

Productiviteit van overheidsbeleid

Deel II

De Nederlandse zorg, 1980-2013

Jos L.T. Blank

Alex A.S. van Heezik

Thomas K. Niaounakis

Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies
(IPSE Studies | CAOP, Technische Universiteit Delft en EUR Rotterdam)

Den Haag/Delft, 2016

Colofon

Productie en lay-out: IPSE Studies

Omslagontwerp: Ivar Hamelink, Haarlem

Omslagfoto: © Katarzyna Bialasiewicz

Uitgave: Uitgeverij Eburon, Delft, www.eburon.nl

ISBN/EAN: 978-94-6301-061-0 (hardcover); 978-94-6301-062-7 (paperback);
978-94-6301-063-4 (pdf-versie)

JEL-codes: C3, H1, H4, H5, I1

IPSE Studies | CAOP, TU Delft en EUR

Den Haag/Delft, 2016

www.ipsestudies.nl



IPSE Studies is een samenwerkingsverband tussen CAOP, TU Delft en EUR. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een subsidie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties verstrekt aan het CAOP. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het onderzoek berust bij de auteurs. De inhoud vormt niet per definitie een weergave van het standpunt van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

© 2016 J.L.T. Blank, A.A.S. van Heezik en T.K. Niaounakis. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Inhoudsopgave	3
Voorwoord	5
Samenvatting	7
Summary	19
1 Inleiding	29
1.1 Achtergrond	29
1.2 Methodologie en beperkingen	33
1.3 Opzet van het boek	38
2 De ziekenhuissector	39
2.1 Institutionele ontwikkelingen	39
2.2 Kerncijfers medisch-specialistische zorg, 1980-2013	45
2.3 Beleid en productiviteit	51
2.4 Kwaliteit en productiviteit	52
2.5 Conclusies	57
3 Verpleging, verzorging en thuiszorg	59
3.1 Institutionele ontwikkelingen	59
3.2 Kerncijfers verpleging, verzorging en thuiszorg, 1980-2013	62
3.3 Beleid en productiviteit	67
3.4 Kwaliteit en productiviteit	69
3.5 Conclusies	73
4 Gehandicaptenzorg	75
4.1 Institutionele ontwikkelingen	75
4.2 Kerncijfers gehandicaptenzorg, 1980-2013	77
4.3 Beleid en productiviteit	81
4.4 Kwaliteit en productiviteit	83
4.5 Conclusies	85

5	Geestelijke gezondheidszorg	87
5.1	Institutionele ontwikkelingen	87
5.2	Kerncijfers geestelijke gezondheidszorg, 1980-2013	90
5.3	Beleid en productiviteit	95
5.4	Kwaliteit en productiviteit	96
5.5	Conclusies	100
6	De Nederlandse zorg in samenhang	103
6.1	Algemene zorgtrends	103
6.2	Sectorcijfers in vergelijkend perspectief	118
6.3	Beleid en productiviteit	124
6.4	Kwaliteit en productiviteit	130
6.5	Beschouwingen en conclusies	133
Bijlage A	Berekening kapitaalskosten	139
Bijlage B	Kostenmodel	143
Bijlage C	Afkorting	149
Bijlage D	Figuren en tabellen	151
Literatuur		153

Voorwoord

De zorg is de afgelopen decennia volop in beweging geweest, vooral als gevolg van een aantal grootscheepse hervormingen. Kostenbeheersing, extramuralisering, ontschotting, marktwerking en kwaliteitsverbetering zijn daarbij sleutelbegrippen geweest. Verder waren er ook veel maatregelen om de vraag naar zorg in te dammen, bijvoorbeeld via aanpassingen in de indicatiestellingen, het verzekerde pakket en de invoering van eigen bijdragen en eigen risico. Om zicht te krijgen op de effecten van deze beleidsveranderingen heeft IPSE Studies de afgelopen jaren verschillende studies uitgevoerd naar de beleids- en productiviteitsontwikkelingen in de verschillende zorgsectoren. In dit boek wordt een volgende stap gezet door de bevindingen van deze trendstudies naast elkaar te zetten en te reflecteren op gemeenschappelijke trends en na te gaan of er globale conclusies zijn te trekken uit deze vergelijking. Zo wordt voor de verschillende beleidsinstrumenten nagegaan of deze een bijdrage leveren aan de productiviteit in een sector.

