III.

In voornoemd besluit wordt onder aanschaffingen van roerende goederen mede verstaan het sluiten van overeenkomsten inzake huur, huurkoop, reparatie, bewerking, verandering en onderhoud van die goederen, het sluiten van overeenkomsten inzake het verrichten van diensten die verband houden met de aanschaffingen van goederen en het schoonhouden van dienstgebouwen.

Daarnaast verricht het RIB al datgene wat het nodig acht om zijn taak naar behoren te vervullen, zoals o.a. het inwinnen van prijsopgaven, het geven van adviezen inzake aard en soort van de benodigdheden, het beproeven of doen beproeven van kwaliteiten, het sluiten van overeenkomsten.

A. Externe regelgeving

a. *Inkoopvoorwaarden*

Sedert 1959 gelden voor de overheidsaanschaffingen de Algemene Inkoopvoorwaarden (ARIV) opgesteld na ingewonnen advies van een daartoe ingestelde overheidscommissie. Bij het samenstellen van deze algemene voorwaarden is ook het bedrijfsleven geraadpleegd. De ARIV laat de weg vrij in speciale gevallen afwijkingen vast te stellen c.q. aanvullende voorwaarden overeen te komen.

b. *Wet overheidsopdrachten voor levering van produkten*

Artikel 2 van deze wet verplicht de verschillende overheden om de EEG-richtlijn 7/62/EEG betreffende de coördinatie van procedures voor het plaatsen van overheidsopdrachten voor levering toe te passen. Deze richtlijn heeft ten doel een beter toezicht mogelijk te maken op de naleving van het volgens het verdrag van Rome geldende verbod tot beperking in het vrije verkeer van goederen bij leveringen aan de overheid, alsmede van het verbod van discriminatie naar nationaliteit bij het gunnen van leveringsopdrachten door die overheid.

Om welke goederen gaat het?

Voor wat de gezondheidszorg betreft gaat het om een uitgebreid scala van artikelen (zie tabel I – hoofdstuk III).

Wie neemt de beslissing?

De opdrachtgevende instelling neemt de beslissing. Het RIB treedt hier op als adviseur/leverancier.

Wat zijn de criteria?

De wensen van afnemers.

Bedrijfseconomische gegevens, voor zover de afnemer hiertoe de nodige informatie verschaft en aanschaffingsprijs.

Kwaliteit, betrouwbaarheid en continuïteit van zowel het in te kopen goed, als de leverancier hiervan.

De binnen de branche gehanteerde gedragsregels.

De van toepassing zijnde normen en voorschriften.

Interne Rijksinkoopbureau-instructies.

Internationale regels, wetten etc. voor de handel, GATT, EEG-procedure, Beneluxprotocol etc.

B. Interne procedures (Inkoopprocedures van het Rijksinkoopbureau)

De inkoopprocedures van het Rijksinkoopbureau zijn omgeven met beveiligings- en controlemaatregelen die ten doel hebben dat inkoopbeslissingen op objectieve gronden tot stand komen en dat ook anderszins de zuiverheid in de verhoudingen met leveranciers wordt bewaard. Enige voorbeelden zijn:

- Leveranciers dienen hun offertes in een speciale blauwe enveloppe in te zenden. Deze offertes worden pas op het in de offerte-aanvraag aangegeven tijdstip geopend en gewaarmerkt door een onafhankelijk van de inkoopafdelingen staande administratieve sectie. Daarna worden ze doorgezonden naar de betreffende inkoopafdeling.

- Door de betrokken inkoopmedewerker wordt een proces-verbaal van keuzebepaling opgemaakt, waarin onder meer de prijzen en de condities van alle binnengekomen offertes worden vermeld en de gemaakte leverancierskeuze wordt gemotiveerd.

- Orderplaatsing door het Rijksinkoopbureau vindt slechts plaats indien het Rijksinkoopbureau en de afnemer ter zake overeenstemming hebben bereikt en nadat het Rijksinkoopbureau een schriftelijke autorisatie tot het verstrekken van de order van de afnemer heeft ontvangen.

- Bij grote contracten wordt in teamverband geopereerd door RIB, afnemer en eventueel een extern adviseur. Zodoende vindt een gezamenlijke besluitvorming plaats.

- Bij de keuze van opname van leveranciers in de RIB-Handleiding zijn de inkoopmedewerkers in kwestie, de Handleidingcoördinator en het hoofd van de desbetreffende inkoopafdeling alsmede het hoofd Coördinatie Inkoopzaken betrokken. Bij verschil van beleidsinzichten ten aanzien van al of niet opnemen in de Handleiding tussen het hoofd van de desbetreffende inkoopafdeling en het hoofd Coördinatie Inkoopzaken wordt het geschil ter oplossing voorgelegd aan de Directeur Commerciële Zaken.

- Het Bureau Interne Controle onderzoekt steekproefsgewijs orders beneden de f 100 000, terwijl orders boven dit bedrag integraal op alle formele en materiële facetten worden gecontroleerd.

- De tekeningsbevoegdheid van de inkopers is in de hiërarchie gebonden aan het belang van de individuele order.

- Keuring van goederen geschiedt door keurmeesters die onafhankelijk van de betrokken inkoopafdeling staan.

- De factuurcontrole vindt plaats door een van de inkoopafdeling eveneens onafhankelijke eenheid.

- De naleving van contracten wordt zorgvuldig begeleid door een sectie Contractbegeleiding van het bureau Algemene Inkoopzaken van de afdeling Coördinatie Inkoopzaken (CIZ). (Controle van orderbevestigingen, toepassing boetebepaling, controle levertijd etc.).

- Ten aanzien van contacten met leveranciers gelden strikte gedragsregels.

Hoofdstuk V. Adviesorganen bij aanschaffingen

1. CATEGORIEËN VAN AANSCHAFFINGEN GERELATEERD AAN ADVIES-ORGANEN

In het voorgaande hoofdstuk is een overzicht gegeven van het interne inkoopgebeuren en tevens is aangegeven wanneer er sprake is van regelgeving, welke als randvoorwaarde voor dit proces geldt. Naast de bindende wettelijke kaders (externe procedures) welke verschillen per categorie van goederen- en dienstesoorten, wordt door de instellingen in vele gevallen gebruik gemaakt van adviserende instanties om tot een zo doelmatig mogelijke aanschaf van goederen en diensten te geraken. Aan de hand van de in hoofdstuk III gehanteerde indeling van aanschaffingen is in matrix-vorm per onderscheiden categorie aangegeven welke adviesorganen daarbij kunnen worden betrokken en als zodanig ook gebeurt.

2. KORTE BESCHRIJVING VAN IN MATRIX GENOEMDE INSTANTIES

Ten aanzien van de matrix kan het volgende worden opgemerkt:

- de Inspectie voor de Volksgezondheid alsmede voor de Geneesmiddelen heeft een toezichhoudende taak. Uit hoofde van deze taak wordt een veelheid van kennis verkregen, waardoor zij tevens op vele terreinen adviezen kan geven. Hetzelfde geldt voor het Stoomwezen, dat controles uitvoert en adviseert aan de Arbeidsinspectie. Het lijkt derhalve wenselijk in het kader van de werkzaamheden van de werkgroep de Inspectie niet primair als adviesorgaan te bestempelen;
- het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) beoordeelt investeringsplannen en brengt daarover advies uit aan het Ministerie van WVC i.c. de Directie Planning en Bouw. Uit hoofde van hun werkzaamheden wordt veel kennis vergaard, waarmee de werkgroep zich bezighoudt. Evenals bij de Inspectie is gesteld, ware het wenselijk het CvZ niet primair als een adviesorgaan te zien;

	Rijks-inkoopbureau	College voor ziekenhuisvoorzieningen	Vereniging Krachtwerktuigen	Rijkscontrole laboratorium	TNO/NZI	Staatstoezicht op de Volksgezondheid	Stoomwezen/Arbeidsinspectie
Voedingsmiddelen	X					X	
Reinigingsmiddelen	X					X	
Energiekosten			X				
Meubilair, textiel en inrichting	X						
Medische middelen (eenmalig gebruik)	X			X	X		
Medische middelen (meermalig gebruik)	X			X	X	X	
Geneesmiddelen en bestralingsmiddelen						X	
Onderhoud en aanvulling terreinen, gebouwen en installaties		X	X	X	X		X
Diensten door derden	X						
Investeringsgoederen							
Medische apparatuur en instrumentarium	X	X	X	X	X	X	X
Instrumenten en apparatuur voor het laboratorium	X		X	X	X	X	X

- het Rijkscontrole Laboratorium (RCL) voert onderzoeken uit inzake o.a. medische apparatuur, in opdracht van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid (RIV). Het RIV geeft deze opdracht op verzoek van de Inspectie;
 - De Vereniging voor krachtwerktuigen, gevestigd te Amersfoort, geeft op verzoek aan instellingen voor gezondheidszorg, waarvoor betaald dient te worden, adviezen. De instellingen zijn, via de NZR, collectief lid van deze Vereniging, die ook algemene belangenbehartiging hiervoor verricht, met name op het terrein van de energiekosten;
 - het Medisch Fysisch Instituut (MFI) van het TNO adviseert onder andere de medische instellingen op verzoek met betrekking tot de aanschaf van medische apparatuur. Sinds november 1980 functioneert, met financiële steun van het NZI, in het instituut het Aviescentrum Medische Technologie (AMT). De taak van het AMT is in hoofdzaak het onderhouden van een inkomende en uitgaande stroom van medisch-technologische informatie (z.g. marktoverzichten van medische apparatuur);
- NB. Op het gebied van de inkoop functioneert als landelijk samenwerkingsverband de PCZ (Protestants Christelijke Ziekenhuizen). Deze vereniging sluit contracten af, waaraan alle leden zich dienen te houden. Hierbij is er ook sprake van advisering. Ook wordt door de vereniging o.a. TNO ingeschakeld om advies uit te brengen over de kwaliteit van goederen.

3. ORGANEN OP HET TERREIN VAN DE GEZONDHEIDSZORG, DIE STOELN OP EEN WETTELIJKE BASIS EN ADVISEREN AAN DE MINISTER VAN WVC

Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad is een vast wetenschappelijk college van advies voor de Regering en vindt zijn wettelijke grondslag in de Gezondheidswet van 1956. De taak van de Gezondheidsraad wordt in artikel 22 van de Gezondheidswet geformuleerd als: «Onze Ministers voor te lichten over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid.» Gezien deze taakopdracht worden de meeste adviezen uitgebracht aan de Minister van WVC en meestal gebeurt dit op diens verzoek.

Onderwerpen waarover de Gezondheidsraad advies heeft uitgebracht dan wel een advies voorbereidt zijn onder meer:

- medische hulpmiddelen;
- megavolttherapie;
- narcose-apparatuur;
- computertomografie;
- angiokamers (hartcatheterisatiekamers);
- neonatologie;
- hartchirurgie;
- radiotherapie.

In een aantal gevallen wordt in de advisering tevens de te verwachten behoefte aan een medische voorziening geschetst alsmede de wijze waarop hierin zal kunnen worden voorzien (behoefte en spreidingsplan). Het zal duidelijk zijn dat het advies van de Gezondheidsraad inzake een medisch-technologische ontwikkeling op het terrein van de volksgezondheid van uitermate groot belang is voor het aankoop- en investeringspatroon in de instellingen.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid

Medio 1982 is het ontwerp van Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) door de Eerste Kamer der Staten-Generaal aangenomen en daarmee tot wet verheven.

Met het aannemen van deze wet is tevens de Gezondheidswet gewijzigd in die zin dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid wordt vervangen door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Deze Raad is op 15 november 1982 geïnstalleerd. De taak van de NRV is:

a. Op verzoek of uit eigen beweging van advies dienen met betrekking tot de structuur, de uitvoering, de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg, de uitvoering van de wetten die de volksgezondheid betreffen, alsmede alle andere zaken welke van belang zijn voor de volksgezondheid.

b. Door overleg de samenwerking te bevorderen tussen de openbare lichamen en diensten en de particuliere rechtspersonen en instellingen, welke zelf of wier leden werkzaam zijn op het gebied van de volksgezondheid. (N.B.: Dit is de «oude» taak van de CRV.)

Bij de geleidelijke invoering van de WVG zal te zijner tijd de Wet ziekenhuisvoorzieningen worden ingetrokken, waarmee dan tevens het College voor ziekenhuisvoorzieningen zal verdwijnen. Tot het intrekken van voornoemde wet wordt het College van Ziekenhuisvoorzieningen tevens aangemerkt als Kamer van de Nationale Raad.

College voor Ziekenhuisvoorzieningen

Dit college stoelt op artikel 2 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en heeft tot taak de minister van WVC op zijn verzoek of eigener beweging van advies te dienen met betrekking tot de uitvoering van de WZV en met betrekking tot andere zaken, de doelmatige voorzieningen ter zake van ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg. Het CvZ adviseert de minister over nieuwbouw c.q. verbouwplannen van instellingen voor gezondheidszorg. Tevens wordt het College advies gevraagd bij het eventueel onderbrengen van bepaalde apparatuur onder artikel 18 WZV.

Ziekenfondsraad

Artikel 50 van de Ziekenfondswet (ZFW) geeft aan dat er een Ziekenfondsraad is. De taak van deze raad is neergelegd in artikel 67 ZFW en omvat:

a. het desgevraagd of eigener beweging uitbrengen van adviezen of het geven van voorlichting over onderwerpen welke de ziekenfondsverzekering raken;

b. het houden van toezicht op het beheer en de administratie van de ziekenfondsen;

c. andere taken, welke hem bij of krachtens de wet zijn of worden opgedragen.

De raad adviseert o.a. over de premiehoogte ZFW en AWBZ, de verstrekking in het kader ZFW en AWBZ en inzake de erkenning van instellingen voor gezondheidszorg. Tevens dienen de overeenkomsten tussen ziekenfondsen en medewerkers (vrije-beroepsbeoefenaren en instellingen) de goedkeuring van de raad. In dit verband kan worden genoemd de modelovereenkomst NZR-VNZ, waar in artikel 10 de procedure ten aanzien van de aanschaf van apparatuur door ziekenhuizen is neergelegd, nader uitgewerkt in een protocol.

Een adviesfunctie op het terrein van de aanschaf van apparatuur vindt door de ZFR niet plaats.

Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg

In artikel 18 van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) wordt bepaald dat er een Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg is. De taak van dit COTG is geregeld in artikel 19 en behelst:

a. te beslissen over het al dan niet goedkeuren of vaststellen van tarieven;

- b. vaststellen van richtlijnen inzake de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief of onderdelen van een tarief;
- c. de minister van WVC en zo nodig tevens de voorzieningenminister op hun verzoek dan wel eigener beweging van advies te dienen over onderwerpen die verband houden met de tarieven;
- d. andere werkzaamheden, hem bij of krachtens de wet opgedragen, uit te voeren.

Door middel van de richtlijn afschrijvingskosten medische en niet-medische apparatuur wordt voor de instellingen de ruimte voor investeringen ter zake aan een limiet gebonden.

Het adviseren over apparatuur vindt door het COTG niet plaats.

Staatstoezicht op de volksgezondheid

Het staatstoezicht vindt zijn wettelijke bedding in de artikelen 36 t/m 44 van de Gezondheidswet.

In artikel 36 is de taak omschreven als zijnde:

- a. de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid;
- b. het op verzoek dan wel eigener beweging uitbrengen van adviezen en verstrekken van inlichtingen aan de minister van WVC.

Het staatstoezicht wordt uitgeoefend door de inspectie, bestaande uit hoofdinspecteur en regionale inspecteurs.

Hoofdstuk VI. Synthese van hoofdstukken III-IV en V

In voorgaande hoofdstukken is een overzicht gegeven van de totale goederen- en dienstenstroom naar de intramurale instellingen in 1980 en de bedragen die daarmee zijn gemoeid. Tevens zijn de regelgeving en richtlijnen weergegeven welke voor de instellingen de randvoorwaarden c.q. verplichtingen vormen waaraan voldaan dient te worden in het kader van het aanschaffenbeleid en is vermeld welke instanties ten aanzien van de onderscheiden goederen en diensten als adviesorgaan voor de instellingen kunnen dienen. Hierover is schematisch een synthese van het gestelde in de hoofdstukken III t/m V weergegeven.

Ten aanzien van hetgeen wordt vermeld bij de «interne procedures» dient te worden opgemerkt dat de procedures niet altijd eenduidig te onderscheiden zijn. Gesteld kan worden dat in het algemeen de betrokkenheid van de inkoper c.q. inkoopafdeling toeneemt in het inkoopproces naar gelang het moment van de aanschaf nadert.

Het verrichten van de daadwerkelijke aanschaf door deze functionaris c.q. afdeling komt in geringe mate momenteel voor en het betreft dan verbruiksgoederen, die in het magazijn in voorraad worden gehouden. Verbruiksgoederen welke op de afdeling in voorraad aanwezig zijn, worden door de gebruikers ingekocht. In het merendeel van de gevallen blijkt dat de feitelijke inkoopbeslissing door de directie wordt genomen.

Ten slotte dient te worden opgemerkt dat in alle gevallen de eindverantwoordelijkheid bij de directie berust.

Categorieën goederen	Procedures		Adviesfunctie	
	extern ²	intern	wettelijke basis	niet-wettelijke basis
Voedingsmiddelen	geen	A.2: ¹ civiele dienst neemt de eindbeslissing	Keuringsdienst van waren Staatstoezicht op de Volksgezondheid	Rijksinkoopbureau en enkele grote adviesondernemingen op het gebied van de inrichting van keukens
Reinigingsmiddelen w.o. schoonmaakmidd., afvoer, huisvuil, disposables	geen	A.1: inkoopafd. neemt eindbeslissing C.1: V.w.b. het huisvuil neemt directie eindbeslissing	Toezicht van Inspectie voor de volksgezondheid i.v.m. besmetting	Rijksinkoopbureau
Energiekosten	geen	B.1: directie neemt eindbeslissing	In het kader van uitvoeringsbesluiten op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen worden voorwaarden gesteld bij de bouw van inrichtingen die van invloed zijn op de energiekosten	De hoogte van de energiekosten wordt voor een groot deel bepaald door de constructie en de isolatie van de gebouwen. Adviezen voor de bouw worden gegeven door het NZI en de Vereniging voor krachtwerktuigen. Ook de Rijksgebouwendienst wordt hierbij ingeschakeld wanneer het projecten betreft die groter zijn dan 20 miljoen gulden
Meubilair, textiel en inrichting w.o. stellingen, transportmidd., kantoormeubilair, stof-fering	geen <i>N.B.</i> bij de (eerste) inrichtingsaanschaf wordt budget vast-gesteld	A.3: directie neemt eindbeslissing	In het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen worden eisen gesteld. T.a.v. het veiligheidsaspect stelt de brandweer minimumnormen	Rijksinkoopbureau

Categorieën goederen	Procedures		Adviesfunctie	
	extern ²	intern	wettelijke basis	niet-wettelijke basis
Medische middelen (eenmalig gebruik) w.o. laboratoriummidd. (gips)verband, handschoenen, behandelartikelen	geen	A.1: inkoper neemt eindbeslissing of: A.2: gebruiker neemt eindbeslissing	— Wet op de medische hulpmiddelen — Inspectie voor de Volksgezondheid	Het Rijksinkoopbureau, het Rijkscontrolelaboratorium en het Medisch Fysisch Instituut/TNO adviseren op dit gebied
Medische middelen (meermalig gebruik m.n. inventarisat. voor O.K., poli en laboratorium en therapieafdelingen	geen	A.2 en A.3. directie of gebruiker neemt eindbeslissing	— Uitvoeringsbesluiten van de wet op de medische hulpmiddelen geven richtlijnen waaraan de handel moet voldoen — Inspectie v.d. Volksgezondheid	Het Rijksinkoopbureau, het Rijkscontrolelaboratorium en het Medisch Fysisch Instituut/TNO adviseren
Geneesmiddelen en bestralingsmiddelen	geen	A.2.: de gebruiker neemt eindbeslissing	— De wet op de geneesmiddelen stelt eisen waaraan geneesmiddelen dienen te voldoen. Daarnaast is er de negatieve lijst van de Minister van V. en W. — De inspecties voor de Volksgezondheid en voor de geneesmiddelen hebben hier een toezichthoudende taak — Centrale medische Pharmaceutische Commissie (CMPC)	Geen specifieke adviesfunctie aanwezig
Onderhoud en aanvulling terreinen w.o. service-contracten, tuinonderhoud, beveiligings- en gasinstallaties	kosten moeten binnen COTG-richtlijn blijven	C.1: bij uitvoering door derden van werkzaamheden neemt directie eindbeslissing, in andere gevallen neemt gebruiker (A.2) beslissing	Het Rijkscontrolelaboratorium, het Stoomwezen, het College van Ziekenhuisvoorzieningen	Het Rijkscontrolelaboratorium, De Vereniging Krachtwerktuigen, het Medisch Fysisch Instituut/TNO
Diensten door derden w.o. wordt begrepen: schoonmaakwerkzaamheden, wasserij, administratie	kosten moeten binnen COTG-richtlijn blijven	C.1: directie neemt eindbeslissing	geen	Het Rijksinkoopbureau ontwikkelt initiatieven op het gebied van schoonmaakcontracten
Investeringsgoederen medische apparatuur en instrumentarium	kosten moeten binnen COTG-richtlijn blijven	B : directie neemt eindbeslissing	Het Rijkscontrolelaboratorium, Inspectie voor de Volksgezondheid en het Stoomwezen	Rijksinkoopbureau, Vereniging Krachtwerktuigen Medisch Fysisch Instituut/TNO

¹ Voor indeling en betekenis codes zij verwezen naar hoofdstuk IV.

² Met ingang van 1983 is het totaal van de kosten van deze goederen begrensd als gevolg van de invoering van de budgettering van de ziekenhuizen. Voor de overige instellingen geldt vanaf deze datum de richtlijn overige materiële kosten (zie hoofdstuk vanaf VII deel 2, par. 2) met ingang van 1 januari 1984 geldt de budgettering ook voor de overige instellingen.

Hoofdstuk VII. De inkoopfunctie bij het bedrijfsleven, de overheid en de gezondheidszorg in het verleden, in de huidige situatie en in de toekomst

Deel 1. De inkoopfunctie binnen het bedrijfsleven

1. VERLEDEN EN HUIDIGE SITUATIE

Binnen de meeste industriële bedrijven wordt de inkoopfunctie nog ondergewaardeerd. Bij de commerciële handelmaatschappijen is de inkoopfunctie daarentegen dikwijls het belangrijkste. Bij productiebedrijven zijn de taken van een inkoopafdeling veelal nog beperkt tot de bestelfunctie, het uitschrijven van de bestelbon, de opstelling van een goed contract. Maar de echte inkoopfuncties, zoals het mee-opstellen van functiespecificaties, de eerste oriëntatie op de markt, het aanvragen van offertes, het adviseren over mogelijke leveranciers, het sluiten van het onderhoudscontract, liggen meestal niet bij de inkoopafdeling. Deze zijn veelal gespreid over verschillende verantwoordelijkheden. Daarbij heeft de technische afdeling, die het produkt gaat gebruiken, een zwaarwegende stem. De inkoopafdeling wordt er dan pas bij betrokken als de echte beslissingen al gevallen zijn en de te vervullen functie met een bepaalde leverancier zo in detail is gespecificeerd dat er slechts één artikel aan beantwoordt. De verkoop/marketingafdeling is dan meestal al lang in het overleg betrokken. Er wordt bovendien steeds meer uitbesteed. Vroeger wilden de grote bedrijven zo onafhankelijk mogelijk opereren en alles zelf maken. De inkoopfunctie was dan vaak niet zo belangrijk. De toegevoegde waarde lag immers vooral binnen het bedrijf. Nu is er echter een sterke ontwikkeling, dat de industriële bedrijven meer een converter karakter krijgen waardoor de toegevoegde waarde relatief gering is. Maar als gevolg hiervan ligt het inkoopdeel in de industriële bedrijven veelal boven de 60 à 70% van de totale verkoopwaarde. En dat vereist een andere benadering van de inkoopfunctie. Deze functie is veelal verantwoordelijk voor het grootste deel van de kosten. Het hoort niet meer een functie te zijn, die er door de commerciële of technische afdeling maar even bijgedaan wordt. De technische afdeling kijkt vanuit haar verantwoordelijkheid in de eerste plaats naar de machines en hun technische mogelijkheden en onmogelijkheden. De inkoopfunctie heeft vaak nog onvoldoende gestalte gekregen, waardoor de bezetting van de inkoopafdeling navenant is. Een vicieuze cirkel die moet worden doorbroken. Het grote internationale bedrijfsleven heeft de hierboven geschetste ontwikkeling al vertaald met inkoopfuncties op directieniveau.

2. DE INKOOPFUNCTIE BINNEN DE OVERHEID IN HET VERLEDEN EN DE HUIDIGE SITUATIE

Al hetgeen is gezegd omtrent het inkopen bij het bedrijfsleven geldt in nog sterkere mate voor het inkopen binnen de overheid. Van enige bundeling, coördinatie of uitwisseling van gegevens en ervaring tussen de verschillende inkoopende instanties is nauwelijks sprake.