Dit onderzoek is het tweede in de reeks van vier clusterstudies, waarin voor elk cluster – onderwijs, zorg, veiligheid en netwerksectoren – de relatie tussen beleid en productiviteit vanuit historisch perspectief wordt belicht. Deze clusterstudies zijn onderdeel van een door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties gesubsidieerd programma voor onderzoek en kennisdeling met betrekking tot sturing, innovaties en productiviteit in de publieke sector. Het programma wordt begeleid door een Programmaraad met leden vanuit beleid en wetenschap. Dit boek is een uitgave van IPSE Studies, een samenwerkingsverband tussen het CAOP, de Technische Universiteit Delft (TUD) en de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR).

Graag wil ik Bart van Hulst (IPSE Studies-TUD), Alessandra di Pietro (EUR), Anne van der Kloet (TUD) en Janneke Wilschut (IPSE Studies-CAOP) bedanken voor hun waardevolle commentaar en voor hun bijdragen aan dit boek. Rachel Kievit (IPSE Studies-CAOP) wil ik graag bedanken voor haar inbreng in de coördinatie en de organisatie van het gehele project. Daarnaast wil ik de leden van de Programmaraad danken voor hun goede suggesties en opmerkingen bij de eerdere deelonderzoeken en een samenvattende notitie.

Zeer erkentelijk ben ik ook de leden van de begeleidingscommissie voor al hun waardevolle opmerkingen en suggesties bij eerdere versies van het rapport. De begeleidingscommissie bestond uit: Frans van Dongen (Ministerie van BZK), Gerard van Essen (SER), Evelien Eggink (SCP), Patrick Jeurissen (Ministerie van VWS) en Onno van Hilten (CBS).

Bovendien wil ik graag Erik Schut (iBMG, EUR) hartelijk danken voor zijn opmerkingen en suggesties bij de invulling van de beleidsinstrumenten in ons empirische model. Ten slotte gaat mijn dank uit naar Ruud Halfens (Department of Health Services Research, Universiteit Maastricht) voor zijn bereidwilligheid data beschikbaar te stellen uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ).

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het onderzoek berust louter en alleen bij de auteurs.

Jos L.T. Blank,

hoogleraar CAOP-leerstoel Productiviteit Publieke Sector aan de Erasmus Universiteit

Directeur Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies (IPSE Studies-CAOP, Technische Universiteit Delft en Erasmus Universiteit Rotterdam)

April 2016

Samenvatting

Focus rapport

Het centrale thema van deze studie is de samenhang tussen beleid en productiviteit in de zorg. Om daar beter zicht op te krijgen zijn de beleids- en productiviteitsontwikkelingen van vier Nederlandse zorgsectoren onderzocht: ziekenhuizen (zh), verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt), gehandicaptenzorg (ghz) en geestelijke gezondheidszorg (ggz). Helaas is het vanwege een gebrek aan goede gegevens niet mogelijk om de sector huisartsen hierin ook mee te nemen. Dit is een belangrijke omissie in deze studie. De bevindingen per sector zijn vervolgens samengebracht en tegen elkaar afgezet via een zogenoemde meta-analyse. Op basis van deze meta-analyse is nagegaan welke instrumenten het meest kansrijk zijn om de productiviteit in de zorg – of nog breder in de publieke sector – positief te beïnvloeden.

Beleidstrends

De Nederlandse zorg is de afgelopen decennia permanent in beweging geweest. Continu zijn er wijzigingen in de zorg aangebracht. Veelal gaat het om kleine aanpassingen, verbeteringen en nuanceringen, maar soms is ook sprake van majeure veranderingen. Van alle veranderingen die in de zorg hebben plaatsgevonden, is een groot deel terug te voeren op het beleid dat rond 1980 in gang is gezet.

In dit beleid staat, binnen de randvoorwaarden betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, kostenbeheersing centraal. Het bedwingen van de snelle groei van de kosten vindt vooral plaats door beheersing van het productievolume en verhoging van de doelmatigheid. Veel maatregelen richten zich op het indammen van de alsmaar toenemende zorgvraag, als gevolg van de stijgende welvaart, vergrijzing, toenemende mondigheid van burgers en groeiende technische mogelijkheden. Doelmatigheid wordt nagestreefd door een systeem te ontwikkelen met voldoende prikkels voor instellingen en zorgaanbieders om kwalitatief goede zorg aan te bieden tegen de laagst mogelijke kosten. Toegankelijkheid bestaat uit het creëren van waarborgen voor iedere burger dat hij, gegeven zijn beperkingen of aandoeningen, eenzelfde mogelijkheid heeft om van zorg gebruik te maken. Fysieke of financiële belemmeringen mogen hierin geen rol spelen. Kwaliteit verwijst naar waarborgen voor burgers om een zo gunstig mogelijke uitkomst van het medisch proces of van de verzorging te genereren. Deze kwaliteit moet aan bepaalde standaarden voldoen, in de loop van de tijd verbeteren en door iedere zorgaanbieder geleverd worden.