In de in april 1981 verschenen regeringsnota Aanschaffingsbeleid en Innovatie werd voor het eerst uitvoerig aandacht geschonken aan het strategisch belang van de inkoopfunctie bij de overheid, vooral met het oog op innovatieve mogelijkheden. De nota constateert een gebrek

inzicht in de overheidsmarkt, een versnipperde vraag, een late bekendheid met de overheidsvraag, bureaucratie, onvoldoende deskundigheid, onvoldoende aandacht voor prijs en levensduurkosten en een weinig positieve attitude ten aanzien van technologische vernieuwingen. Ook wordt weinig aandacht besteed aan de invulling van het volledige met een inkoop samenhangende financiële beeld. Dit was zeker in het verleden verklaarbaar omdat over voldoende middelen kon worden beschikt. In de huidige situatie ligt dit anders omdat de middelen uitgeput dreigen te raken of zelfs helemaal niet meer aanwezig zijn en men gedwongen wordt bij het inkopen efficiënter te werk te gaan. Er zal namelijk geprobeerd moeten worden met geringere middelen dezelfde taken uit te voeren.

Verder kan nog worden gesteld, dat het inkopen binnen de overheid nauwelijks gestructureerd is. Veelal is niet duidelijk wie de essentiële beslissingen neemt. Is dit wel duidelijk dan worden deze dikwijls op plaatsen genomen vanwaaruit men geen volledig zicht heeft op het totale gebeuren, wat kan leiden tot een onaanvaardbare inefficiëntie:

Het voornoemde samenvattend kunnen de volgende punten worden genoemd die een efficiënt inkoopbeleid in de weg staan:

- Versnipperde vraag zowel in aantal als in de tijd.
- Aanschaffingsprocedures zijn vaak bureaucratisch.
- Onvoldoende (geconcentreerde) deskundigheid op inkoopgebied.
- Te weinig aandacht voor de totale kosten tijdens de levensduur van een object.
- Budgettaire problemen zoals bestedingsbeperking, verplichtingenstop e.d.
- Een te passieve houding van het bedrijfsleven ten opzichte van de overheid als afnemer.
- De overheid wordt in een aantal gevallen gezien als een afnemer die het met kwaliteit, levertijd en andere voorwaarden niet zo nauw neemt.
- Onvoldoende aandacht voor de afweging «make or buy».
- Onvoldoende praktijkgerichte advisering van onderzoekinstellingen bij het inkopen.

3. DE INKOOPFUNCTIE BIJ HET BEDRIJFSLEVEN IN DE TOEKOMST

Tal van buitenlandse publikaties wijzen de laatste jaren op het toenemend belang van de inkoopfunctie voor de onderneming. Gewezen wordt doorgaans op de noodzaak tot verruiming van het inkoopgebied buiten de traditionele leveranciers, het belang van een duurzame relatie met de leverancier (voor tijden van schaarste) en de bijdrage, die de inkoop kan leveren aan de beheersing van de materiaalkosten en aanbodontwikkeling (supply development). De mogelijkheid van de inkoopfunctie om bij te dragen aan de rentabiliteit van het bedrijfsleven kan nog sterk worden opgevoerd.

Diverse redenen kunnen voor de toenemende belangstelling voor de inkoopfunctie worden aangevoerd. De steeds stijgende kosten van arbeid, energie en grondstoffen leggen in toenemende mate beslag op de financiële middelen. Omdat het bedrijfsleven zich steeds meer geconfronteerd ziet met stagnerende afzetmarkten, kunnen deze kostenstijgingen niet door een vergroting van de omzet gecompenseerd worden.

In het bedrijfsleven tracht men nu te komen tot een verbetering van de interne efficiency. Naast verbeteringen op het gebied van de integrale goederenstroombeheersing zijn in veel gevallen ook verbeteringen binnen de inkoop mogelijk. Enerzijds kunnen deze verbeteringen worden verkregen door een betere afstemming van de inkoopactiviteiten op de overige functies binnen het bedrijf en anderzijds door een betere marktwerking.

Leveranciers dienen met zorg te worden geselecteerd, marktonderzoek ten behoeve van nieuwe ontwikkelingen op technologisch gebied wordt steeds meer een must, technologische ontwikkelingen dienen zo snel mogelijk te worden vertaald naar de behoeften van de onderneming.

Bovenstaande wordt nog versterkt ten gevolge van het feit dat sinds kort de positie van de inkoper op de markt drastisch gewijzigd is. Het conjunctu-
rele c.q. structurele aanbodoverschot in de economie leidt er thans toe dat
er vanuit de inkoopfunctie grotere potentiële mogelijkheden zijn om tot
belangrijke kostenbesparingen te komen. Deze kunnen alleen dan worden
gerealiseerd indien de inkoopfunctie een wezenlijke invloed kan uitoefenen
op het circuit van besluitvorming.

4. HET INKOOPBELEID BIJ DE OVERHEID IN DE TOEKOMST

In de regeringsnota Aanschaffingsbeleid en Innovatie zijn de volgende
doelstellingen geformuleerd:

- verbetering van de toekomstige kwaliteit en kwantiteit van overheids-
dienstverlening, ook qua inkoopfunctioneren, ten einde op optimaal
doelmatige wijze te voorzien in de behoefte van de overheid aan goederen,
werken en diensten;
- betere afstemming van de overheidsaanschaffingen op het door de
Regering op andere terreinen gevoerde beleid, in het bijzonder het innova-
tiebeleid;
- bevordering van het innovatievermogen en verhoging van het kennis-
niveau van het bedrijfsleven, zodat dit op de internationale markt een
sterkere positie kan innemen;
- bevordering van betrokkenheid van kleine en middelgrote ondernemin-
gen bij overheidsaanschaffingen.

De aanschaffende diensten hebben tot nu toe primair vanuit één doel-
stelling geopereerd: om op een doelmatige wijze te voorzien in de behoefte
van de overheid aan goederen, werken en diensten.

In deze doelstelling staat de gebruiker van goederen, werken en diensten
centraal. Vanuit deze doelstelling behartigt bij voorbeeld het Rijksinkoop-
bureau de belangen van de afnemer. De inkoopfunctie voegt waardevolle
elementen toe (advies op technisch, commercieel en juridisch gebied) doch
de functie is veelal het eindpunt van een logistiek proces, dat uiteindelijk
tot een bestelling leidt. Terugkoppeling vanuit de markt naar degene die de
eisen stelt c.q. de specificaties maakt, vindt alleen bij bijzondere produkten
plaats. Nu echter van de overheidsinkoopfunctie uitdrukkelijk wordt
verwacht dat ook de overige drie doeleinden mede worden gerealiseerd,
dient hieruit de consequentie te worden getrokken dat de inkoopbemiddeling
de uitdrukkelijke opdracht heeft de brugfunctie te vervullen tussen enerzijds
de wensen van de afnemers en anderzijds de mogelijkheden van de
aanbieders van goederen, werken en diensten. Dit zou kunnen betekenen
dat de inkoopfunctie zich vanuit het aanbod uit de markt wat kritischer
opstelt ten aanzien van specificaties zoals door afnemers geformuleerd of
door gewoonte ontstaan en bevestigd. Het eigen karakter van de zelfstandige
inkoopfunctie wordt hierdoor geaccentueerd. Realisatie van de aanschaf-
fingsdoelstellingen vanuit de overheidsinkoopfunctie legt meer dan tot nu
toe de klemtoon op «actief inkopen». Dit impliceert dat ook vanuit de
centrale inkoopfunctie initiatieven naar afnemerscategorieën en produkt-
groepen dienen te worden genomen ten einde afstemming tussen aanbod
en vraag te verbeteren. Voorwaarden voor deze afstemming zijn:

- vraagaggregatie en
- produktstandaardisatie.

De produktstandaardisatie wordt in sterke mate bevorderd door de
ontwikkeling van normen, certificaties, etc. Ook vanuit de inkoopfunctie kan
hieraan een belangrijke bijdrage worden geleverd.

Enerzijds dienen de ontwikkelingen, welke zich in dit vlak in het bedrijfs-
leven afspelen, positief tegemoet te worden getreden, anderzijds dient de
inkoopfunctie ook zelf actief bij te dragen aan normering en typebewerking.
Opvallend is dat hieraan vanuit de civiele inkoopfunctie relatief weinig
aandacht is besteed.

Bij voorbeeld het Rijksinkoopbureau met zijn 170 gespecialiseerde inkoopfuncties neemt deel aan een dertigtal apparatuur- c.q. aankoop- c.q. normalisatiecommissies met betrekking tot specifieke produkten. In slechts enkele gevallen is het Rijksinkoopbureau initiatiefnemer. Veelal overwegend ligt het initiatief bij een afnemerscategorie waar de behoefte bestaat om regelend op te treden ten aanzien van apparatuur en inrichting. De inkoper wordt dan gevraagd als specialist met betrekking tot wat er op de markt aanwezig is. In deze commissie opereert de inkoopafdeling nog overwegend vanuit haar eerste doelstelling en is service-instituut ten behoeve van afnemers ten aanzien van de produkten welke op de markt thans verkrijgbaar zijn c.q. ontwikkelingen welke zich op de markt autonoom voltrekken.

Uitgaande van het bovenstaande dienen de inkopende instanties binnen de overheid, gelet op hun nieuwe doelstellingen, zich meer te ontwikkelen tot organen die niet alleen een passieve inkoop/bestelfunctie vervullen doch ook een actieve, waarin de nieuwe drie doelstellingen zijn geïntegreerd. Dit betekent dat de inkopende instantie minder afwachtend moet reageren op dat wat van de zijde van de vragers op haar afkomt, doch dat de inkopende instantie mede op grond van impulsen van de markt naar de feitelijke en potentiële gebruikers moet terugkoppelen. Een instrument hiervoor kan zijn dat er initiatieven worden genomen om te komen tot formering van werkgroepen aankoopspecificaties. In beginsel is het gebied waarbinnen de werkgroepen kunnen opereren zeer breed, namelijk vrijwel alle civiele roerende goederen. Uiteraard moet hieruit een keuze worden gedaan voor die goederen en produkten waar, uit een oogpunt van aanschaffingsbeleid, duidelijke mogelijkheden liggen voor de Nederlandse (export)industrie. De aankoopspecificatiewerkgroepen dienen te bestaan uit vertegenwoordigers van de betrokken gebruikers en de inkopende instanties. Deze werkgroepen kunnen komen tot (herziene) technische voorschriften, aanschaffingen c.q. technische voorschriftenontwikkeling.

Het resultaat van het overleg met de vertegenwoordigers van de betrokken gebruikers en de inkopende instantie van een bepaald produkt dient in een interimfase te worden teruggekoppeld naar de betrokken bedrijfstak.

Gegeven het feit dat er in de aankoop sfeer zeer weinig standaardisering heeft plaatsgevonden, mag worden verwacht dat in de huidige periode van bezuinigingen pogingen hiertoe thans welwillender zullen worden ontvangen. Het resultaat is, dat meestal belangrijke inkoopbesparingen het gevolg zullen zijn.

4a. Efficiënter inkopen

In het voorgaande zijn reeds twee invalshoeken welke kunnen leiden tot efficiënter inkopen genoemd en wel vraagaggregatie en produktstandaardisatie. Hieraan kunnen worden toegevoegd budgettering en functiestandaardisatie, welke laatste meestal zal moeten voorafgaan aan produktstandaardisatie.

Resumerend kunnen voor een efficiënter inkoopbeleid de volgende invalshoeken worden genoemd:

a. Standaardisatie van (medische) functies en (be)handelingen

Dit is een van de elementaire invalshoeken als men wil besparen. Standaardisatie betekent in dit geval dat min of meer hetzelfde type apparatuur wordt toegepast, wat kan leiden tot standaardapparatuurspecificaties, hetgeen vraagaggregatie zal bevorderen. Een en ander heeft niet alleen een aanzienlijke besparing tot gevolg, maar kan bovendien op langere termijn tot een verbetering van de apparatuur en het medisch handelen leiden.

b. Het vooraf vaststellen van een budget

Dit geeft de mogelijkheid vooraf de kosten van bepaalde activiteiten af te wegen ten opzichte van een gegeven budget. Blijken de middelen hiervoor

onvoldoende dan zal men andere wegen moeten zoeken om de functie te kunnen vervullen, bij voorbeeld samenwerken met een ander ziekenhuis of gewoon eenvoudiger apparatuur kopen, waarmee de basisfunctie kan worden uitgeoefend.

c. Produktstandaardisatie

Dit behoeft na het voorgaande nauwelijks enige toelichting, de voordelen zijn hier duidelijk. Vooral de industrie kan hiervan voordeel hebben omdat zij inzicht krijgt in wat er gemaakt moet worden, wat het mag kosten en hoe groot de markt is.

Ook voor de gebruiker kunnen de voordelen groot zijn, de kans van vergissing wordt geringer, bij voorbeeld de knoppen voor de verschillende bedieningsfuncties worden op dezelfde plaatsen aangebracht). Verder is het misschien mogelijk door de optredende vraagaggregatie wensen te realiseren die normaal gezien niet betaalbaar zouden zijn.

d. Vraagaggregatie

Vraagaggregatie uit overwegingen op de kosten te besparen zal het meest effectief zijn voor algemeen gebruikte apparatuur en middelen die door een individueel ziekenhuis in enkelvoud of kleine aantallen worden gekocht. Daarnaast kan vraagaggregatie per ziekenhuis van reeds aangekochte produkten haar nut hebben voor het industriebeleid. De gecombineerde vraag zou dan zo groot kunnen worden dat het kan lonen deze veelal in het buitenland geproduceerde goederen in Nederland in productie te nemen.

Al deze elkaar aanvullende en wederzijds beïnvloedende invalshoeken kunnen elk op zich leiden tot besparing. Het gunstigste resultaat zal echter worden bereikt door een combinatie van invalshoeken.

Standaardisatie van functies kan vraagaggregatie tot gevolg hebben hetgeen bij inkoop weer kan leiden tot standaardisatie van apparatuurspecificaties. Ook kan men om budgettaire redenen willen uitgaan van vraagaggregatie. Om dit te bereiken zullen functies en (be)handelingen moeten worden gestandaardiseerd met als gevolg weer standaardspecificaties.

De Nederlandse industrie kan bij dit alles een belangrijke rol spelen, zelfs zodanig dat het mes aan twee kanten snijdt. Bij een door functiestandaardisatie verkregen voldoende vraag zal het voor de industrie aantrekkelijk zijn specifiek voor deze vraag produkten te gaan fabriceren, hetgeen voor de gebruikers het voordeel heeft dat zij produkten verkrijgen, die geheel toegesneden zijn op de functie of behandeling. In zo'n geval kan dus duidelijk rekening worden gehouden met de wensen van gebruikers. De gebruiker moet nu veelal genoegen nemen met hetgeen de markt aanbiedt! Een noodzakelijke voorwaarde voor dit alles is echter dat een groter aantal gebruikers overeenstemming bereikt hoe een bepaalde functie moet worden vervuld of (be)handelingen moeten worden verricht. Om dit te stimuleren zullen meer coördinatie en overleg noodzakelijk zijn.

Naast de voorgaande aspecten zal een benadering vanuit de genoemde invalshoeken kunnen leiden tot betere, gestandaardiseerde contractuele afspraken ten aanzien van service, opleiding, onderhoud, nalevering onderdelen enz., omdat kan worden onderhandeld voor en namens een grotere groep. Iets wat gezien de werklust die dit soort onderhandelingen met zich meebrengt onmogelijk uitvoerbaar is bij iedere afzonderlijke aankoop. Het zelfstandig uitvoeren van dit type onderhandelingen door een ziekenhuis is praktisch niet realiseerbaar, omdat dit als relatief kleine afnemer onvoldoende druk op de vaak machtige, veelal buitenlandse, leveranciers kan uitoefenen.

Met het doel het toekomstige inkoopbeleid concreter in beeld te brengen is op het Rijksinkoopbureau het hiernavolgende beschreven model «Functie-inkopen» ontwikkeld.

4b. Functie-inkopen op basis van levensduurkosten

Bij het gebruikelijke inkoopproces wordt uitgegaan van een gewenst produkt, waarbij in gunstige gevallen tevens rekening wordt gehouden met de na inkoop van dit produkt optredende kosten. Bij het functie-inkopen op basis van levensduurkosten wordt als uitgangspunt genomen een gedurende een bepaalde periode verlangde vervulling van een functie. Dit betekent niet automatisch het kopen van een produkt; vervulling zou ook kunnen plaatsvinden door huur, leasen, uitbesteden enz. De (functie)inkoper zal zich, uitgaande van de zorgvuldig te beschrijven functie of behoefte, breder op de markt moeten oriënteren om tot een commercieel en technisch verantwoorde beslissing ten aanzien van de vervulling te komen.

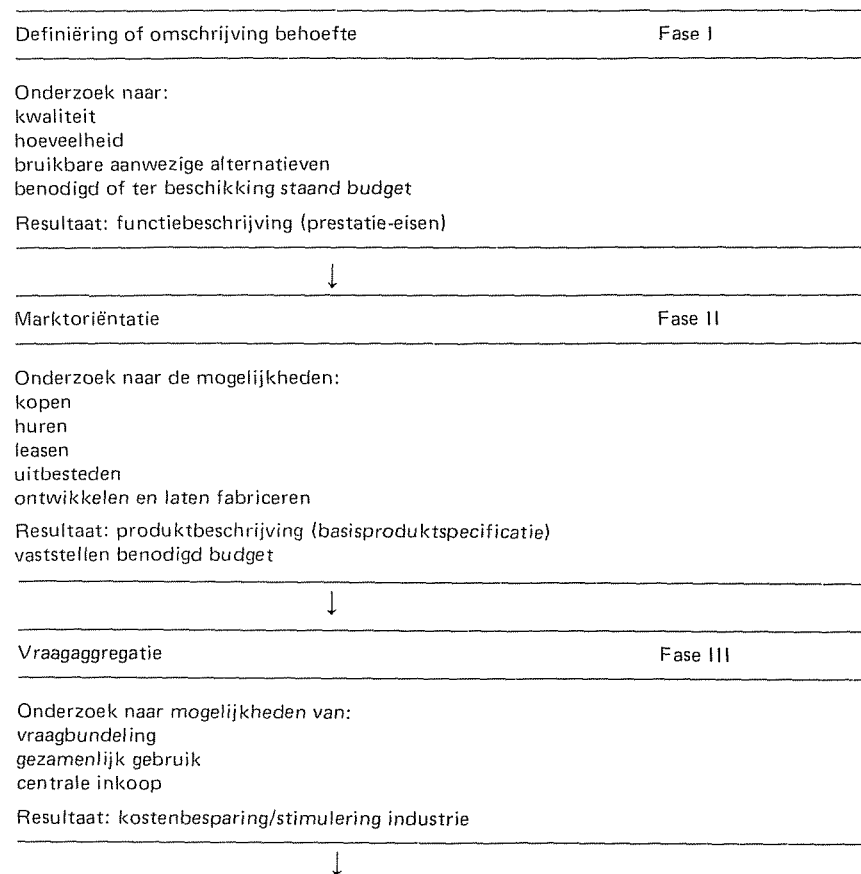
De periode gedurende welke de functie moet worden uitgeoefend speelt bij het functie-inkopen een belangrijke rol, omdat de gedurende deze ge(ver)bruiksperiode optredende kosten naast de aanschaffingsprijs vaak van grote invloed zijn op de uiteindelijke totale met de functievervulling samenhangende kosten. Volledigheidshalve wordt nog opgemerkt dat bij huur, leasen, uitbesteden enz. de totale kosten alleen bestaan uit tijdens de gebruikperiode optredende kosten.

Het functie-inkoopproces

Globaal kunnen binnen het proces vijf fasen worden onderscheiden:

1. de definiërings- of beschrijvingsfase;
2. de marktorientatiefase;
3. de vraagaggregatiefase;
4. de aankoopfase;
5. de nazorgfase.

(Zie voor nadere beschrijving van bovenstaande vijf fasen het schema hieronder en op blz. 44).



Aankoop

Fase IV

Uitvoering van:
offerte-aanvraag
evaluatie offertes op basis van levensduurkosten
order/contract uitschrijven

Resultaat: levering



Nazorg

Fase V

Uitvoering van:
installatie, instructie ge(ver)bruikers
afname en keuring
service, onderhoud, bediening en/of gebruik
aankoop verbruiksartikelen
ontmanteling functie (inruil produkt, hergebruik elders)

Resultaat: tevreden gebruiker

1. De definiërings- of beschrijvingsfase

In deze fase gaan de ge(ver)bruiker en inkoper de functie beschrijven ten behoeve van de volgende stappen in het proces. De ge(ver)bruiker zal vooral zijn wensen kenbaar moeten maken, de inkoper dient, uitgaande van zijn marktkennis, ervoor te waken dat onmogelijkheden aan het papier worden toevertrouwd. Tijdens deze fase kan ook een beeld worden gevormd omtrent het benodigde of beschikbare budget om tot vervulling van de functie over te gaan.

Binnen een centrale inkooporganisatie als het Rijksinkoopbureau kan het zinvol zijn te onderzoeken of er onder haar afnemersbestand, meerdere ge(ver)bruikers van dezelfde functie en aldus daaraan verbonden faciliteiten zijn. Is dit inderdaad het geval dan zal een samenwerking in breder verband kunnen worden overwogen. Een dergelijke samenwerking zou kunnen leiden tot een aankoop van een grotere hoeveelheid van dezelfde produkten, hetgeen de totale kosten kan drukken.

2. De marktoriëntatiefase

Gedurende deze fase wordt door de inkopers met behulp van de functie-omschrijving onderzocht welke mogelijkheden de markt biedt om de functie te kunnen vervullen. De ge(ver)bruiker en de inkoper zullen gezamenlijk een selectie moeten maken, welke van de aangeboden mogelijkheden het meest optimaal voor vervulling op basis van levensduurkosten van de functie in aanmerking komen. Na selectie kan het produkt of de mogelijkheden tot uitbesteden, huur, leasing enz. worden beschreven in een produktspecificatie, en kan het benodigde budget nauwkeuriger worden gedefinieerd.

Om de concurrentie levendig te houden zal de inkoper ernaar streven dat meerdere leveranciers in aanmerking komen. Is te verwachten dat er slechts één produkt, te leveren door één leverancier uit de selectie komt, dan zal de inkoopfase moeten worden vervroegd en zijn afgerond, voordat het selectieresultaat bekend wordt. Dit kan eenvoudig worden gerealiseerd door bij voorbeeld de marktoriëntatie uit te voeren in de vorm van het vragen van offertes, waarop een aankoop kan plaatsvinden.

3. De vraagaggregatiefase

Deze fase moet worden gezien als een belangrijke activiteit van een centrale inkooporganisatie. Het belang van de gezamenlijke inkoop van

eenzelfde produkt voor meerdere ge(ver)bruikers om te komen tot kostenbesparing zal voor een ieder duidelijk zijn. Voldoende vraagaggregatie is vaak een noodzaak om tot stimulering van het bedrijfsleven te komen.

4. De aankoopfase

Dit is de fase waar momenteel het inkoopproces start, namelijk de daadwerkelijke inkoop op basis van een produktspecificatie. Deze fase bestaat uit het met behulp van de eerder verkregen produktspecificaties, aanvragen van offertes, het evalueren daarvan op basis van levensduurkosten en het effectueren (order, contract uitschrijven) van de aankoop.

5. De nazorgfase

Gedurende deze fase zal de levering en indien van toepassing, de installatie van het produkt plaatsvinden, met direct daarop aansluitend het ge(ver)bruik. Deze fase wordt als beëindigd beschouwd als het produkt is verbruikt of ontmanteld.

Bij ontmanteling van de functie behoeft niet alleen te worden gedacht aan het buiten gebruik stellen en afvoeren, maar kan men ook denken aan inruilen of hergebruik elders.

Hoewel de nazorgfase als laatste is genoemd, komt deze eigenlijk al tijdens de marktoriëntatiefase aan bod, omdat de kosten voor nazorgfase een belangrijk onderdeel vormen van de totale levensduurkosten en bij het selecteren van produkten in de afweging moeten worden meegenomen.

Ook bij de evaluatie van de offertes gedurende de aankoopfunctie zullen de kosten van de nazorg een belangrijke rol moeten spelen.

Terugziend naar de invalshoeken voor een efficiënt inkoopbeleid (par. 4a) kunnen we het volgende stellen.

Functiestandaardisatie zal kunnen plaatsvinden in fase I, produktstandaardisatie in fase II en vraagaggregatie in fase III. De vierde invalshoek, het (vooraf) vaststellen van het benodigde budget, zal de basis moeten zijn voor het afwegen van de kosten en baten in de verschillende stadia van het proces. Deze afweging zal vooral aan bod moeten komen in de fasen II en IV.

Voor een uitvoerige beschrijving van het proces van functie-inkopen zij verwezen naar bijlage III.

Werkgroep aankoopspecificaties

Binnen het in het voorgaande beschreven model «functie-inkopen op basis van levensduurkosten» zal de inkooporganisatie meer in gesprek moeten treden met de gebruiker over de ten behoeve van de aankoop verkregen informatie en specificaties. Indien blijkt dat een benadering volgens het model voor betrokken partijen (inkoper, gebruiker, industrie enz.) een positieve uitwerking heeft in de zin van besparing, kwaliteitsverbetering, efficiency-bevordering of andere voordelen, kan de inkooporganisatie het initiatief nemen tot een concrete realisering van het functie-inkoopproces.

In die gevallen waarbij de gebruiker onvoldoende kennis in huis heeft om een goede specificatie van de te vervullen functie of het gewenste produkt op te stellen, zal de inkooporganisatie de nodige ondersteuning moeten gaan verlenen.

Zijn er binnen het gebruikersbestand van een (centrale) inkooporganisatie meerdere ge(ver)bruikers van eenzelfde soort produkt, dan is het aantrekkelijk een werkgroep in het leven te roepen om gezamenlijk tot een voor alle partijen bruikbare produktspecificatie te komen.

In een dergelijke «Werkgroep aankoopspecificatie» (WAS) zullen naast de (centrale) inkooporganisatie de toonaangevende ge(ver)bruikers zitting moeten hebben, eventueel nog aangevuld met externe deskundigen.

In het algemeen zal de WAS aanvangen met het schrijven van een functiespecificatie, welke het uitgangspunt vormt voor de uit te voeren marktorientatiefase. De resultaten van de marktorientatiefase worden geëvalueerd binnen de WAS die in dat stadium kan worden uitgebreid met vertegenwoordigers van de potentiële leveranciers. Dit evaluatieresultaat zal moeten leiden tot produktspecificaties, die als de afsluiting van de activiteiten van de WAS kunnen worden beschouwd. Een WAS zal, omdat ook leveranciers hieraan kunnen deelnemen, geen daadwerkelijke rol mogen spelen binnen de volgende fase van het functie-inkoopproces, «het aankopen».

Deel 2. Het inkoopbeleid van roerende goederen binnen de gezondheidszorg

1. HET VERLEDEN

Evenals in het bedrijfsleven is de inkoopfunctie in de gezondheidszorg in het verleden niet sterk ontwikkeld geweest. Dit gold des te meer daar in deze maatschappelijke «bedrijfstak» de toegevoegde waarde altijd al relatief groot was.

Zoals reeds bij de beschrijving van de procedure voorzichtig is gesteld, blijkt de wijze van inkopen, mede als gevolg van de verschillen in grootte van de instelling en de daarmee gepaard gaande mogelijkheid van differentiatie van functies, zeer pluriform te zijn. Daar komt bij dat in het kader van de personeelsrichtlijnen van het toenmalige COZ en het huidige COTG de inkoopfunctie niet afzonderlijk wordt genoemd en derhalve bekostigd dient te worden uit de richtlijnen voor het algemeen personeel met name directie, economische en administratieve dienst.

Ook was de toename van de kosten van afschrijving van de overige materiële kosten door het COZ niet aan normering onderworpen. Dit betekende dat de instelling die apparatuur aanschafte de aanschaffingskosten in het tarief kreeg doorberekend ongeacht de hoogte van deze kosten, voor zover die apparatuur niet onder artikel 18 WZV viel.

De uitgaven in vlottende materiële middelen waren eveneens niet aan een richtlijnenstelsel gebonden. Gezien de complexiteit van met name de ziekenhuisorganisatie en de ontwikkeling daarbinnen van allerlei nieuwe technieken is het opstellen van criteria voor het toetsen van de kostenontwikkeling van de materiële middelen uiteraard geen eenvoudige zaak. Door het ontbreken van een eenduidige toets is ook deze component niet of nauwelijks begrensd zodat de instellingen in principe al de kosten van materiële middelen in hun tarief kregen doorberekend met uitzondering van röntgen- en laboratoriummiddelen en technisch onderhoud.

Ten slotte zij erop gewezen dat de autonomie en aansprakelijkheid van de medisch specialist met betrekking tot de behandeling van patiënten en de belangrijke positie van de medische staf binnen de organisatie van de inrichtingen ontegenzeggelijk een belangrijke rol moeten hebben gespeeld bij de aanschaf van nieuwe apparatuur dan wel nieuwe materiële middelen. Gegeven het voorgaande moge duidelijk zijn dat een in het bedrijfsleven zeer belangrijk criterium als vervanging op basis van economische veroudering nauwelijks een rol speelde bij de besluitvorming ten aanzien van de investering in (medische) apparatuur en middelen, en gegeven de mogelijkheid van doorberekening in de tarieven bij de andere vlottende materiële middelen ongetwijfeld een minder belangrijke rol.

2. DE HUIDIGE SITUATIE

Als gevolg van een aantal factoren, met als belangrijkste de huidige financieel-economische situatie van ons land, verandert de situatie van de inkoop in de gezondheidszorg zeer snel. Naast de financiële problemen kunnen in de ziekenhuizen/gezondheidszorg – exclusief de academische ziekenhuizen – onder andere de volgende specifieke ontwikkelingen voor de inkoop worden genoemd:

– Sinds medio 1980 is het op grond van een Koninklijk besluit¹ mogelijk dat instellingen voor gezondheidszorg op vrijwillige basis gebruik maken van de diensten van het Rijksinkoopbureau, dit mede naar aanleiding van een uitgebreid mondeling overleg met de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

¹ Bron: K.B. 28 juni 1980, houdende bepalingen ten aanzien van de werking van het Rijksinkoopbureau, Stb. 1980 nr. 378.

- In het kader van het z.g. «package-deal» is tussen overheid, NZR en VNZ in de gezondheidszorg in 1980 overeengekomen dat de kosten van afschrijvingen alsmede de kosten van huur en leasing van medische en overige inventarissen zullen worden genormeerd.
- Op verzoek van de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft de Ziekenfondsraad advies uitgebracht over de aanschaf van apparatuur in de gezondheidszorg. De raad meent dat gekomen moet worden tot een systeem van functieplanning en dat het overleg ziektekostenverzekeraar-ziekenhuis een belangrijke bijdrage hiertoe kan leveren met als randvoorwaarde een COZ-normering van de kosten van afschrijvingen. Ook dienen volgens de raad door het COTG richtlijnen te worden ontwikkeld.
- Gegeven de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraars hebben de VNZ en KLOZ in het kader van modelovereenkomsten met de NZR afgesproken dat in het reguliere overleg tussen ziektekostenverzekeraars en instelling de aanschaf van apparatuur ter discussie zal worden gesteld en in regionaal verband zal worden gezien.
- De Ziekenfondsraad heeft de Minister van WVC geadviseerd (advies van 28 oktober 1982 nr. 196) in het «Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning ziekenhuizen» de bepaling op te nemen dat de instelling overleg pleegt ter zake van de aanschaf van medische apparatuur en inventarissen van enige omvang (exclusief artikel 18 WZV-voorzieningen) in het kader van een daartoe ingesteld gestructureerd overleg tussen instellingen en ziektekostenverzekeraars, ten einde tot een gezamenlijk beleid te komen. Dit advies zal worden overgenomen.
- Het voormalige COZ is medio 1981 gekomen tot een richtlijn voor de normering van de afschrijvingskosten van medische en overige inventarissen. Deze richtlijn hield in dat jaarlijks – gedurende de jaren 1981, 1982 en 1983 – een groei van de kosten van afschrijving per verpleegdag van 10% is toegestaan. Deze 10% omvatte zowel de trendmatige kostenstijging als een reële groeimogelijkheid. Het COTG heeft deze richtlijn in 1982 overgenomen, doch de minister heeft hieraan in het kader van de benodigde bezuinigingen in eerste instantie haar goedkeuring onthouden. Uiteindelijk is gekomen tot een richtlijn die een groei van 20% mogelijk maakt voor voornoemde periode van drie jaar (dus 10% minder) waartoe voor het jaar 1983 een reële groei van nul procent is vastgesteld. Thans lopen reeds een aantal beroepszaken bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven tegen de tariefstelling van het COTG op grond van deze richtlijn.
- Zoals in Hoofdstuk IV. Procedures, reeds is gesteld bestaat bij WVC het voornemen om de werkingssfeer van artikel 18 WZV aanzienlijk uit te breiden. Een ontwerp-algemene maatregel van bestuur ligt voor advies bij de Raad van State.
- In het kader van de noodzakelijke bezuinigingen heeft de Minister van WVC besloten om de groei van de uitgaven voor de materiële middelen in 1983 in de gezondheidszorg met 2% om te buigen. Dit betekent een kostenbesparing van f90 mln. Om dit te effectueren dient gekomen te worden tot een stelsel van richtlijnen om de kostenontwikkeling van materiële middelen adequaat te kunnen toetsen, hetgeen door het COTG is gebeurd.
- De NZR heeft in 1982 in de nota «Ziekenhuis en bezuinigingen» een samenhangend kostenbeleid aan zijn leden voorgelegd; zowel de inkoop als de functieplanning worden nadrukkelijk gepresenteerd.
- Uit onderzoek blijkt² dat het uit gezondheidszorgoogpunt van groot belang is dat wordt gekomen tot bundeling van informatie en wellicht inkoop om bepaalde allergische reactie oproepende stoffen in bepaalde medische middelen te vervangen. Hierdoor kan veel leed en heropname in ziekenhuizen voorkomen worden. Dit betekent naast ethische ook nog financiële voordelen.
- Als wellicht de belangrijkste ontwikkeling dient beschouwd te worden de vermelding in de regeringsverklaring van het kabinet-Lubbers, dat budgettering als financieringssysteem voor ziekenhuizen wordt ingevoerd.

² Zie rapport nr. 414/81. van TNO: Onderzoek naar de problematiek bij het gebruik van polymere materialen in biomedische producten.

In het regeerakkoord staat vermeld dat door middel van budgettering f2 mld. in de kosten moeten worden omgebogen en dat de groei van de kostenontwikkeling in 1986 omgebogen moet zijn naar 0. Als daarenboven uitgegaan wordt van het reeds jarenlang voorgestane beleid van verschuiving van de tweede lijn naar de eerste lijn, de vergrijzing van de bevolking en de voortgaande technologische ontwikkeling, dan moge het duidelijk zijn dat de komende jaren de intramurale instellingen onder steeds grotere financiële druk zullen komen te staan, waardoor effectiviteit van handelen en efficiëntie een zeer grote rol gaan spelen. Voor de ziekenhuizen is inmiddels gekomen tot een systeem van budgettering dat vanaf 1 januari 1984 ook voor de overige intramurale instellingen zal gaan gelden. Dit betekent dat meer dan ooit het management zal moeten toezien dat menskracht en middelen optimaal worden ingezet en dat de uit te voeren taken zo goedkoop mogelijk worden verricht.

Voor het interne management betekent zulks dat gekomen moet worden tot een functionele bedrijfsrekening en dat de middelen zo voordelig en functioneel mogelijk moeten worden ingekocht. Zoals reeds is gesteld is met name dit laatste in het verleden nauwelijks een zwaarwegend punt geweest, aangezien de kosten van apparatuur en medische middelen min of meer automatisch in de tarieven werden verrekend. Die tijd is evenwel definitief voorbij.

Vanwege de mogelijkheid van substitutie zijn de instellingen zelf verantwoordelijk voor de optimale allocatie van menskracht en middelen. Dit legt wel de plicht op het management om tot een betere afweging van investeringsbeslissingen te komen, waardoor dure apparatuur en medische middelen zo doelmatig en doelgericht mogelijk zullen worden ingekocht.

De gezondheidszorg leent zich uitermate goed om ook te komen tot een bundeling van de inkoop. Een bundeling is juist daarom zo goed mogelijk omdat bij voorbeeld bij de ziekenhuizen meer dan 200 instellingen dezelfde basisfuncties dienen te vervullen en vele ziekenhuizen dezelfde specialistische functies, zodat ten principale dezelfde vraagfunctie dient te bestaan. Het spreekt voor zich dat van een dergelijke situatie, zeker onder de huidige omstandigheden, optimaal gebruik gemaakt zal moeten worden, waardoor bundeling van de vraag kan leiden tot een efficiëntere en effectieve aankoop met meer standaardisatie en met lagere kosten.

In principe is het wettelijk mogelijk in een dergelijke ontwikkeling sturend op te treden op grond van artikel 18 van de WZV en artikel 17 van de WTG. De werkgroep is van mening dat uiteraard getracht zal moeten worden om een proces vanuit partijen zelf tot stand te laten brengen, waarmee bovenstaande ontwikkeling op korte termijn wordt geëffectueerd.

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden:

dat het economisch principe (optimale aanwending van beperkte middelen) thans nadrukkelijk zijn rol opeist in het inkoopproces van instellingen in de gezondheidszorg, waardoor een optimaal inkoopbeleid meer dan ooit noodzakelijk is;

dat de opvattingen over het inkopen bij de instellingen nog onvoldoende zijn gewijzigd. Wel worden door instellingen regionale initiatieven genomen om de inkoop van met name dure apparatuur meer op elkaar af te stemmen en dringt de NZR aan op functieplanning in de regio;

dat de ziektekostenverzekeraars bij het inkoopproces van met name dure apparatuur een wezenlijke bijdrage leveren;

dat bij de ziekenhuizen dezelfde basisfuncties worden vervuld en er daardoor een zekere functiestandaardisatie van nature bestaat, waardoor de mogelijkheid van produktstandaardisatie en dus vraagaggregatie groot is.

3. HET TOEKOMSTIGE INKOOPBELEID

Doeleinden en uitgangspunten

Op grond van de in het voorgaande beschreven ontwikkelingen is het duidelijk dat de instellingen voor de gezondheidszorg gebaat zijn bij een optimalisering van het inkoopproces. Aangezien de gezondheidszorg voor een groot deel uit collectieve middelen wordt gefinancierd, waarvoor het bedrijfsleven, dat steeds meer onder druk komt te staan, als draagvlak dient, is het in het belang van diezelfde volksgezondheid om in navolging van de nota «Aanschaffingsbeleid en Innovatie» en de rapporten van de commissie-Wagner, te komen tot een doelmatiger aankoopbeleid waardoor tevens een bijdrage aan de kostenbeperking wordt geleverd en een betere wederzijdse afstemming tussen het aanschaffingsbeleid in de collectieve sector en de belangen van het Nederlandse bedrijfsleven wordt bereikt. Voor de overheid komt daarbij direct de vraag aan de orde op welke wijze en met welke instrumenten zij aan deze doeleinden een bijdrage kan leveren.

Vanuit deze optiek heeft de werkgroep, gegeven haar taakopdracht, de volgende uitgangspunten opgesteld:

De belangen van de gezondheidszorg en de Nederlandse industrie bij het inkoopbeleid liggen vaak in elkaars verlengde en dienen als zodanig te worden onderkend. Dit kan en mag uiteraard niet inhouden dat Nederlands fabrikaat te allen tijde de voorkeur verdient met het gevaar van kostenafwenteling op de gezondheidszorg. Het Nederlandse produkt zal concurrerend moeten zijn.

Het huidige aanschaffingsbeleid in de sector volksgezondheid dient te worden omgezet in enerzijds een functioneel inkoopproces voor de sector en anderzijds in een anticiperend en innovatief inkoopbeleid in relatie tot het Nederlandse bedrijfsleven.

Het voorzien in de doelmatige aanschaffing door de instellingen van roerende goederen voor de juiste kwaliteit, de juiste kwantiteit en de juiste prijs.

Bij de ontwikkeling van een meer optimaal inkoopproces dient de bestaande know-how, aanwezig binnen de instellingen en het RIB alsmede bij de wetenschappelijk (advies)organen waaronder TNO, zoveel mogelijk te worden gebruikt; er dient zorgvuldig en objectief te worden omgegaan met commerciële belangen.

Te allen tijde zal uitgegaan dienen te worden van de vraagfunctie c.q. behoefte. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de macro-behoefte: het aantal functies dat binnen een regio vervuld dient te worden (de functieplanning) en de micro-behoefte: hoe kan gegeven een functie met functiebeschrijving het meest optimaal in deze behoefte worden voorzien.

De advisering in het aankoopproces zal objectief en onafhankelijk, dat wil zeggen niet gebonden aan een belangengroep van zowel van vraag- als aanbodzijde, dienen te geschieden.

De procedureregels mogen niet onnodig gecompliceerd worden (huidig streven naar deregulering).

Indien in het kader van het optimaliseren van het inkoopproces wordt overwogen bepaalde bestaande procedures of situaties te wijzigen, dan dient te allen tijde de afweging plaats te vinden tussen de financiële voor- en nadelen van die wijziging.

De NZR, de ziektekostenverzekeraars en het RIB dienen zich zoveel mogelijk vanuit de consensus over het gemeenschappelijk belang te kunnen vinden in de aanbevelingen, aangezien de mate van acceptatie door deze partijen bepalend is voor het daadwerkelijk doen slagen van de gewenste maatregelen.

Gegeven de financiële druk die de komende jaren als gevolg van de bezuinigingen op de intramurale instellingen wordt gelegd, betekent iedere besparing op materiële middelen, gegeven de substitutie in het kader van de budgettering, mogelijk minder ontslag voor werknemers in deze sector.

In het navolgende worden de eerder omschreven procedures voor de verschillende soorten goederen in de gezondheidszorg getoetst aan deze doeleinden en uitgangspunten. Op grond hiervan zal tot een aantal aanbevelingen worden gekomen. Hierbij wordt het volgende onderscheid in aanschaffingsprocedures gehanteerd:

- Aanschaf gebonden aan wettelijke bepalingen:
 - A. nieuwbouw en eerste inrichting medische apparatuur
 - B. nieuwbouw en eerste inrichting inventarissen (niet medisch)
 - C. artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen
 - D. vervanging van artikel 18-voorzieningen
- Aanschaf niet gebonden aan wettelijke bepalingen:
 - E. eerste aanschaf (nieuwe middelen)
 - F. aanschaf ten behoeve van vervanging
- Aanschaf door academische ziekenhuizen.
- Aanschaf door militaire ziekenhuizen.

4. TOEPASSING EN OPTIMALISERING VAN HET INKOOPBELEID

4a. Algemeen

Om het in het voorgaande omschreven model van het functionele inkoopproces in de gezondheidszorg toe te passen en daarbij de genoemde doeleinden en uitgangspunten in voldoende mate te kunnen realiseren, is het van belang na te gaan in hoeverre binnen de gezondheidszorg wordt gehandeld ten aanzien van de medisch specialist, die over een grote mate van autonomie beschikt. Mede daardoor is het primaire behandelings- en verplegingsproces in de instellingen nog altijd divers van aard. Het proces van functiestandaardisatie is weliswaar op gang gebracht doch is nog lang niet uitgekristalliseerd. In de toekomst zal zeer zeker in het kader van de herstructurering en de budgettering meer aandacht aan de functieplanning dienen te worden geschonken en hiertoe zullen erkenningscriteria moeten worden ontwikkeld. Dit betekent dat op dit moment de specificaties voor de functiestandaardisatie slechts globaal van karakter kunnen zijn. Hierdoor heeft de hieruit af te leiden produkt- c.q. apparatuurstandaardisatie evenwel niet te worden geblokkeerd. Voorts zijn de instellingen van gezondheidszorg voor het overgrote deel particuliere instellingen die, gegeven de wettelijke procedures, autonoom zijn in hun beslissingsbevoegdheden.

De organisatiegraad van de instellingen is zeer groot en nagenoeg elke instelling is lid van de Nationale Ziekenhuisraad. Uitgaande van de genoemde organisatiegraad en gezien de beperkte budgettaire middelen zijn er wel degelijk mogelijkheden om te komen tot een coördinatie van inkopen op regionaal en landelijk niveau.

Functie- en produktspecificaties en vraagaggregatie zijn in het belang van de instellingen. Gezien hun autonomie en gelet op de hoge organisatiegraad zal het duidelijk zijn dat de Nationale Ziekenhuisraad een belangrijke rol zal kunnen en moeten spelen bij een organisatorische vormgeving van een gecoördineerde aanpak. Voor de ziektekostenverzekeraars geldt in feite hetzelfde.

In de modelovereenkomsten, gesloten tussen NZR en VNZ/KLOZ, zijn de afspraken voor lokaal en regionaal overleg vastgelegd. Het spreekt voor zich dat met betrekking tot functie- en produktstandaardisatie en vraagaggregatie ook op landelijk niveau tot coördinatie wordt gekomen.

In navolging van de Amerikaanse profit-hospitals zouden op deze wijze vele miljoenen bespaard kunnen worden. Zoals uit recente literatuur³ blijkt wordt in Californië door middel van vraagaggregatie en standaardisatie verwacht dat bij 16 000 bedden men binnen drie jaar f 100 mln. op jaarbasis zal kunnen besparen.

³ Bron: Modern Health Care, maart 1983.

De mogelijkheden van substitutie betekenen bij de stringente kostenbeheersing door middel van budgettering dat besparingen in de materiële sfeer mogelijkwerwijs een aantal ontslagen in de zorg kunnen voorkomen. Dit positieve werkgelegenheidseffect mag niet onderschat worden. Derhalve zal een opzet kunnen worden bedacht waarbij op landelijk niveau kan worden geadviseerd en gecoördineerd zonder te komen tot ingewikkelde en bureaucratische constructies.

Overeenkomstig het tweede deel van de taakopdracht van de werkgroep dient ook bezien te worden in hoeverre het Nederlandse bedrijfsleven meer bij de innovatie-ontwikkeling in de medische technologie kan worden betrokken. In het recent verschenen «Verslag van werkzaamheden 2» (juli '82-januari '83) van de Adviescommissie inzake de voortgang van het industriebeleid (z.g. commissie-Wagner) is een onderzoeksaanpak voor het opsporen van kansrijke bedrijvigheid nader uiteengezet uitgaande van criteria zoals:

- aansluiting bestaande bedrijvigheid met comperatief voordeel;
- bestaan van thuismarkt;
- aansluiting bestaande expertise en kennis.

Op grond hiervan zijn een aantal aandachtsgebieden genoemd alsmede activiteiten en produkten. Een aandachtsveld is de medische technologie. Gewezen wordt zowel op geavanceerde medische apparatuur en hulpmiddelen als op informatie- en automatiseringssystemen.

Ook in het vooronderzoek van Hosto-Consult⁴ wordt uitvoerig aandacht besteed aan de innovatie- en stimuleringsmogelijkheden die de gezondheidszorg voor het bedrijfsleven biedt.

De vraagaggregatie en de standaardisering kunnen zeer zeker ook positieve werkgelegenheidseffecten hebben voor het Nederlandse bedrijfsleven. Als functiespecificaties overeengekomen kunnen worden en als een zekere afzet kan worden gegarandeerd is het zeer wel mogelijk dat innovatieprojecten door het Nederlandse bedrijfsleven worden ontwikkeld. Als recent voorbeeld kan hier genoemd worden de moderne schietbanen, die voor het Ministerie van Justitie zijn besteld. Aanvankelijk zouden deze in het buitenland worden gekocht. Door het proces van functie-inkopen en uitvoerig overleg met het Nederlandse bedrijfsleven is het RIB te zamen met verschillende departementen en het Nederlandse bedrijfsleven erin geslaagd een op de functie toegesneden produkt te ontwikkelen dat tevens goedkoper uitviel.

Dit soort ontwikkelingen moet in Nederland op grotere schaal tot de mogelijkheden behoren. Ook hier is dan sprake van een positief werkgelegenheidseffect. Op deze wijze snijdt het mes, bij functie-inkopen en vraagaggregatie, aan twee kanten. Duidelijk is dat niet alleen voor grote bedrijven doch met name ook voor het midden- en kleinbedrijf hier aanzienlijke mogelijkheden in het verschiep kunnen liggen. De ontwikkeling van dit proces vereist wel een wezenlijke mentaliteitsverandering bij het management van de instellingen, het Nederlandse bedrijfsleven en het RIB. Het RIB zal zijn organisatie en werkzaamheden moeten aanpassen om op dergelijke ontwikkelingen zo snel mogelijk te kunnen anticiperen of zelfs hierbij initiatieven te nemen.

Derhalve kan geconcludeerd worden dat ook vanuit de optiek van stimulering van het Nederlandse bedrijfsleven door middel van onder andere innovatie, een coördinatie van het inkoopbeleid met (uiteindelijk) produktstandaardisatie en vraagaggregatie wenselijk is. In dit licht dient ook te worden nagegaan welke rol het coördinatiebureau overheidsaanschaffingen van het ministerie van Economische Zaken kan spelen.

4b. Organisatorische vormgeving

Hoewel coördinatie van het inkoopbeleid gewenst is, bestaan in de praktijk voor de verschillende soorten goederen verschillende procedures (zie hfdst. IV), al dan niet binnen een wettelijk kader. Zo vindt voor de

⁴ Vooronderzoek naar kansen en bedreigingen van de Nederlandse industrie op het gebied van de medische technologie/instrumentatie, uitgebracht in opdracht van het ministerie van Economische Zaken, dd. 1-2-1983.

aanschaffingen van roerende goederen door de instellingen van overheidswege een beoordeling plaats bij de eerste inrichting van nieuwbouw en voor apparatuur welke valt onder artikel 18 WZV. Bij deze goedkeuringsprocedure, waar het College van Ziekenhuisvoorzieningen ter zake de Minister van WVC adviseert, wordt evenwel niet zozeer het aan te schaffen apparaat op zijn functionaliteit, in relatie tot de uit te oefenen functie beoordeeld, maar gelden voornamelijk overwegingen van behoefte, spreiding, capaciteit en totaal investeringsbedrag.

Het is duidelijk dat deze procedure slechts voor een gering gedeelte van de aanschaffingen van roerende goederen in de gezondheidszorg geldt. De aanschaf van de andere roerende goederen is niet onderhevig aan procedures op grond van de WZV maar dient binnen het financiële kader van de COTG-richtlijnen te passen.

De verwerving van roerende goederen binnen de gezondheidszorg geschiedt thans in overwegende mate vanuit de micro-sfeer. De individuele instelling koopt zelf in al of niet door tussenkomst van het Rijksinkoopbureau. Het Rijksinkoopbureau treedt dan op namens de individuele instelling. De produktie van materialen, hulpmiddelen, instrumenten en apparatuur vindt voor de gezondheidssector in zeer belangrijke mate in het buitenland plaats.

Zoals onder a is omschreven dwingt de financieel-economische situatie en in het verlengde daarvan de invoering van een systeem van budgetfinanciering de gezondheidszorgsector om zo adequaat mogelijk (c.q. zo functioneel mogelijk) in te kopen. Daarnaast is geconcludeerd dat vanuit de optiek van innovatie en stimulering van het Nederlandse bedrijfsleven coördinatie van het inkoopbeleid noodzakelijk is.

Voor de organisatorische vormgeving hiervan heeft de werkgroep verschillende alternatieven onderzocht, te weten

- het instellen van een stuurgroep bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid;
- het verder uitbouwen van de NZI-advisering naar de instellingen met betrekking tot medische apparatuur;
- het oprichten van een onafhankelijke stichting door de NZR, financiers en het RIB waarin bedrijfsleven, overheid en adviesorganen als waarnemers zullen participeren;
- geen organisatorische wijzigingen doch verdere uitbreiding van gebruik artikel 18 WZV en/of toepassing van artikel 17 WVG bij aanschaf van (nieuw ontwikkelde) medische apparatuur.

Een stuurgroep bij de Nationale Raad werd met name door de partijen in het veld niet wenselijk geacht. Zij waren van mening dat een dergelijke stuurgroep te ver van de praktijk zou komen af te staan, waardoor de effectiviteit en efficiency van het functioneren van een dergelijke stuurgroep naar hun mening zou verzanden in omvangrijke procedures zonder concrete toepasbare voorstellen voor het veld. Ook meenden zij dat een stuurgroep vanuit de Nationale Raad zich niet geheel verhoudt tot de procedures tussen partijen op grond van de in het voorgaande omschreven overeenkomst.

Het verder uitbouwen van de NZI, hetgeen voor de NZR de voorkeur heeft, werd door de financiers niet aanvaardbaar geacht. Zij waren van mening dat advisering over apparatuur en ook andere roerende goederen volstrekt onafhankelijk diende te geschieden. Vanuit hun verantwoordelijkheid op grond van de financieringswetten en de Wet tarieven gezondheidszorg voor de kostenontwikkeling van de zorg, meenden zij dat, naar analogie van de modelovereenkomst voor de lokale situatie, op landelijk niveau tot een door de NZR en financiers op te richten onafhankelijke stichting diende te worden gekomen. Deze stichting, waarin ook het RIB en het TNO/MFI zouden participeren, zou dan een onafhankelijk secretariaat dienen te verkrijgen op een onafhankelijke lokatie.

Deze optie van de financiers staat in feite dicht bij het derde alternatief: een onafhankelijk advies- en coördinatiecentrum door NZR, financiers en RIB opgericht, en waarin het bedrijfsleven, de overheid en de (wetenschappelijke) adviesorganen als waarnemers zullen participeren. Met name de leden van de zijde van de NZR vonden deze constructie te zwaar en bleven vasthouden aan de constructie bij het NZI. Gezien het belang voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg enerzijds en de innovatieve ontwikkeling van het Nederlandse bedrijfsleven anderzijds was het overgrote deel van de werkgroep van mening dat het gewenst is dat op landelijk niveau in ieder geval een dergelijk advies- en coördinatiecentrum wordt opgericht. Slechts dan is het mogelijk om het proces van functioneel inkopen, met inachtnaam van de na te streven doeleinden op macro-niveau, van de grond te krijgen, zodat tevens tot standaardisatie van functie- en produktspecificatie alsmede tot vraagaggregatie kan worden gekomen.

Hoewel de financiers ten principale voor een geheel onafhankelijke opzet waren, bleken zij bereid om akkoord te gaan met een stichting welke haar secretariaat heeft bij het NZI. Door dit compromisvoorstel zou de know-how bij het NZI kunnen worden ingebracht en heeft men tevens het voordeel van de bekendheid en het vertrouwen van het NZI in de gezondheidszorg-sector. Aanvankelijk konden ook de leden van de zijde van de NZR zich hierin vinden.

Dit centrum zou dan als belangrijkste taak een coördinerende rol moeten vervullen om het functionele inkopen in de gezondheidszorg daadwerkelijk mee te helpen invoeren. Daarnaast dient een adviesfunctie te worden vervuld naar de instellingen en financiers toe, terwijl ook in commerciële zin contacten met het bedrijfsleven zullen moeten worden gelegd om innoverende elementen zo snel mogelijk concreet toe te passen.

Gezien het belang van zowel de instellingen als de ziektekostenverzekeraars bij het bevorderen van een doelmatig en efficiënt inkoopgebeuren in de gezondheidszorg ligt het voor de hand dat deze partijen bij de totstandkoming en vormgeving van een dergelijk centrum een voortrekkersfunctie vervullen. Daarnaast heeft de werkgroep er zich rekenschap van gegeven dat het organisatorische vormgeven van een aankoopbeleid in de gezondheidszorg invloed heeft op de commerciële belangen. Voorbeelden hiervan zijn:

- markttransparantie naar produkten, leveranciers, afnemers bevordert onder meer concurrentie;
- monopolie- c.q. oligopolieposities kunnen worden doorbroken;
- het centraal afsluiten van mantelovereenkomsten op algemene inkoopvoorwaarden in plaats van decentrale overeenkomsten op de voorwaarden van (buitenlandse) leveranciers;
- de keuze en samenstelling van deelnemers aan overleggroepen en het stadium waarin het bedrijfsleven aan werkgroepen aankoopspecificaties gaat deelnemen;
- de keuze van de volgorde van de aandachtsgebieden waar gestart wordt met typebeperking en vraagaggregatie;
- voor zover het mogelijk is binnen de EEG-regels nationale produkten tot ontwikkeling te brengen en daarmee import te vervangen, hetgeen effecten heeft op de positie van de groothandel en de relatieve positie van de Nederlandse fabrikanten;
- het beheer van commerciële data tijdens het proces van functie- en produktdefinitie.

Derhalve is het van belang dat ook het RIB wordt betrokken bij de oprichting van een dergelijk centrum en bij het beheer van deze commerciële gegevens. Dit betekent dat het RIB een zetel zou dienen te krijgen op grond van financiële commerciële kennis. Gezien de belangen voor het bedrijfsleven dient voor de commerciële gegevens het RIB uitsluitend het beheer en de verantwoordelijkheid te dragen.

Een meerderheid van de werkgroep is van mening dat genoemde doelstellingen gelet op het gehanteerde uitgangspunt van een onafhankelijke en objectieve advies- en coördinatiefunctie gerealiseerd kunnen worden in de vorm van een «Stichting Advies- en Coördinatiecentrum Aanschaffingsbeleid Gezondheidszorg», opgericht door de NZR en de ziektekostenverzekeraars met voorts het RIB daarbij, met een onafhankelijke voorzitter en met waarnemers uit de kring van bedrijfsleven, overheid, adviesorganen en TNO/MFI.

In deze visie kunnen in werkgroepen naar analogie van het door de commissie-Wagner genoemde informele overleg, de uit te voeren werkzaamheden door de meest betrokkenen worden aangepakt, waarbij afhankelijk van de problematiek de noodzakelijke routing kan worden uitgestippeld zo nodig met inschakeling van adviesorganen.

Het moge duidelijk zijn dat eerst met enige proefobjecten zal moeten worden begonnen om vervolgens de resultaten van de activiteiten te evalueren op bruikbaarheid en netto-rendement. Met name wordt hierbij in het bijzonder gedacht aan de z.g. «Werkgroepen Aankoopspecificaties (WAS)» waarin onder meer zitting dienen te hebben de vertegenwoordigers van de instellingen, deskundigen (o.a. TNO en Nederlands Normalisatie Instituut (NNI)), de ziektekostenverzekeraars alsmede het RIB. Tevens kunnen in dit kader opdrachten voor onderzoeken door derden worden gegeven door de stichting.

Voor wat betreft de werkwijze van de «WAS» zal vanuit de op te stellen functiespecificatie een marktorientatiefase volgen. De resultaten van deze marktorientatiefase worden geëvalueerd binnen de werkgroep. In dit stadium kan binnen de daartoe gestelde procedures het bedrijfsleven erbij worden betrokken.

Het evaluatieresultaat zal moeten leiden tot het vaststellen van de produkt- c.q. apparatuurspecificaties, waarna gerapporteerd wordt aan het advies- en coördinatiecentrum. De aanloop- en beleidsfase van het functionele inkoopproces is nu afgerond en de uitvoeringsfase is aangebroken. Afhankelijk van de uitkomsten van deze fase zal moeten worden bezien of het zinvol of wenselijk is om centraal door middel van vraagaggregatie in te kopen dan wel het advies te geven aan de instellingen onder welke voorwaarden welke produkten het beste kunnen worden gekocht om een bepaalde functie te vervullen.

Voorts zou het centrum een adviserende rol kunnen vervullen, niet alleen voor de structurele innoverende marktorientatie, doch ook voor de concrete individuele ad hoc-problematiek als bij voorbeeld bij de herverdeling van apparatuur, welke vrij komt als gevolg van beddensanering dan wel bij de beleidsontwikkeling van de inkoop bij instellingen. Daardoor zal het noodzakelijk zijn dat gekomen wordt tot een gegevensbestand dat voor instellingen en financiers toegankelijk is. Wellicht dat tot systematisering en koppeling van gegevensbestanden, waaronder die van het RIB en TNO, gekomen kan worden.

Wel zal zeer zorgvuldig omgesprongen dienen te worden met het beheer van de commerciële gegevens. Het Rijksinkoopbureau is geschikt om de onafhankelijke behartiging van commerciële belangen te waarborgen. In het K.B. «Regeling werking RIB 1980» zijn de garanties aanwezig dat de betrouwbaarheid van commerciële gegevens is gewaarborgd. Via de Raad van Advies van het Rijksinkoopbureau, waarin werkgeversorganisaties en afnemers zijn vertegenwoordigd, bestaat ook de mogelijkheid het functioneren van het Rijksinkoopbureau te toetsen. Derhalve ligt het voor de hand binnen het op te richten centrum het RIB te laten zorgdragen voor het zorgvuldige beheer van de commerciële belangen en informatie.

Het lijkt wenselijk dat het advies- en coördinatiecentrum zijn programma van activiteiten ter goedkeuring voorlegt aan de Minister van WVC.

Voor wat betreft de financiering van het centrum kan eraan gedacht worden om een klein deel van de besparingen op grond van de gecoördineerde inkoop via tarieven c.q. budgetten van de instellingen voor gezond-

heidszorg terug te sluiten naar analogie van de kosten van overkoepelende organisaties en o.a. SMR (Stichting medische registratie), NZI, etc. Ook dient subsidiëring op grond van artikel 52e van de AWBZ en/of van overheidswege te worden bekeken. Het lijkt wenselijk dat hieromtrent het COTG en de Ziekenfondsraad om advies worden gevraagd.

Voorts is de werkgroep van mening dat in de toekomst een bijdrage in de financiering kan worden verkregen uit royalties verkregen uit de verkoop van nieuwe producten.

Uiteindelijk bleek evenwel dat de leden van de zijde van de NZR zich niet in de visie, te weten de vorm van een onafhankelijke stichting, konden vinden. Na de aanvankelijk welwillende houding ten aanzien van de inschakeling van het NZI door de stichting bleek uiteindelijk de daaropvolgende uitwerking te ver gaan voor deze leden. Met name de uit te voeren adviesactiviteiten van deze stichting werden te veelomvattend geacht. Op grond daarvan hebben zij gemeend met een minderheidsstandpunt te moeten komen (zie bijlage II). De vertegenwoordiger van de Inspectie der Rijksfinanciën plaatst tevens bij de oprichting van een dergelijk centrum een drietal kanttekeningen te weten:

- er is nog onvoldoende inzicht in het rendement van de voorgestane constructie;
- het is de vraag of het verstandig is weer een nieuw instituut aan het terrein van de gezondheidszorg toe te voegen;
- partijen (NZR en ziektekostenverzekeraars) zijn nog niet rijp om gezamenlijk een dergelijk centrum van de grond te tillen.

Toen deze feiten zich voordeden, meende de werkgroep dat, onverlet latend de in het voorgaande beschreven gewenste vormgeving, tot een overgangssituatie gekomen moest worden. De NZR is immers de belangrijkste partij en betreurd werd door de werkgroep dat gezien de slechte financieel-economische situatie en de moeilijke positie van het Nederlandse bedrijfsleven onvoldoende medewerking van juist deze partij verkregen kon worden. Niettemin dient naar de mening van de werkgroep toch een begin te worden gemaakt met het hierboven beschreven proces en kiest zij daarbij voor de volgende constructie.

Op voorstel van de Staatssecretaris van WVC wordt een Stuurgroep Aanschaffingsbeleid Gezondheidszorg ingesteld, waarin alle betrokkenen, zoals aangegeven bij het eerder genoemde advies- en coördinatiecentrum, participeren. Deze stuurgroep zoekt een aantal proefprojecten uit voor de toepassing van het functionele inkoopproces. Na twee à drie jaar vindt een evaluatie plaats van de bereikte resultaten waarna bij positieve bevindingen in goed overleg met betrokken organisaties een meer definitieve structuur tot stand zal worden gebracht in de vorm van voornoemd centrum dan wel in een andere vorm afhankelijk van de bevindingen, waarna de stuurgroep kan verdwijnen.

Bij negatieve bevindingen zal de mogelijkheid van het uitbreiden van de toepassing van het wettelijke instrumentarium (WZV/WVG en WTG) mede in ogenschouw dienen te worden genomen om de reeds meermalen genoemde doeleinden zo effectief mogelijk te realiseren. Ook in het laatste geval wordt de stuurgroep opgeheven.

4c. Het inkoopproces voor de verschillende soorten van goederen bij de verschillende procedures

c.1. Nieuwbouw en eerste inrichting medische apparatuur

De wettelijke procedures zijn weergegeven in hoofdstuk IV.2.

De criteria voor de beoordeling van de medische inventarissen hebben zoals gesteld voornamelijk betrekking op de spreiding van de voorzieningen, de bepaling van de behoefte, functionaliteit en kwaliteit. Voorts worden de investeringskosten gemaximaliseerd (y-gulden per bed en/of x-gulden per m²) en dient voldaan te worden aan voorschriften/richtlijnen van andere (overheids)instanties.

Functionaliteit wordt evenwel niet nader gekwalificeerd. Dit betekent dat de overheid op grond van de adviezen voornamelijk het financiële criterium van doorslaggevende aard doet zijn. Over de aankoop van de goederen zelf wordt verder niets geregeld. De aanpak is voorsnog budgettair, waarbij de primaire verantwoordelijkheid voor wat betreft de inhoudelijke aspecten bij de inrichting ligt. In de praktijk blijkt dat er verschillende problemen zijn ontstaan. Zo is jarenlang het budget voor de aanschaffingen geen probleem geweest, aangezien niet goedgekeurde eerste aanschaffingen later vanuit de exploitatie alsnog konden worden gerealiseerd. Nu de afschrijvingen zijn gelimiteerd en de budgettering is ingevoerd, blijkt de financiering ineens zeer knellend te zijn, daar het genoemde substitutie-effect is komen te vervallen. Voorts blijkt dat in bepaalde gevallen de deskundigheid ontbreekt welke apparatuur benodigd is voor het uitoefenen van een bepaalde functie.

In het licht van het voorgaande is het zowel voor de overheid, als voor de ziekenhuizen van belang de omvang en samenstelling van het optimale inventarispakket te kennen. Hieruit moge duidelijk zijn dat er behoefte is aan samenbundeling van kennis en aan een coördinatiepunt voor dergelijke problemen.

In de toekomst zou de procedure als volgt kunnen zijn:

Het departement vraagt het centrum/de stuurgroep om advies over de functionele en financiële aspecten op basis van de levensduurkosten van een dergelijke kwestie, met inachtnaam van de budgettaire randvoorwaarde. Het centrum formeert een werkgroep z.g. «WAS» van de meest betrokkenen om aan de hand van de procedures van het functionele inkoopproces op korte termijn te komen tot functiespecificatie, produktstandaardisatie en de mogelijkheden te bezien of tot vraagaggregatie gekomen kan worden. Dit laatste om de budgetvoorwaarde gemakkelijker te halen en om voor het bedrijfsleven de mogelijkheid te creëren snel op deze ontwikkeling in te spelen en zo mogelijk tot een (exploitable) produktie te komen.

Na advisering door de werkgroep brengt het centrum rapport uit aan de NZR, de ziektekostenverzekeraars, het RIB alsmede het betrokken ministerie.

c.2. Nieuwbouw en eerste inrichting inventarissen

Evenals bij c.1 kunnen, indien hieraan behoefte bestaat instellingen dan wel bedrijfsleven, overheid of financiers, ieder vanuit zijn eigen optiek, aan het centrum vragen om over inventarisgoederen te adviseren. Dit advies kan derhalve zowel vanuit de optiek van kwaliteit van zorg, de budgettaire middelen, als innovatie voor het bedrijfsleven worden gevraagd.

Het centrum bewandelt dezelfde weg om tot een standpuntbepaling te komen als onder c.1.

Op deze wijze wordt de mogelijkheid gecreëerd om een optimaal inkoopproces te ontwikkelen in alle genoemde opzichten. Daarnaast zal, afhankelijk van het soort goed, van geval tot geval bezien moeten worden of tot een zekere vraagaggregatie gekomen kan worden zo nodig met innoverende aspecten, zodat het bedrijfsleven ook op dit terrein een betere positie op de markt kan gaan innemen.

c.3. Artikel 18-voorzieningen

De procedures voor de artikel 18-voorzieningen zijn beschreven in hoofdstuk IV.2.B. De Minister neemt hierbij criteria in acht die voornamelijk liggen op het terrein van de planning zoals behoefte, spreiding en capaciteit. Ook worden de kosten globaal aan banden gelegd.

Gebleken is dat in de praktijk een diversiteit aan apparatuur wordt aangeschaft tegen verschillende prijzen en met mogelijk overbodige «toeters en bellen» terwijl ze alle geacht worden dezelfde functie uit te oefenen. Dit betekent dat, gelet op het ontbreken van een toetsingskader met expliciet geformuleerde criteria voor de aanschaf, van een optimaal

inkoopbeleid geen sprake kan zijn. Juist deze artikel 18-voorzieningen vormen in feite de ideale mogelijkheid om tot functie-inkopen over te gaan. Immers een vooraf omschreven functie moet worden uitgeoefend; de financiële middelen worden begrensd; het totale aantal inrichtingen dat de functie moet vervullen is bekend.

Op grond van deze gegevens zou aan het genoemde centrum gevraagd kunnen worden om te adviseren over de optimalisering van het inkoopproces voor de instellingen en de rol van het Nederlandse bedrijfsleven daarbij.

Het centrum kan hiervoor dan een werkgroep in het leven roepen waarin de betrokken partijen zitting kunnen nemen. Een dergelijk proces zou dan als volgt kunnen verlopen.

Voorbeeld: Gegeven de uit te oefenen functie en het eventuele advies van de Gezondheidsraad wordt door middel van een vrij gedetailleerde vertaling van de noodzakelijke eisen welke aan de faciliteiten, nodig voor de uitoefening van de functie worden gesteld, tot een functiebeschrijving gekomen.

Het vaststellen van met name de kwalitatieve aspecten, dat wil zeggen welke medische handelingen dienen te kunnen worden uitgevoerd met het benodigde apparaat, welke eisen daaraan dienen te worden gesteld en wat voor hulpmiddelen daarvoor noodzakelijk zijn, is een zeer moeilijk proces. Dit vraagt in het bijzonder een combinatie van fysisch/technische en medische kennis. Tevens dient het bedrag bekend te zijn dat met de investering maximaal gemoeid mag zijn, opdat met het opstellen van de eisen hiermee rekening kan worden gehouden. Het ware wenselijk hierbij niet uitsluitend het investeringsbedrag als criterium te nemen, maar tevens de bijkomende materiële en personele kosten en dit te relateren aan de levensduur van het aan te schaffen apparaat.

De werkgroep is zich ervan bewust, dat dit geen eenvoudige aangelegenheid is, maar om tot een juiste investeringsbeslissing te kunnen komen dient het aspect van de levensduurkosten te worden ontwikkeld.

Het opzetten van een functiebeschrijving houdt tevens in dat tot een (zekere) standaardisatie van de functie-eisen kan worden gekomen indien dit landelijk wordt aangepakt. Ook kan worden aangegeven welke apparatuur voldoet aan de vastgestelde functiebeschrijving, dan wel kan in overleg worden getreden met het bedrijfsleven indien niet de juiste apparatuur op de markt aanwezig is. Het bedrijfsleven kan op basis van de functiebeschrijving bekijken of de benodigde apparatuur – mede gelet op het budget – te ontwikkelen valt. Ook dient dan de mogelijkheid van produktstandaardisatie in dit licht te worden onderzocht. Indien dit bereikt kan worden zou in overleg tussen instellingen, RIB en financiers gekomen kunnen worden tot vraagaggregatie. Wel dienen dan duidelijk afspraken te worden gemaakt opdat de marktsector weet waaraan hij toe is. Op grond hiervan kunnen alle partijen de nodige informatie verkrijgen om adequaat te handelen. Het departement kan dan worden geadviseerd over de soort en omvang van de criteria (zoals de financiële) welke bij de uiteindelijke goedkeuring nog in acht genomen moeten worden. Met deze wisselwerking tussen de sector van de gezondheidszorg en het bedrijfsleven kunnen onnodige uitgaven worden voorkomen voor de inrichtingen en kan tevens het innovatiekarakter van het productieproces worden gestimuleerd.

c.4. Vervanging van artikel 18-voorzieningen

Voor vervanging van artikel 18-voorzieningen kan eveneens het onder c.3 omschreven proces als voorbeeld dienen. Het innovatieve element kan dan echter, gezien de ervaringen met de gebruikte apparatuur, een grotere rol spelen.

c.5. *Eerste aanschaf nieuwe middelen*

Zoals reeds in de hoofdstukken IV, V en VI is aangegeven gelden in de gezondheidszorg voor het merendeel van de aanschaffingen geen wettelijke goedkeuringsprocedures. Een dergelijke regelgeving is vaak ook niet wenselijk aangezien vele aankopen in de gezondheidszorg een routinematig karakter dragen dan wel dat het niet de moeite loont een intensief toezicht in het leven te roepen. Uiteraard dragen de instellingen hiervoor hun eigen verantwoordelijkheid.

Niettemin staat de technologische ontwikkeling, zeker de medische technologie, niet stil en wordt er telkens weer nieuwe meer geavanceerde apparatuur op de markt gebracht met het doel om de uitoefening van (bestaande) functies nog effectiever en efficiënter te vervullen, dat wil zeggen om de diagnose dan wel therapeutische mogelijkheden te vergroten. Voor deze nieuwe middelen zijn, behalve de genoemde financiële richtlijnen, geen criteria voorhanden om de wenselijkheid van de aanschaf te toetsen. Artikel 18 WZV biedt geen soelaas, omdat geavanceerde apparaten zouden moeten worden getoetst aan de uitkomsten van een vooraf opgesteld spreidings- en behoefteplan. Het tot stand brengen van een dergelijk spreidings- en behoefteplan vergt, zoals reeds omschreven, een zeer omslachtige procedure zodat men vaak achter de feiten aanloopt.

Wel zal in deze situatie gebruik kunnen worden gemaakt door de Minister van WVC van artikel 17 WTG om regulerend in dezen op te treden. Van deze mogelijkheid is thans nog geen gebruik gemaakt.

Juist bij deze nieuwe ontwikkelingen bestaat, nadat is bepaald dat daadwerkelijk hieraan behoefte is, de mogelijkheid dat de produktstandaardisatie, de vraagaggregatie, het innovatief-inkopen en de kwaliteit van de dienstverlening verbeterd kunnen worden. Dit betekent dat als een bepaalde ontwikkeling zich voordoet zowel van de zijde van overheid als van instellingen, financiers of bedrijfsleven advies gevraagd zal worden aan het nieuw op te richten centrum.

Voor de nieuw op de markt gebrachte geavanceerde medische apparatuur kan in dit verband gewezen worden op het volgende voorbeeld:

Voorbeeld: Digitale röntgen.

Digitale röntgen is een nieuw technisch begrip en bekend onder diverse benamingen:

- digitale röntgen DR
- digitale radiologie DR
- digital subtraction angiografie: DSA
- digital vascular imaging: DVI.

In het kort komt het erop neer dat het analoge röntgenbeeld wordt gedigitaliseerd, waardoor de opname «bewerkt» kan worden. Met name door de subtractietechnieken is het mogelijk geworden twee opnames over elkaar te projecteren (met/zonder contrastvloei-stof), daarna de «background» te laten verdwijnen en alleen de bloedvaten die met contrast waren gevuld, zichtbaar te maken.

Sedert 1½ à 2 jaar zijn de DVI-systemen in Nederland te koop. Naar schatting zijn thans ca. 20 systemen in Nederland geïnstalleerd, zonder bemiddeling van het Rijksinkoophbureau. De eerste DVI-systemen hadden een analoge tussenstap (video-opslag) in de digitalisering van het beeld. Hiervan zijn de meeste door Nederlandse bedrijven geplaatst.

Gedurende het laatste jaar is er een direct digitaalstelsel op de markt gebracht en hiervan zijn er ca. vijf in gebruik in Nederland.

Tot nu toe is onvoldoende vanuit een coördinatiepunt getracht om aan te geven welke nieuwe uitgebreidere diagnoses dan wel therapeutische behandelingen wenselijk c.q. noodzakelijk zijn; welke functies hierdoor vervuld moeten worden en welke faciliteiten daarvoor nodig zijn en, zo ja,

welke eisen aan de apparatuur worden gesteld, hoeveel er in Nederland de komende jaren noodzakelijk zouden zijn en welke kosten hiermee verbonden zijn.

In de praktijk blijkt dat de kostprijs f 600 000 tot f 800 000 bedraagt, wanneer het DVI-systeem wordt gekoppeld aan een bestaand angiosysteem (röntgeninstallatie voor vaatonderzoek). Een complete digitale angiokamer kost f 1,5 à 2 mln.

Indien door deze techniek de duur van ziekenhuisopnames kan worden verkort en de kwaliteit van zorgverlening toeneemt, is het van belang na te gaan hoe tot een optimale allocatie van dergelijke apparaten kan worden gekomen.

Welke resultaten hadden kunnen worden verwezenlijkt als bij de verwerking van DVI volgens de reeds meermalen genoemde procedure van inschakeling centrum, werkgroep en RIB was gewerkt? In dit geval wordt het RIB afzonderlijk genoemd, omdat bij vraagaggregatie vanuit formeel één punt ingekocht dient te worden om de noodzakelijke continuïteit in de afname voor het bedrijfsleven te kunnen waarborgen. Immers, slechts dan kunnen specifieke eisen aan een dergelijk apparaat worden gesteld. Vanuit deze optiek dient ook het verzoek eind 1982 van een vertegenwoordiger van het bedrijfsleven te worden gezien om overleg met het veld van de gezondheidszorg om de nodige duidelijkheid te verkrijgen⁵. Dit zou o.a. tot gevolg kunnen hebben:

- typebeperking met een daaraan verbonden selectie van de types die de functie op basis van levensduurkosten het meest optimaal vervullen. Enige sturing is nog mogelijk daar de apparatuur gedeeltelijk nog in ontwikkeling is;
- dat bij het tijdig bekend zijn van de behoeftes van de diverse ziekenhuizen het RIB de mogelijkheid zou hebben gehad de vraag te bundelen. Het kopen van vijf apparaten op een contract zou wellicht een prijsvoordeel van ca. 10% (ca. f 500 000) hebben opgeleverd. Gebaseerd op een behoefte van 60 stuks zou dit een besparing kunnen betekenen van ten minste f 6 mln. uitgaande van de bestaande angiosystemen. Deze besparing is berekend op basis van de huidige structurering van de verkoop en de inkoopmarkt, dat wil zeggen enige aanbieders en vele vragers. Indien echter de kopersmarkt gebundeld zou hebben onderhandeld met de fabrikant/aanbieders zouden – in de huidige kopersmarkt – andere belangrijke financiële voordelen en eventueel industriële mogelijkheden zijn gecreëerd;
- dat de specificatie van de verschillende apparaten vergelijkbaar zou zijn geweest en dan zou de apparatuur sneller onder artikel 18 kunnen worden gebracht wat een nog betere garantie voor de distributie en bezetting had betekend;
- daar de bijkomende hulpmiddelen een belangrijk deel van de kosten van de uitoefening van een functie uitmaken, dat deze gestandaardiseerd en gebundeld kunnen worden aangekocht.

Als op dit soort zaken sneller gecoördineerd kan worden ingespeeld zou het Nederlandse bedrijfsleven een belangrijke marktpositie kunnen veroveren. Dit geheel conform de aanbevelingen van de eerdergenoemde commissie-Wagner.

In feite geldt een dergelijk proces niet alleen voor nieuwe geavanceerde apparatuur, doch eveneens voor alle nieuwe medische hulpmiddelen.

Natuurlijk behoeft de procedure niet altijd zo «zwaar» te zijn. Toch mag niet worden onderschat wat de voordelen van een gecoördineerde aanpak kunnen zijn. Dit te meer daar de kosten van de medische hulpmiddelen de laatste jaren zeer sterk zijn gestegen en soms de indruk bestaat dat de winstmarges voor een aantal middelen buitengewoon groot zijn. Vanuit die optiek is het wenselijk dat geen coördinatiepunt bestaat om nieuwe ontwikkelingen zo snel mogelijk te beoordelen in het licht van de reeds eerdergenoemde criteria.

⁵ Weekblad Gezondheidszorg 24 november 1982.

Afhankelijk van het soort apparaat of middel zal door het centrum/de stuurgroep moeten worden gezien welke procedures doorlopen zullen dienen te worden met het oog op de bovenomschreven doeleinden.

c.6. *Aanschaf ten behoeve van vervanging*

Dit is ongetwijfeld het grootste deel van de aanschaffingen in de gezondheidszorg. Zoals in hoofdstuk V en VI is aangegeven, wordt een groot aantal goederensoorten herhaaldelijk ingekocht door de instellingen (grote omloopsnelheid). Voor een deel zijn dat routinematige aankopen, voor een deel ook meer specifieke aankopen. Voor deze laatste soort van aankopen zal heel gemakkelijk een overlapping met c.5 (nieuwe middelen) kunnen plaatsvinden.

In het kader van deze rapportage is van belang in hoeverre door middel van innovatie een bijdrage kan worden geleverd om een functie zo optimaal mogelijk te laten vervullen en dan zodanig dat het Nederlandse bedrijfsleven hierbij zo adequaat mogelijk kan worden betrokken zonder tot concurrentievervalsing over te gaan.

Gegeven de mogelijke overlapping van c.5 en c.6 kan overeenkomstig hoofdstuk VI het volgende onderscheid in goederensoorten worden gemaakt (exclusief wat reeds onder c.1 t/m c.4 is behandeld):

- voedingsmiddelen;
- reinigingsmiddelen;
- energiekosten;
- medische middelen (eenmalig gebruik);
- medische middelen (meermalig gebruik);
- geneesmiddelen, bestralingsmiddelen.

Ten slotte lijkt het wenselijk ook enige aandacht te vragen voor de financiële en medische informatie- en automatiseringssystemen.

voedingsmiddelen

In de gezondheidszorg worden deze «routinematige» aanschaffingen gedaan door de individuele instellingen dan wel via z.g. centrale/regionale inkooporganisaties (o.a. PCZ) en landelijk door het Rijksinkoopbureau.

Daar de indruk bestaat dat dit redelijk efficiënt gebeurt, is het niet gewenst dat hieraan prioriteit wordt gegeven. Wel verdient het aanbeveling dat zoveel mogelijk wordt gestreefd naar een meer gecoördineerde aanpak van inkopen, hetzij op landelijk dan wel regionaal niveau.

reinigingsmiddelen/sterilisatiefunctie

Naar analogie van de voedingsmiddelen worden ook de reinigingsmiddelen zowel per individuele instelling als via (centrale) inkooporganisaties ingekocht. Een uitzondering hierop vormt de meer gecompliceerde aanschaf van sterilisatie-apparatuur om medische hulpmiddelen te steriliseren. Het kan hier gaan om investeringen in sterilisatie-apparatuur, uitbesteding aan derden, dan wel het aankopen van nieuwe steriele medische middelen. In feite moet men opnieuw uitgaan van de te vervullen functie.

Bij het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (RIV) is hiernaar een onderzoek gaande. Het zou wenselijk zijn bij een dergelijk onderzoek zo snel mogelijk de meermalen genoemde procedure te betrekken. Tevens kunnen hierdoor op korte termijn innoverende elementen worden ingebracht. Daarnaast zijn door een verbeterde sterilisatie directe kostenbesparingen te bereiken als gevolg van minder infecties. Hierdoor daalt het aantal verpleegdagen en wordt tevens de kwaliteit van de zorg verbeterd. Uit onderzoek van het RIV, waarvan onlangs aan de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur verslag werd gedaan, blijkt dat tientallen miljoenen zouden kunnen worden bespaard bij verbetering van de sterilisatiefunctie.

geneesmiddelen

In de intramurale zorg wordt voor vele miljoenen aan geneesmiddelen verstrekt. Deze kosten, die vallen onder de zogenaamde materiële middelen, zijn door de invoering in 1983 van de budgettering in de ziekenhuizen en de richtlijn «materiële middelen» in de overige intramurale instellingen voor het eerst begrensd. Het is voor de inrichtingen door deze begrenzing van groot belang om naast een zorgvuldig toezicht om bovenmatig gebruik van deze middelen te voorkomen (volumecomponent) ook deze middelen zo voordelig mogelijk in te kopen.

Juist in deze branche zijn als gevolg van in het algemeen grote winstmarges aanzienlijke kortingen (bonussen) mogelijk bij een omvangrijke afname. Vraagbundeling ligt dan ook voor de hand. De werkgroep is van mening dat door een gecoördineerde inkoop ook meer invloed op de marktverhoudingen en daarmee op de prijszetting uitgeoefend kan worden. Het advies- en coördinatiecentrum dan wel de stuurgroep kan een adviseerende rol vervullen over de organisatorische vormgeving. Ook het RIB zou hierbij ingeschakeld kunnen worden. Voorts is ter beperking van de kosten van geneesmiddelen in 1982 een z.g. negatieve voorschrijffijst opgesteld, waarop de geneesmiddelen zijn weergegeven die niet voor vergoeding in het kader van de Ziekenfondswet in aanmerking komen. Aan de Ziekenfondsraad is om advies gevraagd om deze lijst ook van toepassing te verklaren voor de intramurale instellingen voor gezondheidszorg.

Tevens worden in de Commissie Betalingen Farmaceutische Hulp van de ZFR, ingesteld naar aanleiding van het advies van de raad dd. 28 februari 1980 inzake «kostenbeheersing geneesmiddelenvoorzieningen» onder meer de mogelijkheden van een landelijk centrale inkoop van geneesmiddelen bestudeerd. Naar verwachting zal de raad eind 1983 zijn advies over een dergelijke inkoopregulering aan de Staatssecretaris van WVC uitbrengen.

medische middelen

De laatste jaren is het gebruik van deze middelen zeer sterk toegenomen. Dit ging gepaard met een enorme kostentoeename in de afgelopen jaren.

Een duidelijk zicht op de in gang zijnde ontwikkelingen is niet voorhanden. Wel kan reeds thans gesteld worden dat vele aanbieders, veelal uit het buitenland, een overvloed aan produkten bij de instellingen aanbieden.

Het zou nader onderzoek verdienen naar de mogelijkheden van het Nederlandse bedrijfsleven om een belangrijke positie op de binnenlandse en internationale markt te gaan innemen.

Voorbeeld: disposable injectiespuiten.

Hier worden bedoeld weggooi-injectiespuiten zonder naalden. Totale omzet in Nederland ca. f 8 mln.; RIB aandeel f 4,4 mln. Vele variëteiten zijn hiervan op de markt, veelal in het buitenland gemaakt. Bij wijze van voorbeeld zijn enkele standaardvolumespuiten hieronder gegeven.

	Gemiddeld	Laagste	Hoogste
		100 000	1000 stuks
1 cc tuberculine/insuline-spuit	27	18	43,50
5 cc	12	5,50	21
50 cc	155	100	277

Dit voorbeeld laat zien welke besparingen bij vraagaggregatie wellicht zijn te bereiken.

Er zijn vermoedelijk vele ziekenhuizen die het aantal van 100 000 stuks bereiken. Een verdere prijsdaling is evenwel bereikbaar bij aankoop van aantallen boven 800 000 à 1 miljoen stuks van hetzelfde fabrikaat. Het aantal leveranciers is ongeveer 50, het aantal importeurs 15; vier buitenlandse fabrikanten voorzien 80% van de markt.

Indien de door de werkgroep aanbevolen procedures zouden worden gevolgd dan zou dit tot het volgende resultaat kunnen leiden:

1. Een zekere produktiestandaardisatie waardoor de te kopen aantallen bij individuele ziekenhuizen kunnen worden geoptimaliseerd.
2. Indien een optimaal aantal niet wordt gehaald bundeling en aankopen via het Rijksinkoopbureau of regionaal bundelen zodat de laagste prijs wordt verkregen.
3. Verdere prijsverlagingen kunnen worden bereikt als het Rijksinkoopbureau vanuit een gebundelde vraag contracten kan afsluiten voor aantallen boven de ca. 1 miljoen stuks voor een fabrikant, met daaraan verbonden centrale opslag c.q. centrale risicofunctie. Dit betekent het afsluiten van vier contracten voor de vier fabrikanten die 80 procent van de markt leveren. In dit geval wordt ook fabricage op eigen specificaties mogelijk. Besparingsmogelijkheid op de f8 mln. omzet: 10 procent of meer.

4. Het verdient nader onderzoek te bezien of door produktstandaardisatie (bij voorbeeld typebeperking tot 10 à 15) het voor ons bedrijfsleven aantrekkelijk wordt om zelf een exportabele produktie ter hand te nemen. Wel zal dan een contract moeten worden afgesloten dat een zekere afname verzekerd is. Het RIB zou op deze wijze, via het centrum voor de instellingen, de vraag kunnen bundelen zodat voor een lagere prijs kan worden ingekocht. En het bedrijfsleven zou hierbij gestimuleerd kunnen worden.

Ook komt het voor bij de medische middelen dat slechts een gering aantal aanbieders een produkt aanbiedt (oligopolistische markt) aan de vele instellingen van gezondheidszorg. Veelal is het dan van belang dat de vraag gebundeld wordt om bepaalde monopolie/oligopolievorming en prijsopdrijving c.q. -afspraken (kartel) te voorkomen.

Voorbeeld: röntgenfilms.

Op de markt van de röntgenfilms zijn slechts een gering aantal aanbieders. Enige jaren terug steeg de prijs van het zilver sterk, de filmprijs steeg belangrijk meer dan op basis van de zilverprijsverhoging gerechtvaardigd was. Toen de zilverprijs sterk daalde was dat niet het geval met die voor films. Toch gingen veel instellingen niet over tot aanschaf van het goedkoopste, min of meer kwalitatief gelijkwaardige produkt, aangezien men gewend is aan een bepaald soort c.q. merk films.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat men voor bepaalde gevallen altijd zal zijn aangewezen op enkele duurdere specialiteiten van bepaalde merken. Deze vormen echter een gering aantal (10 à 15%) van de totale behoefte. Het voormalige Ministerie van Volksgezondheid heeft het Centraal orgaan ziekenhuistarieven begin 1982 doen weten dat men het niet wenselijk achtte dat deze meerkosten op langere termijn in de tarieven zouden worden ingecalculleerd. Ook werd advies gevraagd aan het RIB. Als gekomen kan worden tot een besparingsgericht gebruik en meer gecoördineerde aanpak van de inkoop van röntgenfilms kan zeker ten minste f6 à 7 mln. per jaar worden bespaard. Het moge duidelijk zijn dat de werkgroep er met klem op aandringt dat zo snel mogelijk de omschreven procedures met name voor dit produkt worden geëffectueerd en dat het RIB te zamen met de instellingen voor gezondheidszorg een gecoördineerd inkoopbeleid verwezenlijkt.

energiekosten

De leden van de NZR zijn in 1977 collectief lid geworden van de vereniging Krachtwerktuigen. Deze vereniging controleert nu elke twee jaar de energierekeningen van alle intramurale instellingen en adviseert tevens de instellingen over energiecontracten (prijsstelling). Uit deze constructie blijkt dat reeds optimale aandacht wordt besteed aan de inkoop van energie en dat de kostenbesparingen vooral gezocht moeten worden in de volumesfeer. Uit een klein onderzoek van de NZR – in samenwerking met voornoemde vereniging – komt naar voren dat een gemiddelde besparing van 6% in het verbruik van gas mogelijk is. Dit is te bereiken door investeringen in

energiebesparende apparatuur, waarbij gebruik gemaakt kan worden van de «subsidieregeling beperking energieverbruik in de non-profit-sector». Het blijkt dat de gezondheidszorg tot op heden van deze regeling onvoldoende gebruik heeft gemaakt. Nu de budgettering wordt ingevoegd, lijkt de animo om hiervan gebruik te maken toe te nemen.

Wellicht bestaan ook hier grotere mogelijkheden om goedkopere energiebesparende investeringen «af te dwingen».

Ten overvloede wordt vermeld dat investeringen in energiebesparende maatregelen economisch rendabel dienen te zijn en derhalve uit een oogpunt van exploitatie ten minste budgettair neutrale effecten moeten opleveren.

diensten door derden

Door de gezondheidszorg wordt op velerlei terreinen gebruik gemaakt van de diensten van derden. Dit ligt op het terrein van de administratie, het onderhoud, schoonmaakwerkzaamheden, wasverzorging en sterilisatie.

Het RIB heeft voor overheidsinstellingen niet geringe besparingen weten te bewerkstelligen op het terrein van de schoonmaakwerkzaamheden door het afsluiten van gunstige contracten voor deze instellingen en begeleiding van de instellingen. De werkgroep is van mening dat ook voor de gezondheidszorg mogelijkheden voor besparingen liggen op de kosten van de dienstverlening door derden, met name waar het gaat om catering, tuinonderhoud en reiniging c.q. huur van textiel en kleding.

automatisering

De commissie-Wagner heeft in haar rapportage met name ook gewezen op de ontwikkeling van medische informatie- en automatiseringssystemen en de mogelijkheden van innovatie daarbij met het oog op de ontwikkeling van het bedrijfsleven. In de gezondheidszorg blijkt deze ontwikkeling een zeer gecompliceerd probleem te zijn. In het afgelopen decennium hebben zich op dit terrein veel snel op elkaar volgende ontwikkelingen voorgedaan.

De commerciële markt heeft in deze ontwikkeling een grote rol gespeeld met een zeer divers en uitgebreid aanbod van software en hardware, dat telkens weer door nieuwe ontwikkelingen werd achterhaald of verfijnd, en waarmee de instellingen worden «overspoeld». Binnen de financiële richtlijnen is de instelling autonoom in haar aanschafbeslissing voor automatiseringsapparatuur. Dat hier een zekere wildgroei met de nodige verspilling heeft plaatsgevonden is niet uitgesloten. Evenmin lijkt het mogelijk dat in een aantal gevallen aanzienlijke overcapaciteit bestaat bij aangekochte apparatuur.

Er is een Beleids Adviescollege Automatisering Gezondheidszorg (BAG) geïnstalleerd in 1978, dat de Ministers van WVC, van O en W en van BiZa adviseert over onder andere het beleid ten aanzien van de automatisering in de gezondheidszorg, de financiering en de coördinatie. Voorts beoordeelt het BAG automatiseringsprojecten in de intramurale sector, die in aanmerking komen voor een bijdrage uit het z.g. ontwikkelingsbudget.

Het BAG constateerde al snel dat de samenhang tussen de informatievoorziening in de gezondheidszorg onvoldoende is. Naar aanleiding daarvan heeft het BAG in 1982 een advies uitgebracht over de gewenste samenhang. Daarin wordt onder andere gesteld dat gekomen moet worden tot:

- classificatie
- standaardisatie
- vaststellen van informatiebehoefte
- sturing van de ontwikkeling door middel van wettelijke instrumenten (WZV, WTG).

Al deze geschetste ontwikkelingen verdienen in relatie tot de vraagaggregatie en innovatie zeer zeker de aandacht. De werkgroep heeft gezien de

complexiteit van de materie en de daarmee gepaard gaande lange tijd voor een fundamentele analyse, gemeend slechts op enige aspecten rond deze problematiek kort te moeten ingaan.

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de automatisering van de financiële, personele en medische gegevens zich leent voor het proces van functioneel inkopen om voor de omschreven behoefte zowel de juiste apparatuur – mede in relatie tot personele kosten – als de juiste programmatuur aan te schaffen om te komen tot een uniformering van programma's en apparatuur.

De mogelijkheid van produkt- en apparatuurstandaardisatie alsmede vraagaggregatie acht de werkgroep duidelijk aanwezig. Op deze wijze kan men goedkoper inkopen (en overbodige aanschaffingen voorkomen), kan de afstemming van de informatie verbeterd worden en daardoor goedkoper zijn (thans zijn er vaak vele kosten gemoeid met de aggregatie van gegevens voor landelijke organen) en kan door het Nederlandse bedrijfsleven snel en adequaat op de door de gezondheidszorg gewenste ontwikkeling worden ingesprongen. In deze sector kan naar de mening van de werkgroep het defensieve aankoopbeleid op basis van duidelijk omschreven informatiebehoefte zowel van de instellingen zelf, de financiers, als van de landelijke en provinciale/lokale overheden en de advies- en tarieforganen worden omgezet in een «offensief» aankoopbeleid.

Met name de invoering van de budgettering in de intramurale instellingen vraagt ook voor de inrichtingen een duidelijke vaststelling van de benodigde interne informatie, zowel met het oog op de «verantwoordingscentra» als op het vroegtijdig signaleren van budgetoverschrijdingen. In dit verband dient gelet op de stroomlijning (uniforme codificatie) en aggregatie van gegevens ook het SIG (Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg) door de stichting c.q. stuurgroep bij de werkzaamheden te worden betrokken. In dit kader kan op basis van functionele bedrijfsrekening tot een betere vergelijking van de bedrijfs/instillingskosten worden gekomen.

Hoewel de werkgroep beseft dat de onderhavige problematiek zeer gecompliceerd is, meent zij dat aan de bovenomschreven ontwikkelingen grote aandacht besteed zal moeten worden door het centrum dan wel de stuurgroep om functioneel inkopen en vraagaggregatie daadwerkelijk te bereiken.

Inventarisatie inkoopproblemen

Uiteraard zijn er nog vele verschillende problemen denkbaar. Het is dan ook in het belang van de instellingen voor gezondheidszorg dat zij hun inkoopproblemen inventariseren en kenbaar maken aan het centrum dan wel de stuurgroep om gezamenlijk te komen tot de noodzakelijke aanschaffingen tegen een zo laag mogelijke prijs, dan wel dat nieuwe produkten ontwikkeld worden, die geconstateerde problemen (allergieën e.d.) voorkomen. Van geval tot geval zal moeten worden bezien of ook gecoördineerde inkoop noodzakelijk dan wel wenselijk is en hoe daarbij het Nederlandse bedrijfsleven kan worden betrokken.

Samenstelling van de werkgroep

E. P. D. Boer (voorzitter)
 drs. G. H. A. Jurry (voorzitter)
 drs. L. S. J. Andringa
 ing. Y. van de Bijl
 drs. L. van Veen
 ir. J. E. de Visser
 mevrouw A. Rot, arts

drs. J. P. Kieboom
 mr. J. W. M. van Gent
 A. J. M. Smits

J. P. Moen
 luitenant-kolonel A. Rens
 drs. J. J. Onnes
 drs. N. van Aken
 K. Reijnhoudt
 drs. D. Blanken

drs. G. H. J. Huffmeijer

drs. A. Wagenaar

drs. W. van Dijk (secretaris)
 drs. F. I. P. Bader (secretaris)

- Ministerie van WVC
- Ministerie van Financiën
- Rijksinkoopbureau
- Rijksinkoopbureau
- Ministerie van WVC
- Ministerie van WVC
- Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid
- Ministerie van Algemene Zaken
- Ministerie van Economische Zaken
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
- Ministerie van Landbouw en Visserij
- Ministerie van Defensie
- Nationale Ziekenhuisraad
- Nationale Ziekenhuisraad
- Nationale Ziekenhuisraad
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
- Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
- Ministerie van WVC
- Ministerie van Financiën
- Centraal Secretariaat Heroverweging

Aan het secretariaat van de Werkgroep Aanschaffingsbeleid
Gezondheidszorg

Utrecht, 11 april 1983

Geachte heer Van Dijk,

In aansluiting op het onderhoud dat op 3 maart 1983 heeft plaatsgevonden tussen het secretariaat van de Werkgroep Aanschaffingsbeleid Gezondheidszorg en de NZR-delegatie in de werkgroep, alsmede naar aanleiding van het besprokene op de laatste bijeenkomst van de werkgroep op 25 maart 1982, wil ik u het volgende meedelen.

Na ampel intern beraad blijft de NZR-delegatie in de WAG van mening dat zij de opvattingen zoals die zijn verwoord in het concept van hoofdstuk 7 van het eindrapport van de WAG, niet kan onderschrijven.

De materie, die in het rapport van de WAG aan de orde wordt gesteld, laat zich in twee hoofdelementen onderscheiden:

- a. het verbeteren van het inkoopproces van de instellingen voor gezondheidszorg;
- b. een zodanige organisatie van het inkoopproces op macro-niveau dat hiermee een innoverende stimulans kan worden gegeven aan het Nederlandse bedrijfsleven.

Voorgesteld wordt een breed samengestelde stichting te vormen die tot doel krijgt, enerzijds bij te dragen aan een structurele innoverende markt-oriëntatie van de gezondheidszorg, anderzijds individuele instellingen te ondersteunen bij een optimale aanschaf van in het bijzonder medische apparatuur. Het uitvoerende bureau van deze stichting zou moeten worden ondergebracht bij het Nationaal Ziekenhuis Instituut.

De NZR heeft in een tweetal notities aan de werkgroep kenbaar gemaakt welke opvattingen er ten aanzien van deze materie in de bestuurlijke kaders van de NZR leven. De nadruk is daarbij onzerzijds gelegd op het uitbouwen van reeds bestaande functies, het vermijden van de oprichting van nieuwe kostbare instituten en het aansluiten bij de adviesfunctie die met betrekking tot een veelheid van verwante onderwerpen in het NZI reeds sinds jaar en dag wordt uitgeoefend.

Het heeft ons ten zeerste verbaasd dat in het concept-eindrapport van de werkgroep geen aandacht wordt geschonken aan de positie en de mogelijkheden van het MFI-TNO, dat zich – zoals bekend mag worden verondersteld – momenteel in een fase van reorganisatie bevindt. Het zou verstandig zijn om, alvorens uitgebreide nieuwe constructies te overwegen, nader vast te stellen welke ervaringen bij het MFI-TNO op dit gebied zijn opgedaan. Een van de bezwaren van de NZR tegen de beoogde stichting is dat het werkerrein dermate breed is opgezet, dat een kostbaar uitvoerend apparaat onvermijdelijk lijkt, immers de geschetste taken zijn dermate specialistisch dat niet kan worden volstaan met het op vrijwillige basis samenbrengen van deskundigheid. Tevens ligt naar onze mening te sterk het accent op de medische apparatuur. Op dit gebied achten wij een standaardisatie van medische functies ten einde daarna tot vraagaggregatie te komen nauwelijks haalbaar of doelmatig.

Het lijkt in dit verband tevens van belang om te evalueren wat de rol van het Nederlands Normalisatie Instituut kan zijn dat zich reeds geruime tijd bezighoudt met standaards, ook op het gebied van de gezondheidszorg.

Overigens blijkt dat ook in andere sectoren in de praktijk weinig vorderingen zijn gemaakt met vraagaggregaties. Met name valt op dat de verschillende overheden op dit gebied weinig vorderingen hebben gemaakt, ondanks het feit dat het gaat om minder gecompliceerde goederen en directere beïnvloedingsmogelijkheden in organisatorisch opzicht. In dit verband zij voorts opgemerkt dat de in het rapport voorgestelde standaard-

disatie en vraagaggregatie onvermijdelijk een verdere uitbreiding van de toch al omvangrijke regelgeving in de gezondheidszorg impliceert, hetgeen naar de mening van de NZR niet strookt met het huidige streven naar deregulering.

Met betrekking tot de stimulering van de rol van het Nederlandse bedrijfsleven lijkt het ons van belang om kennis te nemen van recente studies die onder andere in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken over dat onderwerp zijn verschenen. Uit die studies komt het beeld naar voren van een zeer klein aandeel van Nederlandse bedrijven in de Nederlandse Gezondheidszorgmarkt ($\pm 10\%$). Tevens blijkt uit deze studies dat deze bedrijfstak zelf op bepaalde punten duidelijk tekortschiet namelijk op het terrein van de marktverkenning en -bewerking en op het gebied van wezenlijke produktvernieuwing. Daartegenover staat dat in Nederland van overheidswege relatief veel geld wordt besteed aan research en onderzoek op het gebied van de gezondheidstechniek, met name ook in de Technische Hogescholen.

Uit bovenaangehaalde studie blijkt echter dat het contact tussen bedrijfsleven en onderzoeksinstituten uiterst summier is.

Versterking van de positie van de Nederlandse bedrijven moet naar onze mening in de eerste plaats komen van een meer concurrentiële opstelling op de markt en van een veel betere benutting van de in ons land beschikbare know-how. Tot elke prijs moet worden voorkomen dat kunstmatige bevoordeling van het Nederlandse bedrijfsleven in bepaalde procedures wordt ingebouwd. Daarmee is noch het belang van de gezondheidszorg, noch van de bedrijven gediend.

De NZR rekent het mede tot zijn taak om te bevorderen dat betere faciliteiten tot stand komen waardoor het aankoopproces in de instellingen verder kan worden geprofessionaliseerd. Daarbij geven wij de voorkeur aan minder formele structuren dan in het eindrapport van de werkgroep aangegeven. In dit verband is de NZR voornemens om in samenwerking met het NZI en de Nederlandse Vereniging van Inkopers in de Gezondheidszorg (NVIG) een onderzoek te verrichten naar een doelmatiger organisatie van het inkoopproces. Voorts is het NZI voornemens om zijn inspanningen op het gebied van de advisering inzake medische apparatuur te intensiveren. Daarbij wordt met name gedacht aan een gecoördineerde bundeling van bestaande know-how in de grotere instellingen, waarbij samenwerking zal worden nagestreefd met activiteiten van TNO en zo mogelijk het RIB.

Een en ander heeft de NZR-delegatie doen besluiten niet in te stemmen met de aanbevelingen zoals die zijn verwoord in hoofdstuk 7 van het eindrapport van de werkgroep. Wij verzoeken u dit schrijven met bijgevoegde notities als minderheidsstandpunt van de NZR-delegatie in het eindrapport op te nemen.

Hoogachtend,
J. J. Onnes,
hoofd beleidsafdeling Economische Zaken

NZR-nota inzake Adviescentrum Medische Apparatuur

1. Inleiding

De sectie Ziekenhuizen van de NZR heeft in mei 1982 een werkgroep doen instellen. De opdracht aan deze ad hoc-werkgroep luidde: mede in het licht van recente ontwikkelingen en naar aanleiding van een in de algemene ledenvergadering ingebrachte gedachte om een nationaal Adviescentrum Medische Apparatuur op te richten, te adviseren over de wenselijkheid, mogelijke taken en organisatorische inbedding van een dergelijk centrum.

2. Probleemstelling

Recent heeft in Nederland op nationaal niveau een aantal ontwikkelingen plaatsgevonden, die een nadere bezinning op het medisch instrumentariumbeleid van instellingen in de gezondheidszorg noodzakelijk maken. Deze ontwikkelingen kunnen als volgt worden samengevat:

1. De overheid heeft haar traditionele handelwijze, namelijk om beleidsvorming op instrumentariumgebied over te laten aan het veld, gewijzigd en een tweetal stuurmechanismen gecreëerd, respectievelijk versterkt:

a. het aantal zogenaamde artikel 18-(WZV)-voorzieningen, waarop een vergunningstelsel van toepassing is, zal binnenkort mogelijk van 4 op 11 worden gebracht. Verdere uitbreiding van de werkingssfeer van artikel 18 moet niet uitgesloten worden geacht;

b. via de normering van de afschrijvingen voor medische en overige inventarissen wordt op nationale schaal met jaarlijks aan vervangings- en uitbreidingsinvesteringen te besteden totaal bedrag vastgesteld. Onlangs is van overheidswege, onder druk van de door het Ministerie van Financiën opgelegde bezuinigingen, ingebroken in de in 1981 gemaakte afspraken voor 1981–1983, door goedkeuring aan de toen vastgestelde richtlijn voor de norm afschrijving inventarissen te onthouden en voor te stellen om voor 1983 slechts een «trendmatige» verhoging toe te staan.

Los van de discussie rond het gehanteerde normeringssysteem kan worden gesteld, dat door deze maatregel de gehele sector gedwongen zal worden om zijn beleid aan te passen op het gebied van aanschaf, beheer en gebruik van in het bijzonder medische apparatuur en instrumentarium.

2. De ziekenfondsen hebben hun aandacht, behalve op beheersing van exploitatiekosten van instellingen, ook gericht op de investeringen in medische produktiemiddelen en het benutten daarvan met het oog op de daaruit voortvloeiende kosten van verrichtingen.

Door het bereikte compromis tussen VNZ en NZR is verdere druk ontstaan tot rationalisatie van het instrumentariumbeleid.

3. De ontwikkelingen op medisch-technisch gebied hebben in de laatste 15 jaar een grote vlucht genomen. Een afgewogen organisatorische inbedding van de medisch-technische functie in het ziekenhuisproces heeft daarmee niet altijd gelijke tred kunnen houden. Academische en grotere algemene ziekenhuizen hebben inmiddels een infrastructuur gecreëerd, ten einde verantwoord te werken met deze voorzieningen door kennis in huis te halen dan wel zelf mensen op te leiden.

Het management van de instellingen staat voor steeds complexere beslissingen op instrumentariumgebied. Daarbij ontbreekt het nog dikwijls

aan de noodzakelijke kennis om verantwoord beleid te ontwikkelen voor aanschaf, beheer en benutting van medische apparatuur. Dit begint al met de technische facetten van het omgaan met die apparatuur. De aanwezigheid van instrumentatietechnici en klinisch fysici wordt in de perifere ziekenhuizen nog niet altijd verantwoord geacht, alhoewel men in grotere instellingen de waarde van deze functionarissen voor een verantwoorde kwaliteit van dienstverlening, maar ook voor rationalisatie daarvan onderschrijft.

Via regionale samenwerking kunnen in de toekomst mogelijkheden worden gecreëerd om op economisch verantwoorde wijze, de noodzakelijke kennis voor het formuleren van instrumentariumbeleid dichter bij het lokale niveau te brengen.

De NZR had mede in dit licht in 1981 het voornemen om in zijn prioriteitenstelling op nationaal niveau rekening te houden met de financiering van een richtlijn klinische fysica. Dit is tot nu toe niet mogelijk gebleken.

4. Voor wat betreft de technische aspecten van het instrumentariumbeleid speelt op nationaal niveau het Medisch Fysisch Instituut TNO (MFI) een belangrijke rol.

Daar door een dreigende reorganisatie binnen TNO ook de financiële bodem onder deze activiteiten dreigt weg te vallen, heeft het MFI, via het NZI, dat thans vergelijkend onderzoek van medische apparatuur financiert, zich tot de NZR gewend met een verzoek tot herformulering van de daar uitbestede taken en de daarbij behorende financiering. Een verdere discussie over dit punt zal plaatsvinden na het bestuderen van het onderhavige advies.

3. Historische ontwikkelingen op het gebied van instrumentatiebeoordeling

De academische ziekenhuizen vervullen voor wat betreft het testen van nieuwe medische ontwikkelingen zoals apparatuur, van oudsher een voortrekkersrol in Nederland. Parallel aan de medisch-technische ontwikkelingen van de jaren '70 zijn in sommige grote algemene ziekenhuizen speciale instrumentatiediensten ontstaan, die behalve een onderhoudstaak ook een beheer- en adviestaak toebedeeld hebben gekregen, vooral wat betreft investeringen in medische apparatuur. In enkele ziekenhuizen zijn multi-disciplinaire apparatuurinvesteringscommissies ontstaan om de lokale kennis te bundelen.

In 1971 ontstond de WLBAZ (Werkgroep Instrumentatie Beoordeling Academische Ziekenhuizen) om de inspanning op het gebied van het beoordelen van nieuwe apparatuur te coördineren. Het resultaat was aanvankelijk gericht op de academische centra zelf.

In de loop van de jaren is de methodiek verbeterd, werden toetsingscriteria ontwikkeld en werkafspraken gemaakt en konden de resultaten van deze testen openbaar worden gemaakt. Apparaten worden beoordeeld wanneer een academisch ziekenhuis overweegt dat bepaalde apparatuur aan te schaffen.

Op het ogenblik verschijnen \pm 20 beoordelingsrapporten per jaar. De druk op de beschikbare mankracht neemt ook in deze centra toe, hetgeen tot vermindering van de activiteiten van WIBAZ op dit gebied dreigt te leiden.

Kennisoverdracht van de academische ziekenhuizen naar de algemene ziekenhuizen, in het bijzonder de kleinere, bleek een proces te zijn dat veel aandacht vroeg en nog steeds vraagt. Kleinere ziekenhuizen hebben andere werkomstandigheden en daardoor andere behoeften dan academische. In het bijzonder speelt daarbij een rol dat gespecialiseerde technische beroepsbeoefenaars, zo ze al in deze ziekenhuizen aanwezig zijn, het beslissingsproces in veel mindere mate kunnen beïnvloeden.

Op initiatief van de WIBAZ is, om deze kloof te helpen overbruggen, enkele jaren geleden de werkgroep Coördinatie Instrument Beoordeling Ziekenhuizen (CIBZ) opgericht met het doel kennis over technische beoordeling van apparatuur ook naar algemene ziekenhuizen te verspreiden. Het

secretariaat van CIBZ berust bij het NZI. Hierin participeren WIBAZ, MFI, NZI, NVZT¹, VZE¹, NVKF¹ en KEMA. Deze groep fungeert steeds vaker als referentie- en kennisontwikkelingspunt voor het apparaatbeleid, in het bijzonder voor de technische disciplines in de ziekenhuiswereld. Als centraal punt voor die kennisoverdracht fungeert voor het technisch adviserende deel sinds ongeveer een jaar het Adviescentrum Medische Technologie (AMT) van het MFI.

Alvorens op de werkzaamheden van het AMT in te gaan worden onderstaand eerst de ontwikkelingen bij TNO, in het bijzonder TNO/MFI, op het gebied van de medische technologie beschreven.

Het MFI was georiënteerd op speur- en ontwikkelingswerk op bovengenoemd gebied. In de laatste jaren is binnen het instituut een groep activiteiten ontstaan gericht op het testen van apparatuur, vanwege de daar opgebouwde technische expertise. In samenwerking met het NZI werd het concept van vergelijkende tests van alle op peildatum op de markt zijnde apparatuur ontwikkeld en door het MFI in technisch opzicht uitgewerkt. Het NZI was opdrachtgever voor deze tests en bepaalde de prioriteiten door middel van enquêtes in het veld en met behulp van een prioriteitenstellingscommissie. De gemiddelde frequentie bedroeg ongeveer twee vergelijkende tests (van meerdere apparaten per test) per jaar. Er wordt getest op technische uitvoering, veiligheid, functionaliteit, onderhoudsvriendelijkheid en de zogenaamde gebruikswaarde, welke laatste een samengestelde index is die wordt opgesteld door technici en gebruikers.

Het blijkt in de praktijk zeer arbeidsintensief te zijn om apparatuur op deze manier te testen, mede door de fundamentele wetenschappelijke en technische problemen rond de juiste testopstelling. De MFI-rapporten zijn dan ook behalve testrapporten tamelijk diepgaande technische verhandelingen over de geteste apparatuur. De actualiteit van deze informatie werd in de laatste jaren steeds problematischer. Behalve aanvullingsrapporten zijn recent ook verkorte testprocedures ontwikkeld om meer onderwerpen per tijds- en geldeenheid te kunnen behandelen. Mogelijkheden om meer aansluiting bij het medisch nut van de apparatuur te vinden worden onderzocht. Actieve kennisoverdracht betreffende testen en evalueren van apparatuur wordt nagestreefd door het organiseren van workshops, trainingen en symposia (onder andere naar aanleiding van nieuw verschenen testrapporten).

Bij het NZI is een project in voorbereiding om aan de bestaande (en versnelde) MFI-test een zogenaamde «Economische paragraaf» te verbinden.

Daarnaast zijn beleidsonderbouwende onderzoeken op het gebied van aanschaf en beheer van apparatuur en van evaluatiemethoden van de economische aspecten van de medische technologie gestart.

Enkele jaren geleden bleek het MFI «oude stijl» voor de Raad van Bestuur van TNO niet in die vorm te handhaven. Een herstructureringscommissie, samengesteld uit verschillende «klantgroeperingen» van TNO en experts uit het veld, bracht in het voorjaar van 1981 een rapport uit.²

Mede door financiële steun van het NZI werd in diezelfde periode het AMT opgericht. Een juiste inbedding daarvan in een «technisch» milieu leek op dat moment van belang en het MFI kon dit bij uitstek bieden. De technische ziekenhuisgemeenschap is het AMT steeds meer gaan zien als een referentiepunt voor technische informatie. Tevens worden in het bijzonder de marktoverzichten en adviezen over prijzen ook bij ziekenhuisinkopers steeds bekender. Het AMT beschikt over buitenlandse rapporten en contacten op internationaal niveau.

4. De beoordeling van het medisch nut van apparatuur

In discussies over de problematiek van het medisch instrumentarium duikt terecht steeds vaker de vraag op naar de effectiviteit en de veiligheid voor de patiënt en het nut en de doelmatigheid van een bepaalde behandelingsmethode, apparaat of voorziening.

¹ NVZT: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuistechnici.

VZE: Vereniging van Ziekenhuistechnici.

NVKF: Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica.

² Eindrapport van de Commissie Taakstelling MFI-TNO, Utrecht, februari 1981.

De beschikbare kennis en methoden op dit gebied zijn bij de huidige stand der wetenschap nog beslist mager te noemen. De beoordeling van apparatuur en voorzieningen blijft verre achter bij de beoordeling van geneesmiddelen,

In de VS, die op dit gebied vooroplopen, worden drie benaderingen toegepast:

1. de Food and Drug Administration (FDA) heeft alle apparatuur en hulpmiddelen in drie gevarenklassen ingedeeld. Voor de hoogste gevarenklasse, namelijk de voor de patiënt meest belastende apparatuur, zal de fabrikant in de toekomst worden verplicht een bewijs te leveren van effectiviteit;

2. het Office of Technology Assessment, een adviesorgaan van het parlement, heeft, in samenwerking met de National Institute of Health (coördinatiepunt voor alle biomedische research in de VS) een methode ontwikkeld voor een systematische totaalbeoordeling van medische technologie. De uitslag van dit type beoordeling wordt onder andere gebruikt als basis voor opname in het verstrekkingspakket van nationale ziektekostenverzekeringen (Medicare en Medicaid);

3. voor toetsing op lokaal niveau zijn mechanismen als «PSRO»³ en «utilization review» ontwikkeld, waarbij binnen een ziekenhuis criteria voor doelmatigheid en doeltreffend gebruik van voorzieningen worden ontwikkeld en gehanteerd. De PSRO's hebben ook een regionale en nationale dimensie, maar hebben in de VS (nog) niet voldaan.

In Nederland zijn op dit gebied enkele, vaak nog in embryonaal stadium verkerende activiteiten waar te nemen:

- het CBO dat nu al bijna twee jaar de ontwikkeling van «medical audit» in de Nederlandse ziekenhuizen begeleidt;
- het experiment Toetsing Aangewende Middelen dat bij het NZI in opdracht van de NZR dit najaar start;
- bij de Gezondheidsraad en het NZI worden in samenwerking met de WHO, regio Europa, studies verricht op het gebied van Medical Technology Assessment;
- het stafbureau beleidsontwikkeling van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft dit voorjaar een werkgroep in het leven geroepen, die zich bezighoudt met effectiviteitsstudies in de gezondheidszorg;
- in het Academisch Ziekenhuis Leiden is onlangs een experiment ter beperking van «onnodige diagnostiek» gestart.

Ondanks de veelheid van aanknopingspunten is de praktische kennis om de hiervoor genoemde ontwikkelingen te gebruiken nog te gering om breed toegepast te worden. Naast voortdurende aandacht voor methodologisch onderzoek op dit gebied zullen voorlopig pragmatische benaderingen moeten worden gevolgd die optimaal gebruik maken van de reeds bestaande kennis. Om deze kennis toegankelijk te maken voor het instellingsmanagement zal enerzijds informatieverstrekking door een daartoe speciaal te creëren adviescentrum een rol kunnen spelen; anderzijds zal ook op lokaal niveau kennis moeten worden opgebouwd.

Het verdient aanbeveling deze kennis in te brengen in multidisciplinair samengestelde investeringscommissies. Een op deze wijze tot stand te brengen apparatuurbeleid zal in de toekomst onderdeel kunnen vormen van een medisch werkplan, waartoe op sommige plaatsen al aanzetten worden gegeven. Methoden voor de objectieve onderbouwing van behoeften aan bepaalde voorzieningen verkeren ook nog in het ontwikkelingsstadium. Ook hiervoor zullen in afwachting van verder onderzoek pragmatische methoden en schattingen moeten worden gebruikt.

³ PSRO: Professional Standards Review Organisation.

5. De rol van de overheid bij het instrumentariumbeleid ten behoeve van de gezondheidszorg

Tot voor kort was deze rol gering en voornamelijk gericht op kwaliteitsbewaking. De Wet op de Medische Hulpmiddelen biedt in theorie hiervoor een handvat, maar is in de praktijk, op één uitzondering na, nooit gebruikt. Stafleden van de Geneeskundige Hoofdinspectie hebben geparticipeerd in de *herstructureringscommissie MFI*. Deze heeft gesuggereerd om het MFI een rol te geven bij kwaliteitsbewaking en veiligheid van medische apparatuur. In antwoord op kamervragen op het gebied van veiligheid van apparatuur is wel gewezen op de rol van het MFI in dezen.

Voorstellen voor algemene maatregelen van bestuur op het gebied van apparatuur, nu nog in het adviescircuit, duiden op groeiende «regelbehoefte» bij de overheid. Daarnaast geven twee directe sturingsmaatregelen, te weten de normering van de afschrijvingen voor medische en overige inventaris en het vergunningplichtig maken van een aantal «dure voorzieningen» in het kader van artikel 18 WZV, de noodzaak aan om op het operationele niveau systematisch te werken aan rendementsverbeterende strategieën voor investeringen in medische apparatuur.

Onlangs is onder auspiciën van het Ministerie van Financiën de Werkgroep Aanschaffingsbeleid Gezondheidszorg opgericht. Deze groep heeft tot taak, in het kader van de heroverweging van collectieve uitgaven, het aanschaffingsbeleid in de gezondheidszorg te evalueren en voorstellen tot verbetering daarvan te doen, zodanig dat aanzienlijke besparingen kunnen worden gerealiseerd. Men denkt hierbij met name aan het Rijksinkoopbureau. Het RIB is thans doende zich te bemannen met technisch-commerciële medewerkers ten behoeve van de aankoop van medische apparatuur.

6. De rol van de ziekenfondsen

De ziekenfondsen hebben, in het recente verleden, getoond belangstelling te hebben voor rationalisatie op het gebied van de medische technologie. Dit bleek in het bijzonder in het overleg over de modelovereenkomst tussen VNZ en NZR. Ziekenfondsen hebben op dit moment geen deskundigheid op medisch-technisch gebied in huis. Het moet niet onwaarschijnlijk en wellicht wenselijk worden geacht dat ook ziekenfondsen van de diensten van een objectief adviescentrum gebruik zullen maken.

Voor de ziekenhuizen en ziekenfondsen kan in individuele gevallen in het licht van de afspraken in de (model)overeenkomst een onafhankelijk deskundig advies een belangrijke steun vormen bij verantwoorde beleidsvorming inzake investeringsbeslissingen in medische apparatuur en voorzieningen.

7. Potentiële taken van een toekomstig centrum

7.1. Doelstelling van een mogelijk toekomstig «Adviescentrum Medische Apparatuur»

Deze doelstelling zou als volgt kunnen luiden: «Het leveren van een bijdrage tot *rationalisatie* van het gebruik van medische apparatuur in Nederland door het verlenen van ter zake kundige adviezen op medisch, technisch, economisch en organisatorisch gebied ter ondersteuning van aankoop, beheer en benutting van deze apparatuur door instellingen in de gezondheidszorg».

Het centrum zou als een duidelijk herkenbare «kennisdraaischijf» moeten fungeren voor alle partijen die bij beslissingen over aankoop en beheer van medische apparatuur een rol spelen. Het ondersteunt, op verzoek, het instellingsmanagement, (regionale) samenwerkingsverbanden en eventuele andere geïnteresseerde partijen zoals ziekenfondsen en de overheid bij hun besluitvorming op dit gebied. De beslissingsbevoegdheid blijft daarbij uiteraard bij het instellingsmanagement c.q. bij andere cliënten van het centrum.

Nadrukkelijk wordt erop gewezen dat zowel voor de besluitvormingsfase, de aanschaf, als voor de implementatiefase lokaal deskundigheid nodig is. Dit dient voor het optimaal interpreteren van specifieke eisen die voortvloeien uit de lokale situatie en omstandigheden.

Voor een economisch verantwoorde inpassing van deze deskundigheid in het lokale besluitvormingsproces zal in veel gevallen een vorm van samenwerking binnen de regio noodzakelijk zijn. Dergelijke samenwerkingsvormen sluiten overigens aan bij datgene, wat in de «modelovereenkomst ziekenhuis-ziekenfonds» wordt geregeld omtrent regionale afstemming van aanschaffing en gebruik van medische apparatuur.

Het adviescentrum zou de in academische en perifere ziekenhuizen opgebouwde deskundigheid kunnen versterken door afzonderlijke ervaringen te bundelen en te coördineren, een proces dat op beperkte schaal reeds in gang is gezet door de werkgroepen WIBAZ en CIBZ. Tevens kunnen vanuit een centraal punt formele relaties worden gelegd met onderzoeksinstituten en leveranciers. Enerzijds zullen deze informatie over nieuwe ontwikkelingen aan het adviescentrum kunnen verstrekken; anderzijds kan het adviescentrum aan onderzoeksinstituten en leveranciers impulsen geven om ontwikkelingen af te stemmen op behoeften. Verantwoorde evaluatie hiervan en optimale informatieverspreiding kunnen dan worden verzorgd.

Via dit centrum kan ook kennis bij andere nationale instellingen, bij voorbeeld het RIB, worden aangeboord en kan de technische dienstverlening van het MFI optimaal worden geïntegreerd met economische/organisatorische elementen (NZI). Ook zal een verbinding kunnen worden gezocht met de, in Nederland nog schaarse deskundigen op het gebied van de medische effectiviteit van voorzieningen.

Tot op heden hebben de technische elementen en kwaliteitsaspecten een overheersende rol gespeeld bij het beoordelen van instrumentariumprojecten in ziekenhuizen. Daarbij is een hoeveelheid kennis, voornamelijk van technische aard, opgebouwd die thans weer naar het veld toevloeit via het AMT (MFI), de werkgroep CIBZ en de WIBAZ.

In de kennisbehoefte van het veld kunnen we twee verschuivingen waarnemen, waarop het adviescentrum zou dienen in te spelen:

- er ontstaat een verschuiving in de technische kennis die noodzakelijk is voor goed instrumentariumbeheer, namelijk naar onderwerpen als onderhoud(sbeheersing) en organisatie van het medisch-technisch gebeuren in ziekenhuizen;
- er ontstaat een inzicht dat behalve technische kwaliteit van apparatuur andere elementen een rol spelen bij het bepalen van het nut van medische technologie, namelijk:
 - a. het aanwezig zijn van een reële vraag naar deze gespecialiseerde diensten (juiste indicatiestelling).
 - b. medische effectiviteit en veiligheid van de ingrepen gebaseerd op of gerelateerd aan het gebruik van apparatuur;
 - c. planning (binnen de regio) van de aanschaf en afstemming van het gebruik van apparatuur.

7.2. *Potentiële taken van een adviescentrum*

1. Het adviseren van en/of coördineren van onderzoek bij instellingen, regio's, financiers en overheid op regelmatige of incidentele basis (op afroep) over:

- a. «best buy» binnen de individuele beperkingen;
- b. prioriteitselectie bij beperkt budget;
- c. problematiek van aankoopcontracten en onderhoudscontracten;
- d. vereiste ruimtelijke en installatievoorzieningen (en kosten);
- e. de exploitatieconsequenties van investeringen

- onderhoud;
- verbruiksgoederen;
- de behoefte aan «geschoold» personeel;
- f. onderhoudsbeheersing (technisch, financieel, organisatorisch);
- g. investeringsplanning op middellange termijn;
- h. standaardisatie en normalisatie van niet kritische, veel voorkomende apparatuur en hulpmiddelen;
- i. coördinatie van de advisering op het gebied van veiligheid in ziekenhuizen;

2. uitbrengen van adviezen over het medisch juiste gebruik van apparatuur, in relatie tot een objectieve behoefte aan regionale spreiding van voorzieningen;

3. het opzetten en actueel houden van een adequaat gegevensbestand met technische, medische en bedrijfseconomische gegevens over apparatuur en hulpmiddelen.

Hierbij moet in eerste instantie ook worden gedacht aan een coördinerende rol naar bestaande en bij onderzoeksinstituten op te bouwen gegevensbestanden met respectievelijk technische, medische en economische gegevens over afzonderlijke apparatuur en hulpmiddelen. Daarbij zal nader moeten worden gezien of het uitvoerbaar en nuttig is in het gegevensbestand van het centrum ook gegevens van reeds geïnstalleerde apparatuur in ziekenhuizen op te nemen;

4. het coördineren c.q. doen uitvoeren van een onafhankelijke analyse van fabrikantgegevens over kwaliteit en prijs van de in de handel gebrachte medische apparatuur, eventueel aangevuld met technische beproeving, klinische tests en bedrijfskundig/economische analyses;

5. coördinatiepunt voor technische ondersteuningsfuncties binnen de ziekenhuiswereld, zoals:

- training in testen van apparatuur;
- training in onderhoud van apparatuur.

8. Organisatorische inbedding van een onafhankelijk adviescentrum voor medische apparatuur

Voor een effectief medisch instrumentariumbeleid op nationale schaal is het zaak een juiste balans te vinden in de allocatie van de (schaarse) middelen. Daarbij is enerzijds van belang dat op lokaal niveau kennis beschikbaar komt om adequaat te kunnen inspelen op specifieke lokale gegevens; hiervoor is financiële ruimte nodig, in de vorm van richtlijnverruiming. Anderzijds zal een aantal ondersteunende activiteiten ten behoeve van lokale deskundigen en het management, om pragmatische redenen (het voorkomen van onnodige duplicatie) op een landelijk punt moeten worden geconcentreerd.

In het licht hiervan acht het sectiebestuur het niet noodzakelijk, ja zelfs onwenselijk, een groot centraal instituut te creëren voor toegepast onderzoek en advisering op medisch-technisch gebied. Dit vanwege de kostbare personele bezetting van een dergelijk centrum.

Bij een opzet op een bescheiden schaal, waarvan het sectiebestuur voorstander is, zullen dus vele taken moeten worden uitbesteed aan bestaande gespecialiseerde instituten, instellingen van gezondheidszorg en wetenschappelijk onderwijs. Op deze manier wordt optimaal gebruik gemaakt van reeds aanwezige kennis en voorzieningen en worden doublures voorkomen.

Bij de vormgeving van een organisatorische structuur van een onafhankelijk adviescentrum voor medische apparatuur kunnen de volgende uitgangspunten c.q. randvoorwaarden worden gehanteerd:

a. het centrum moet toegankelijk zijn voor wat betreft zijn adviesfunctie voor zowel instellingen voor gezondheidszorg als voor financiers en overheid. Dit vereist enerzijds dat het centrum een onafhankelijke positie inneemt; anderzijds dat het centrum voldoende binding heeft met de betrokkenen bij de besluitvorming ten aanzien van instrumentatie in de intramurale gezondheidszorg;

b. het centrum dient beperkt van opzet te zijn. Bestaande faciliteiten en deskundigheden moeten optimaal worden benut. Dit vereist dat het centrum intensieve werkrelaties moet onderhouden met deskundigen op het gebied van de organisatorische, economische, technische en juridische aspecten van de instrumentatie;

c. een aantal groeperingen, in casu instellingen voor intramurale gezondheidszorg, ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars en de overheid moet het adviescentrum in zijn functioneren kunnen begeleiden.

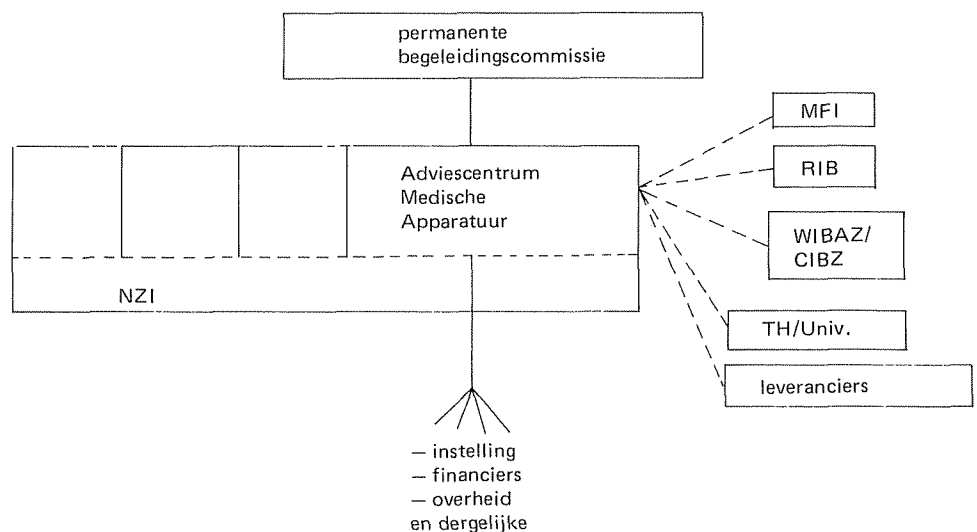
Het centrum, dat qua personele bezetting beperkt van opzet kan zijn, heeft als primaire functie het verzamelen, ontsluiten, en op verzoek ter beschikking stellen van informatie en documentatie en voorts het coördineren van activiteiten van uitvoerende aard die het uitbesteedt aan derden.

Het centrum wordt begeleid door een permanente begeleidingscommissie, waarin vertegenwoordigd zijn:

- de instellingen voor intramurale gezondheidszorg, middels de NZR;
- de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, middels de VNZ, de KLOZ en de KPZ;
- de overheid middels het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen;
- de KNMG.

Gelet op bovenstaande uitgangspunten c.q. randvoorwaarden kiest het sectiebestuur voor de volgende organisatiestructuur:

het adviescentrum maakt deel uit van het Nationaal Ziekenhuisinstituut, dat hiervoor aanvullende middelen beschikbaar krijgt. Aan het adviescentrum wordt een permanente begeleidingscommissie toegevoegd, samengesteld zoals hierboven aangeduid. Het adviescentrum rapporteert inhoudelijk aan de begeleidingscommissie, die ook het activiteitenprogramma vaststelt en adviseert over het budget voor opdrachten aan derden. Het centrum wordt organisatorisch ingepast in het NZI en krijgt daarin een herkenbare plaats en zal intensieve werkrelaties onderhouden met de themagroepen Kostenvraagstukken en Kwaliteit van Zorg. Deze structuur komt overeen met die van het «Experiment Budgettering» en ziet er schematisch als volgt uit:



Het sectiebestuur heeft een voorkeur voor opnemng van een adviescentrum voor medische apparatuur in het Nationaal Ziekenhuisinstituut om de volgende overwegingen:

- de instellingen hebben een zekere mate van affiniteit met het NZI;
- het NZI is buiten de instellingen een bekend instituut, waarvan de onafhankelijkheid en de kwaliteit van de adviezen zijn erkend;
- inbedding in een bestaand instituut, dat op aansluitende disciplines (kwaliteit van zorg, organisatie- en kostenvraagstukken) over een ruime mate van deskundigheid beschikt heeft zowel financieel als pragmatisch de voorkeur boven de oprichting van een zelfstandig instituut.

Daarbij zij aangetekend dat het adviescentrum, ten behoeve van het doen verrichten van onderzoek door derden, dient te beschikken over een budget dat op basis van het door de begeleidingscommissie vast te stellen activiteitenprogramma nader kan worden vastgesteld.

Het sectiebestuur beoogt een voorzichtige start te maken met deze adviesfunctie binnen het NZI. De ervaringen zullen moeten uitwijzen of en, zo ja, in welke mate aan deze adviesfunctie uitbreiding zal moeten worden gegeven.

NZR-notitie Inkoopbeleid in de intramurale gezondheidszorg

Deze notitie spitst zich toe op de gedachten die in de nota Functie-inkopen (CSHO 9.25.27) zijn neergelegd. Vervolgens wordt aangegeven welke benaderingswijze van NZR-zijde de voorkeur zou verdienen.

De opdrachtformulering van de WAG is afgeleid van het innovatiebeleid van de overheid, waarbij de theorie van «technology push» en «demand pull» wordt aangehangen. Medische technologie is een gewenste speerpuntindustrie vanwege de hoge toegevoegde waarde van de produkten. De verwachting is, dat een beter produkt voor een lagere prijs kan worden geleverd, door middel van aggregatie van de vraag, en dat hieruit innovatie-impulsen voortkomen ten behoeve van de Nederlandse industrie.

Bij deze doelstelling zijn een aantal opmerkingen te maken. In de nota Functie-inkopen is aangegeven dat vraagaggregatie alleen mogelijk is wanneer daaraan apparatuurstandaardisatie voorafgaat. Daarenboven zou *functiestandaardisatie* moeten voorafgaan aan produkt- en apparatuurstandaardisatie. Het proces van functiestandaardisatie is weliswaar op gang gebracht, doch heeft nog geen grote voortgang geboekt. Het probleem is, dat het primaire behandelings- en verplegingsproces in de instellingen van zeer diverse aard is; het te leveren produkt van zorgverlening is (nog) niet algemeen gedefinieerd. De meest concrete aanknopingspunten zijn op dat terrein te vinden bij projecten rond de toetsing van aangewende middelen (TAM), de intercollegiale toetsing en de protocollaire geneeskunde. Momenteel worden inspanningen op dit terrein geïnitieerd en begeleid vanuit het CBO, het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing, waarin participeren LSV, KNMG, NZR, VNZ en KLOZ.

Alvorens in de WAG uitspraken te doen over de wijze waarop functiestandaardisatie zou moeten en kunnen plaatsvinden dient naar onze mening eerst meer inzicht te worden verkregen in de voortgang van de activiteiten van het CBO. Daarnaast is het zeer de vraag of de werkwijze en de samenstelling van de WAG het toelaten dat dit moeilijk toegankelijke terrein aldaar wordt betreden.

Bij de mogelijkheden om met behulp van *apparatuurstandaardisatie* tot besparingen te komen zijn de volgende kanttekeningen te maken.

Nederland is een te kleine thuismarkt voor de nationale industrie voor hoogwaardige technische apparatuur; bij de in die branche gebruikelijke specialisatiegraad is men in belangrijke mate op de exportmarkten aangewezen. «Demand-pull» vanuit een standaardisatie op Nederlandse schaal zal zich slechts ten dele voordoen en levert zodoende weinig prijsvoordelen op voor de gezondheidszorg. De gezondheidszorg importeert 80–85% van de gebruikte goederen: produkt- en kwaliteitstandaardisatie heeft in die situatie pas een prijsverlagende en innovatiestimulerende werking wanneer deze op internationaal niveau wordt bedreven.

De mogelijkheden en de kosten van standaardisatie moeten steeds zorgvuldig worden afgewogen tegenover de te behalen prijsvoordelen. Het goederenpakket voor de gezondheidszorg is zeer divers en uitgebreid; globaal gaat het om de volgende aantallen:

	Aantal artikelsoorten	Geldomzet
Apparatuur (> f 1000)	± 600	200 miljoen
Verbruiksgoederen bij apparatuur	± 1000	500 miljoen
Overige goederen	± 2400	700 miljoen

Standaardisatie van het totale goederenpakket lijkt een te grote en veel te kostbare operatie; bovendien is het de vraag of een dergelijke activiteit zich zou dienen te beperken tot voor de gezondheidszorg specifieke goederen. Het meest zinvol lijkt het om de aandacht te richten op artikelen met een relatief grote geldomzet; tevens moet een artikel reeds een bepaalde mate van standaardisatie kennen; nieuwe artikelen lenen zich hiervoor minder goed. Dit geldt ook voor complexe produkten die sterk met een lokale infrastructuur zijn verweven. Standaardisatie van dergelijke produkten kan tot aanzienlijke verborgen kosten leiden wanneer complementaire hulpmiddelen en interne procedures tevens moeten worden aangepast.

Bij standaardisatie en vraagaggregatie vanuit een centraal punt dreigt een te sterke binding met bepaalde leveranciers; dit kan monopolievorming in de hand werken, waardoor de controle over de prijsvorming verloren gaat. Tevens kan centrale leveranciersselectie leiden tot een te grote leveranciersdifferentiatie voor de individuele instelling. De beperking van het aantal leveranciers per instelling levert juist een grote doelmatigheids-winst op.

Aanzetten tot produktstandaardisatie worden door de NZR niet afgewezen, doch zijn alleen zinvol wanneer een scherpe selectie plaatsvindt met betrekking tot de daarvoor in aanmerking komende produkten. Het verdient aanbeveling om daarvoor enkele proefobjecten uit te zoeken en de resultaten van de activiteiten te evalueren op bruikbaarheid en op netto-rendement.

De NZR acht voor het toekomstig aankoopbeleid de volgende zaken van belang:

- Het huidige netwerk van regelingen en voorschriften rond de aanschaf respectievelijk investering van een groot aantal categorieën van goederen is reeds zeer uitgebreid; bij een aantal procedures wordt momenteel gezocht naar vereenvoudiging. Veel verborgen kosten zijn gemoeid met de lange en uitgebreide overlegprocedures die voor een deel recentelijk zijn ingevoerd. Ook in de nota «Overheidsaanschaffingsbeleid en innovatie» wordt gewezen op de gevaren van te ver gaande procedures waardoor de inkoper zelf te weinig initiatieven kan ontplooiën.

De NZR is van mening dat bij de invoering van nieuwe wetten, besluiten en regelgeving in het algemeen onvoldoende afweging plaatsvindt van de extra overheads die daarvan het gevolg zijn, zowel bij centrale instanties als in de instellingen zelve.

- Een aantal recente normeringen van het COTG hebben tot gevolg dat binnen de instellingen een scherpere afweging gaat plaatsvinden met betrekking tot de aanschaffing van goederen: De richtlijn inventarissen begrenst het bedrag dat per jaar in algemene ziekenhuizen in medische en overige inventarissen mag worden geïnvesteerd; voor 1983 is het niveau zodanig beperkt dat uitsluitend vervangingsinvesteringen kunnen worden gedaan. Deze investeringsbeperking stimuleert in hoge mate een scherpe interne prioriteitstelling en een doelmatige aanschaffing.

Op korte termijn zal de NZR een nieuw richtlijnvoorstel uitbrengen, waarbij het geldsbedrag dat een instelling jaarlijks aan de aanschaf van materiële goederen kan besteden aan een grens wordt gebonden. Als gevolg van de bezuinigingsoperatie die in het 6e FOG is opgenomen zal het volume van de materiële aanschaffingen in de instellingen in 1983 2% lager zijn dan in 1982. De NZR is van mening dat ook deze maatregel, hoewel pijnlijk, toch een prikkel zal opleveren voor een doelmatig aanschaffingsbeleid van de instellingen.

Naar aanleiding van deze ontwikkelingen acht de NZR het van belang dat geen nieuwe regelgeving aan het reeds overladen pakket wordt toegevoegd. Prioriteit moet wél worden gegeven aan de verdere uitbouw van de professionaliteit in de instellingen en aan de grotere toegankelijkheid van informatie over het goederenpakket.

De NZR heeft in dat verband een aanzet gegeven door het uitbrengen van een conceptie voor een adviescentrum voor medische apparatuur.

Verbetering van de informatieverschaffing over minimum kwaliteitseisen en prijzen van producten is gewenst. Een aanzet kan ook worden gegeven door het bevorderen van een uniforme nomenclatuur voor het productenpakket.

Met betrekking tot de informatie over prijzen van producten bestaan er verschillende mogelijkheden: enerzijds is er een rol voor centraal bedongen richtprijzen voor bepaalde produkt(groep)en, anderzijds kan eenzelfde effect ook worden bereikt door het opzetten van een vrijwillige systematische informatie-uitwisseling over prijzen, zoals dat reeds in de USA wordt toegepast.

Een volgend streefdoel kan zijn de vrijwillige inkoopbundeling op regionaal niveau, waartoe in de praktijk reeds aanzetten zijn gegeven. Op regionaal niveau zou tevens de adviesfunctie kunnen worden versterkt, met een mogelijke uitloop naar standaardisatie op bepaalde terreinen.

Landelijke standaardisatie-activiteiten op experimentele basis zijn denkbaar, waarbij echter met een aantal randvoorwaarden rekening moet worden gehouden:

- een dergelijke activiteit moet worden ondernomen vanuit een organisatie die aan de sector is gelieerd waarbij de financiering tevens duidelijk is geregeld;
- scherpe selectie ten aanzien van terreinen waarop netto-rendement mag worden verwacht, bij voorbeeld producten die reeds een zekere mate van standaardisatie kennen, waarbij het volume groot genoeg moet zijn om de inspanning te rechtvaardigen;
- initiatief en medewerking vanuit de direct betrokkenen; inspelen op de in de sector aanwezige deskundigheid en procedures;
- goede organisatorische begeleiding;
- grondige evaluatie van een experimentele opzet, met name op een *integrale* afweging van kosten en baten.

Functie-inkopen

Definitie functie-inkopen

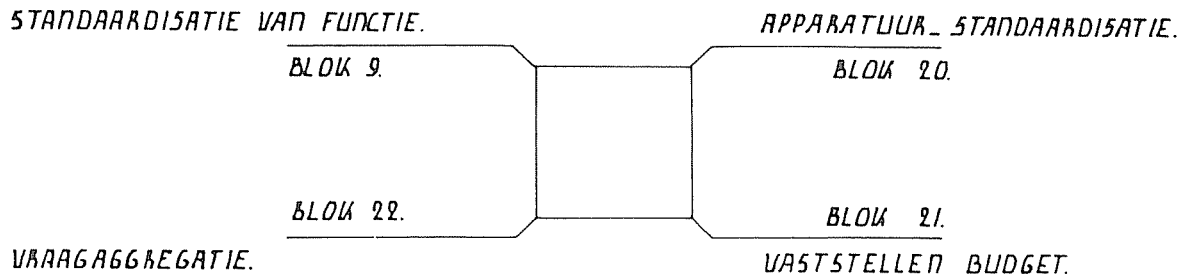
Het voorzien in de vervulling van een functie of behoefte *gedurende een (vooraf) te bepalen tijdsduur* tegen de juiste prijs, op het juiste kwaliteitsniveau, in de juiste hoeveelheid, op de juiste plaats en aanvangend op het juiste tijdstip.

Belangrijkste verschillen met de nu veelal gehanteerde inkoopprocedures:

- a. Uitgangspunt is niet het aankopen van een produkt, maar de functie die vervuld moet worden. Dit heeft tot gevolg dat niet automatisch zal worden overgegaan tot de aankoop van een produkt om in de functievervulling te voorzien, maar dat ook andere mogelijkheden om de functie te vervullen aan bod komen, bij voorbeeld huren, uitbesteden enz.
- b. Het invoeren van een tijdsfactor (de levensduur van de functie) in het inkoopproces. Het voordeel hiervan is dat bij vergelijking van de verschillende mogelijkheden die zich aanbieden om de functie te vervullen, alle kosten en (gebruikers)technische aspecten, die gedurende de levensduur optreden worden meegewogen.

In figuur 1 zijn de sub b bedoelde kosten in relatie tot de levensduur van de functie in het geval van functievervulling door aankoop gevisualiseerd. Eenzelfde figuur, maar dan eenvoudiger van opzet, zou ook gemaakt kunnen worden in geval van functievervulling door middel van huren of uitbesteden. Eenvoudiger, omdat in deze gevallen de kosten kunnen worden gepresenteerd per prestatie of tijdseenheid of een combinatie van beide.

In figuur 2 is getracht weer te geven hoe het inkoopproces, uitgaande van het principe van functie-inkopen, zou kunnen worden gestructureerd. In figuur 2 zijn ook de raakvlakken aangegeven met de invalshoeken voor een doelmatiger en efficiënter inkoopbeleid.



In de blokken is niet aangegeven wie de aangegeven taken uitvoert of wie de nodige beslissingen neemt. Dit zal namelijk afhangen van het uitgangspunt bij de verwerving van de benodigde goederen en wie verwerft, op kleinere of grotere schaal.

In de huidige constellatie zal bij de overheid het door de inkoopende instantie uit te voeren verwervingsproces, veelal aanvangen bij het daadwerkelijk inkoopgebeuren, het uitvoeringsproces, aanvangend na blok 20 en 21. Hierdoor zal de uiteindelijke uitvoerder sterk individueel gericht te werk gaan en zijn eigen oplossing trachten te zoeken. Dit kan ertoe leiden dat op vele plaatsen – door het ontbreken van enige coördinatie – hetzelfde werk wordt verricht en mogelijk dezelfde fouten worden gemaakt. Bovendien ontstaat voor de leveranciers en de industrie een zeer ondoorzichtige en verbrokkelde vraag, zowel in tijd als in specificaties, waarop het onmogelijk is in te spelen. Dit kan voor de uiteindelijke gebruiker betekenen dat hij niet datgene krijgt wat hij aanvankelijk wenste en dat hij misschien te veel betaalt.

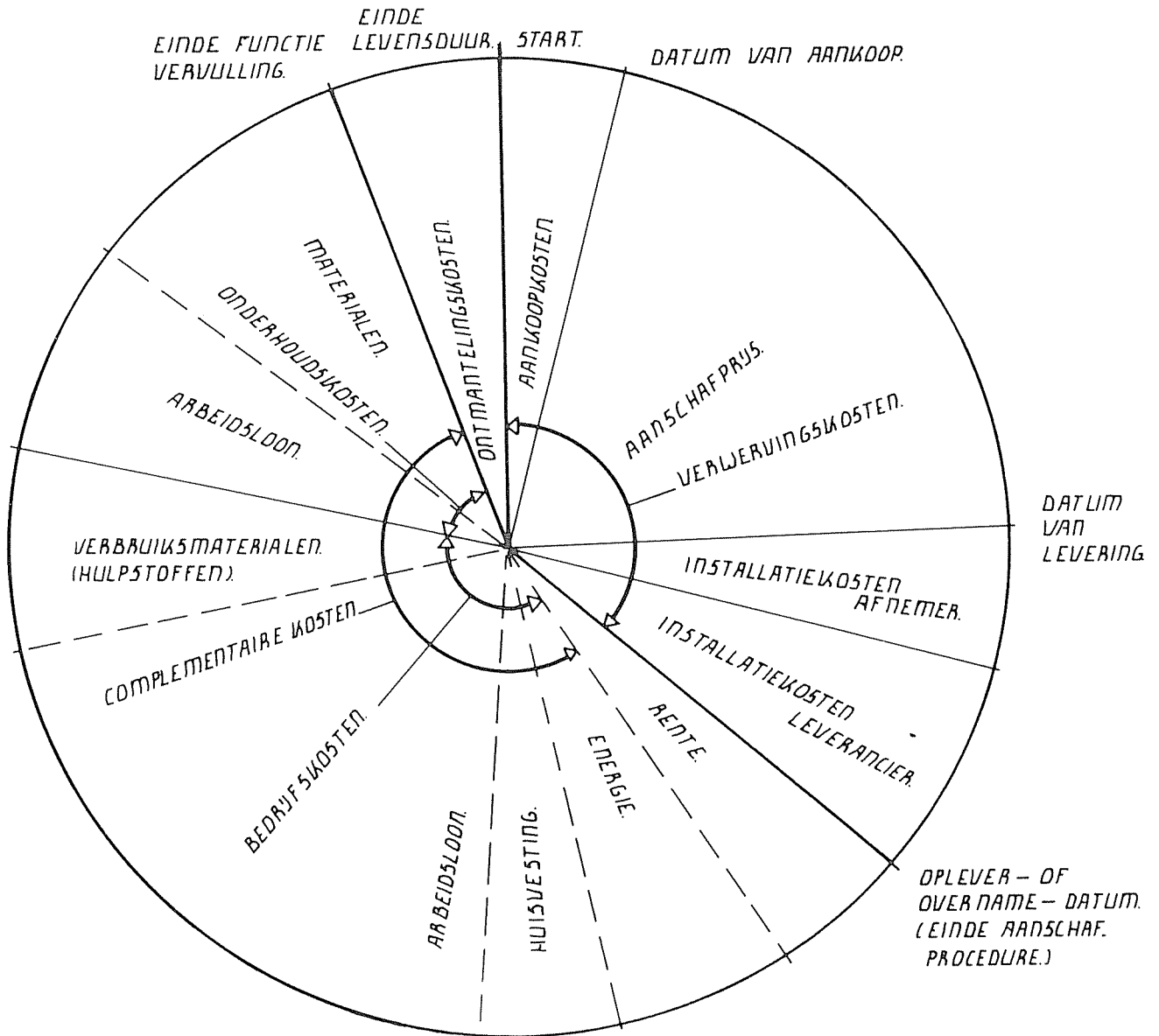
Dit alles pleit ervoor om bij de verwerving van bepaalde produkten het gedeelte van het aankoopproces dat vóór blokken 20 en 21 plaatsvindt, de aanloopfase of beleidsfase gestructureerd, respectievelijk eventueel geheel of gedeeltelijk gecentraliseerd aan te pakken, zodat zowel de gebruiker (koper) als de leveranciers en de industrie tijdig op de hoogte zijn hoe te handelen.

Voor de gebruikers kan dit kostenbesparend zijn door de eventueel te bereiken vraagaggregatie en het verkrijgen van een beter produkt, terwijl de leveranciers en de industrie de kans krijgen tijdig technisch en commercieel op de vraag in te spelen, hetgeen een stimulans voor innovatie kan zijn. Een en ander behoeft niet te betekenen dat ook het daadwerkelijk inkopen, de uitvoeringsfase, centraal zou moeten plaatsvinden. Ook door deze fase individueel uit te voeren, mits men zich conformeert aan de tijdens de aanloopfase of beleidsfase vastgelegde resultaten, kunnen de eerdergenoemde positieve effecten worden bereikt, alhoewel enige coördinatie zeker haar positieve uitwerking zal hebben.

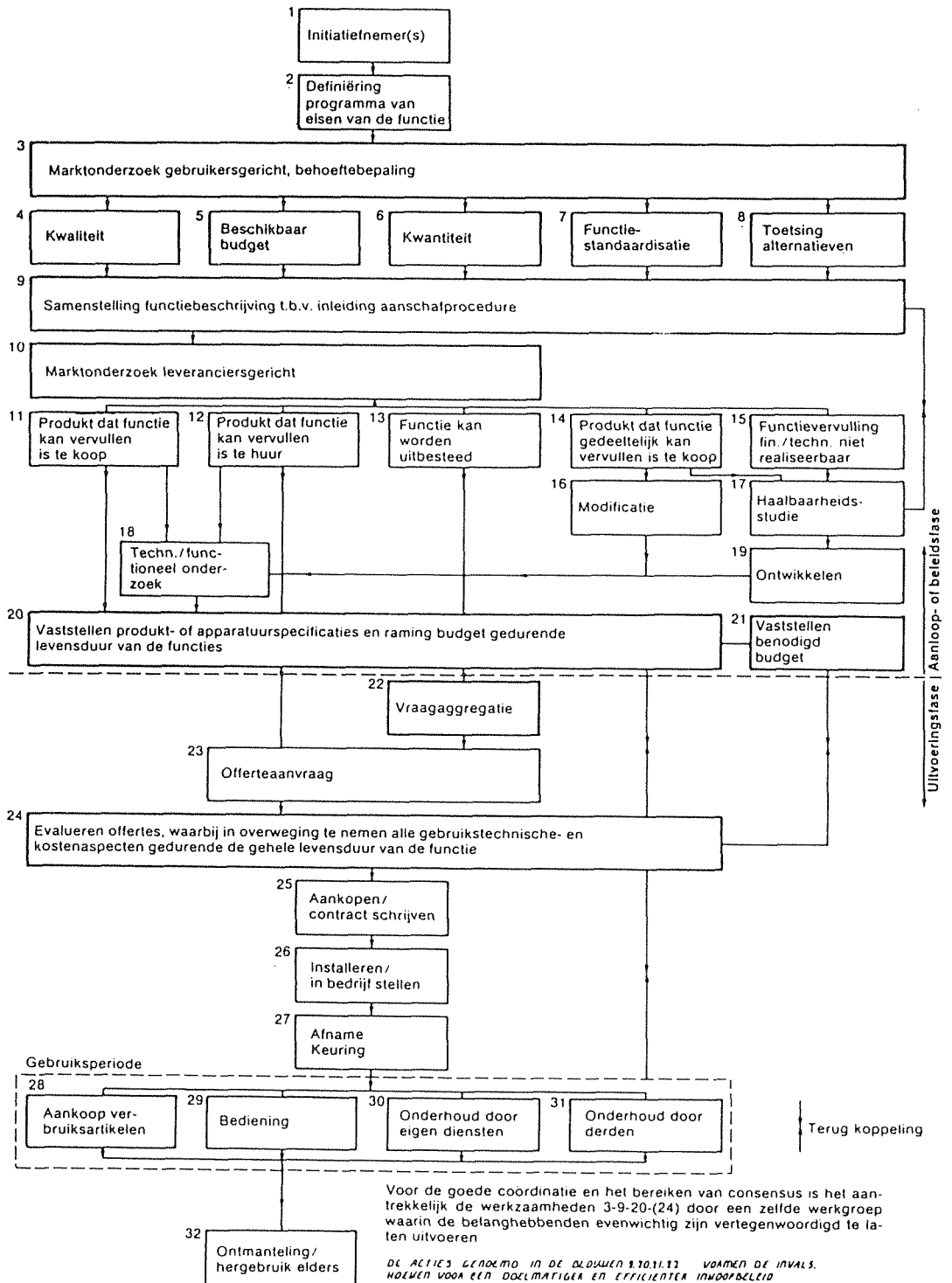
Het zal iedere betrokkene direct duidelijk zijn dat het afhandelen van alle aankopen binnen het Rijksinkoopbureau volgens de functie-inkoopmethode op kortere termijn, gezien de daarbij te betrekken instanties, de benodigde voorbereidingstijd en de aanwezige capaciteit, een onmogelijke zaak is. Er zal dus selectief te werk moeten worden gegaan en alleen die zaken zullen moeten worden geëntameerd, die gebruikerstechnisch en financieel de grootste voordelen kunnen opleveren, bij voorbeeld aanschaffingen van gecompliceerde en dure apparatuur en van artikelen die in grote hoeveelheden nodig zijn.

BIJLAGE 1

OPBOUW LEVENSDUUR VAN EEN FUNCTIE
IN RELATIE TOT DE KOSTEN.



Schema model functie-inkopen



Voor de goede coördinatie en het bereiken van consensus is het aantrekkelijk de werkzaamheden 3-9-20-(24) door een zelfde werkgroep waarin de belanghebbenden evenwichtig zijn vertegenwoordigd te laten uitvoeren

DE ACTIES GEDROME IN DE OUDWEN 9.10.11.12 VOORMEN DE INVALS.
 HOEWEN VOOR EEN DOELMATIGER EN EFFICIENTER INWOOFBELLEID
 BLOK 3 .STANDAARDISATIE VAN FUNCTIE
 BLOK 10 .PRODUKT, OF APPARATUURSTANDAARDISATIE
 BLOK 11 .AANKOOP (MAK) BUDGET
 BLOK 21 .VASTSTELLEN BENOODIGD BUDGET
 BLOK 22 .VRAAGAGGREGATIE

TOELICHTING FIGUUR 2

Deze figuur moet in de eerste plaats gezien worden als een theoretisch model van een proces om te voorzien in de vervulling van een functie of behoefte, door verwerving van apparatuur, instrumenten, gebruiks- en verbruiksartikelen, diensten, etc., hierna steeds aangeduid als het te verwerven produkt.

Bij de opzet van de figuur is uitgegaan van een gecompliceerd verweringsproces, dat zowel op kleinere als op grotere schaal toepasbaar is, waarbij de diverse stappen in dit proces zijn aangegeven door middel van genummerde blokken.

In de normale praktijk zal het proces, indien de omvang of de aard van het te verwerven produkt zich daartoe leent, eenvoudiger kunnen verlopen doordat een aantal stappen in elkaar vloeien of overbodig zijn.

Gezien de vele soorten functies en de daarvoor te verwerven goederen is het onmogelijk het model in kort bestek zodanig toe te lichten dat dit in alle gevallen zonder deskundige toelichting toepasbaar is. We zullen ons hier moeten beperken tot een algemene lijn en het geven van een globaal inzicht.

Het is doelmatig het proces te splitsen in twee fasen, te weten de aanloop- of beleidsfase en de uitvoeringsfase.

DE AANLOOP- OF BELEIDSFASE

In deze fase zal moeten worden onderzocht de noodzakelijkheid van de functie, waar, wanneer en hoe deze moet worden vervuld en hoeveel het mag of gaat kosten. In deze fase worden geen definitieve stappen ten aanzien van een daadwerkelijke aankoop genomen. Indien gedurende de uitvoering van deze fase in een bepaald stadium om welke redenen dan ook van functievervulling wordt afgezien, zullen de gemaakte kosten in het algemeen gering van omvang kunnen zijn.

DE UITVOERINGSFASE

In deze fase vindt de definitieve aankoop plaats met daaropvolgend het gebruik van de functie. In deze fase zal het stoppen van het proces veelal met hoge kosten gepaard gaan (bij voorbeeld: het verloren gaan van de kosten die de gebruiker ten behoeve van de functievervulling heeft gemaakt, het annuleren van orders, het vroegtijdig ontmantelen van functies, etc.).

Blok 1 – De initiatiefnemer(s)

De persoon of instantie die te kennen geeft dat het wenselijk is een bepaalde functie te vervullen. Deze kennisgeving kan afhankelijk van functie plaatsvinden aan de directie van het eigen orgaan of instituut of bij een centraal punt in de regio of in het land.

Blok 2 – Definiëring van de functie

In de praktijk zal de initiatiefnemer zijn wensen kenbaar maken door een bepaald produkt (apparaat, instrument of artikel) te vragen. Inkooptechnisch is dit veelal geen goed uitgangspunt omdat men zich in een te vroeg stadium bindt aan een bepaald produkt, fabrikaat of leverancier. De initiatiefnemer zal zijn wens eventueel met behulp van een deskundige kenbaar moeten maken in de vorm van een beschrijving van de functie waarin het produkt moet voorzien en de daarvan verwachte resultaten. Met betrekking tot de volgende stappen van het proces moet bij het maken van deze beschrijving met het oog op vermenging van belangen de nodige zorgvuldigheid worden betracht en moet men zich niet al te zeer laten leiden door hetgeen de markt biedt.

Blok 3 – Marktonderzoek gebruikersgericht, behoeftebepaling

De omvang van dit onderzoek zal afhankelijk van de toepassing en reikwijdte van de functie binnen het eigen orgaan of instituut, regionaal of centraal in het land moeten worden uitgevoerd. Het uitgangspunt bij dit onderzoek is de in blok 2 tot stand gekomen functiebeschrijving.

Dit onderzoek zal de volgende gegevens moeten opleveren (blok 4 t/m 8):

– Blok 4 – Kwaliteit

Onder welke omstandigheden en op welke lokatie moet de functie worden vervuld? Met behulp van deze gegevens kan de technicus (inkoper) vaststellen welke kwaliteitseisen (betrouwbaarheid, gebruikersvriendelijkheid, repareerbaarheid, normen etc.) aan het produkt dat de functie zal gaan vervullen, moeten worden gesteld.

– Blok 5 – Beschikbaar budget

Hoeveel mag de vervulling van de functie gedurende haar levensduur gaan kosten? Het uitgangspunt kan hier bij voorbeeld zijn de te verwachten opbrengst van de functie.

– Blok 6 – Kwantiteit

Wordt ook op andere plaatsen eenzelfde of een gelijksoortige functievervulling nagestreefd en, zo ja, wanneer moet die functie daar worden vervuld? Bestaat op meerdere plaatsen behoefte aan eenzelfde functievervulling, dan kan het zinvol zijn in de volgende stappen van het proces een zekere samenwerking te creëren.

– Blok 7 – Functie standaardisatie

Komt de in blok 6 bedoelde samenwerking tot stand dan is het zowel commercieel als gebruikstechnisch aantrekkelijk te komen tot een standaardisatie van de functie.

– Blok 8 – Toetsing alternatieven

Voordat wordt overgegaan tot de volgende stappen van het proces is het belangrijk na te gaan of de functie niet geheel of gedeeltelijk kan worden vervuld door gebruik te maken van reeds bestaande mogelijkheden.

Blok 9 – Samenstelling functiebeschrijving ten behoeve van de inleiding van de aanschafprocedure

Nadat de resultaten van de blokken 3 t/m 8 bekend zijn kan een definitieve functiebeschrijving worden gemaakt waarmee de leveranciers kunnen worden benaderd. Voor het maken van deze beschrijving is een goed inzicht in de technische en commerciële mogelijkheden die de markt biedt een eerste vereiste. Zou volledig vrijblijvend te werk worden gegaan, dan bestaat er een grote kans dat een produkt wordt beschreven dat uiteindelijk niet realiseerbaar is.

Blok 10 – Marktonderzoek leveranciersgericht

Dit onderzoek heeft tot doel het verkrijgen van informatie omtrent de mogelijkheden die de markt biedt in de vorm van produkten, apparatuur, instrumenten, productiefaciliteiten, diensten enz. om te voorzien in de vervulling van de in blok 9 omschreven functie. Het marktonderzoek zal

behoudens de evaluatie van de resultaten een hoofdzakelijk commerciële activiteit moeten zijn en zal dus moeten worden verricht door een inkopende instantie.

Bij de evaluatie van het marktonderzoek zal naast de commercie ook de techniek een belangrijke rol moeten spelen: er zal vastgesteld moeten worden in hoeverre het door de markt gebodene overeenstemt met de in de functie-omschrijving weergegeven eisen. Ook zal een inzicht moeten worden verkregen omtrent de kwaliteit en duurzaamheid van het gebodene.

Commercieel gezien zullen de diverse door de markt geboden mogelijkheden afhankelijk van de aard van de goederen onder meer moeten worden getoetst op de volgende facetten:

- Verwervingskosten, bestaande uit: aanschafprijis; verbouwings- en installatiekosten; kosten voor opleiding personeel enz.
- Complementaire kosten, bestaande uit: kosten bedieningspersoneel, kosten verbruiksartikelen, onderhoudskosten, energiekosten.
- Kwaliteit en duurzaamheid in relatie tot de te maken kosten.
- Betrouwbaarheid en continuïteit van de leveranciers.

De voorgaande opsomming is beslist niet volledig. Voor ieder onderzoek zullen de van belang zijnde elementen afhankelijk van de aard van de te vervullen functie kritisch moeten worden vastgesteld.

De markt zal globaal gezien ten aanzien van de te vervullen functie de volgende mogelijkheden bieden (blok 11 t/m 15):

– *Blok 11 – Produkt dat functie vervult is te koop*

Vaak zal het hier niet één produkt betreffen, maar meerdere, er zal dan een selectie gemaakt moeten worden.

– *Blok 12 – Produkt dat de functie vervult is te huur*

Deze mogelijkheid kan zich naast koop voordoen, het kan belangrijk zijn ook deze mogelijkheid in een kostenvergelijking van de diverse alternatieven mee te nemen.

– *Blok 13 – Functie kan worden uitbesteed*

Ook deze mogelijkheid zal dikwijls aanwezig zijn, maar wordt veelal niet overwogen, omdat uitbesteding vaak wordt ervaren als een ondermijning van de importantie van het eigen orgaan of instituut. Uit oogpunt van bezettingsgraad enz. kan het echter vaak zeer aantrekkelijk zijn bepaalde functies uit te besteden naar bij voorbeeld regionale centra.

– *Blok 14 – Produkt dat functie gedeeltelijk kan vervullen is te koop*

Deze situatie zal binnen het aanschafproces, zoals dat nu functioneert, zelden voorkomen. Dit wordt veroorzaakt doordat men bij het formuleren van de wensen praktisch altijd een bestaand produkt als uitgangspunt zal nemen. Gaat men echter uit van de functie die het produkt moet vervullen, dan zal men dikwijls tot de conclusie komen dat hetgeen de markt biedt, veelal «overdone» is: veel mogelijkheden die nooit worden gebruikt, te luxe keuze-uitvoering enz. Het is namelijk een praktisch gegeven dat vele fabrikanten en leveranciers meer proberen te verkopen dan werkelijk nodig is.

Het kan voordeel opleveren dit soort produkten te ontdoen van onnodige zaken (modificeren, blok 16) of specifiek op de functie toegesneden produkten te ontwikkelen.

– *Blok 15 – Functievervulling is financieel/technisch niet realiseerbaar*

Ook dit is een situatie die bij de huidige wijze van verwerven zelden zal voorkomen, omdat als uitgangspunt van het proces een reeds bestaand produkt waarvan de prijs bekend is wordt genomen. Wordt wel uitgegaan van een functie-omschrijving, dan zal men beslist vaker tot de conclusie komen dat hetgeen gewenst wordt niet bestaat of niet overeenkomt met het beschikbare budget. Er zal dan moeten worden overgegaan tot een haalbaarheidsstudie, waarbij wordt teruggegrepen naar blok 9 of misschien zelfs blok 2. Blijkt de zaak haalbaar, dan kan worden overgegaan naar blok 19, ontwikkelen.

– *Blok 16 – Modificatie*

Zie beschrijving blok 14.

– *Blok 17 – Haalbaarheidsstudie*

Zie ook beschrijving blok 15. Een dergelijke studie kan tot resultaat hebben dat de ontwikkeling haalbaar is, maar ook kan blijken dat een wijziging van de oorspronkelijke functie nodig is om een en ander technisch of financieel haalbaar te maken.

– *Blok 18 – Technisch/functioneel onderzoek*

Dikwijls zal het zinvol zijn produkten die als de gunstigste oplossing uit het marktonderzoek naar voren komen technisch en functioneel te laten evalueren door een gebruiker of een ad hoc aan te trekken instituut of een combinatie van beide.

Blok 20 – Vaststellen produktspecificatie en raming benodigd budget gedurende de levensduur van de functie

Indien de resultaten van het marktonderzoek bekend en geëvalueerd zijn, is het moment gekomen om naast de uitvoerders van dit onderzoek ook de oorspronkelijke initiatiefnemer(s) en de financiers in het proces te betrekken. In gezamenlijk overleg kan worden vastgelegd welke produkten gebruikers-technisch en financieel gezien – daarbij rekeninghoudend met de uit het marktonderzoek verkregen uitkomsten – het meest voor functievervulling in aanmerking komen. Na voltooiing van dit overleg zal door de inkoper en/of technicus een produktspecificatie(s) kunnen worden geschreven. Ook zal bekend zijn welke produkten aan deze specificaties voldoen en welke kosten daarmee zijn gemoeid, zodat een budget kan worden vastgesteld.

Blok 21 – Vaststellen benodigd budget

Met behulp van de in blok 20 verkregen gegevens is het mogelijk een budget, zowel ten behoeve van de aanschaf als van de latere exploitatie, vast te stellen. Of dit ook het werkelijk later benodigd budget zal zijn, zal sterk afhangen van het verdere verloop van het proces, bij voorbeeld gelijktijdigheid van de aanschaf of de te bereiken vraagaggregatie.

– *Blok 22 – Vraagaggregatie*

Zoals bekend levert dit kwantumkorting op, uiteraard tot op een zekere grens. Maar bovendien kan vraagaggregatie werkbeparend zijn: niet iedere koper behoeft steeds dezelfde handelingen te herhalen, de uitoefening hiervan zou bij voorbeeld centraal of regionaal kunnen plaatsvinden. Ook zal men als grotere groep veelal betere condities kunnen bedingen.

– *Blok 23 – Offerte-aanvraag*

Deze activiteit moet vertroebeling van belangen vermijden, evenals de uitvoering van het marktonderzoek, blok 10, uitsluitend aan een inkopende instantie wordt overgelaten. Afhankelijk van de bereikte of noodzakelijke vraagaggregatie zal dit centraal, regionaal of per instituut of orgaan moeten gebeuren. Uitgangspunt moet echter steeds de in blok 20 tot stand gekomen produktspecificatie zijn.

Blok 24 – Het evalueren van de offertes

Deze evaluatie kan binnen de kring van de inkopende instantie en de latere gebruikers worden uitgevoerd. Technische aspecten zullen hierbij nauwelijks een rol spelen, deze zijn al aan bod gekomen in blok 20. Na evaluatie zal kunnen worden overgegaan tot de daadwerkelijke aankoop, misschien zal enige bijsturing van het budget (blok 21) nodig blijken.

Bij de evaluatie is het erg belangrijk, voor zover dit niet tijdens het marktonderzoek (blok 10) is gebeurd, dat alle gebruikerstechnische en kostenaspecten die zich zullen voordoen gedurende de verdere levensduur, van de functie (blok 26 t/m 32) in de overweging worden meegenomen.

Blok 25 – Aankopen/contract schrijven

Het zal duidelijk zijn dat de instantie die de offertes heeft geëvalueerd, de aankoop zal moeten verrichten en een daartoe benodigd contract zal moeten opstellen. Hierbij kan eventueel gebruik worden gemaakt van een centraal opgesteld standaard- of mantelcontract.

– *Blok 26 – Installeren/in bedrijf stellen*

Behoeft geen nadere toelichting, wel zullen contractueel goede afspraken moeten worden gemaakt, wil men niet geconfronteerd worden met extra kosten.

– *Blok 27 – Afnamekeuring*

Hier wordt gecontroleerd of het produkt de overeengekomen prestatie levert. Een afnamekeuring kan door de gebruiker zelf worden verricht, eventueel conform een centraal vastgestelde procedure, of door derden worden uitgevoerd.

– *Blok 28 – Aankoop verbruiksartikelen/Blok 30/31 – Onderhoud*

Behoeft geen toelichting. Wel is het verstandig hierover in het te schrijven contract (blok 25) de nodige afspraken op te nemen.

– *Blok 29 – Bediening*

De kosten hiervoor moeten, voor zover dit niet bij het marktonderzoek (blok 10) is geschied, bij het evalueren van de offertes worden meegenomen.

– *Blok 32 – Ontmanteling/hergebruik elders*

Ook de kosten voor ontmanteling van de functie, het laten weghalen van de apparatuur, afvloeiing personeel etc. moeten bij de evaluatie van de offertes worden meegewogen. Kan het verwijderde produkt elders worden gebruikt of heeft het op een andere wijze waarde, dan kunnen deze kosten zelfs negatief zijn.