Om het beleid te realiseren maakt de overheid gebruik van diverse beleidsinstrumenten. Naast het inzetten van budgettaire instrumenten, worden maatregelen genomen om de zorg te extramuraliseren en te ontschotten. Onder de noemer marktwerking en deregulering van de capaciteit wordt in deze periode tevens beleid ontwikkeld om de

overheidsbemoeienis met de zorg te verminderen, om vraag (zorggebruikers) en aanbod (zorgaanbieders) beter op elkaar af te stemmen. Dit moet niet alleen ten goede komen aan de doelmatigheid van de zorg, maar ook leiden tot een verbetering van de kwaliteit en een grotere flexibiliteit. Verhoging van doelmatigheid wordt ook gestimuleerd door het bevorderen van schaalvergroting, al gebeurt dit meestal niet erg expliciet. Veelal volgt schaalvergroting als een soort nevenproduct uit andere beleidsinstrumenten. Te denken valt hierbij aan de schaalvergroting in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt). Door de ontschotting voegen instellingen de verschillende zorgtypen samen onder één dak.

Om de kosten in de zorg te beheersen, kiest de overheid in eerste instantie vooral voor het budgettaire instrument. Macrobudgetten worden aanvankelijk vertaald in productieafspraken. Door krappe budgetten te hanteren worden instellingen gedwongen om doelmatig te werken. De ziekenhuizen krijgen in 1983 als eerste met budgettering te maken. Het jaar daarop volgen de meeste andere zorginstellingen. Het duurt echter nog een aantal jaren voordat het gehele budget aan bepaalde functies van een instelling gekoppeld is. Dit is bij de ziekenhuizen vanaf 1989 het geval, de academische ziekenhuizen volgen pas in 1997.

Bij de budgettering valt verder op dat de kapitaalcomponent wat betreft de huisvesting helemaal afzonderlijk wordt bepaald. Vergoedingen voor investeringen in vastgoed zijn direct gekoppeld aan een systeem van goedkeuringen voor de capaciteit, zoals geregeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv). Onder dit zogenoemde bouwregime hebben instellingen, met uitzondering van verzorgingshuizen tot 1985, slechts beperkte vrijheid in de allocatie van hun middelen. Dit verandert pas als in 2008/2009 het bouwregime (geleidelijk) wordt losgelaten (deregulering capaciteit). Instellingen krijgen vanaf dat moment pas volledige zeggenschap over investeringen in aanpassingen of uitbreidingen van de capaciteit.

Met de invoering van de budgettering wordt het al snel lastig om te beantwoorden aan de zorgvraag, waardoor wachtlijsten ontstaan. Deze wachtlijsten veroorzaken een dusdanig maatschappelijk verzet (onder andere via rechtszaken) dat de budgettering niet meer te handhaven is. Dit leidt omstreeks 2000 tot maatregelen om de wachtlijsten weg te werken, waardoor in feite sprake is van een openeinderegeling. Met het afschaffen van de zogenoemde boter-bij-de-visregeling in 2005 wordt de budgettering weer in ere hersteld. Vanaf dat jaar wordt echter ook een begin gemaakt met de geleidelijke invoering van een vraaggestuurde bekostiging, door de introductie van zogenoemde diagnose-behandelcombinaties (DBC's) in de curatieve zorg en (enkele jaren later) zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de langdurige zorg.

Met de invoering van de DBC's en ZZP's wordt een belangrijke stap gezet in het streven de marktprikkels in de zorg te versterken. Al eerder zijn daartoe verschillende maatregelen genomen. De thuiszorg is daarin een voorloper. In de jaren negentig creëert de

overheid ruimte voor nieuwe (private) aanbieders en voor het bepalen van tarieven en aangeboden diensten. Na de eeuwwisseling zet dit beleid door waarbij de belangrijkste verandering plaatsheeft in de sector ziekenhuizen in 2005. Vanaf dat jaar mogen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over een beperkt deel van de productie (10%) afspraken maken over tarieven en volumes. In de jaren daarna wordt dit aandeel langzaam verhoogd. In 2015 valt ongeveer 70 procent (in termen van kosten) van de behandelingen onder dit 'vrije' regime. Het woordje vrij staat hier nadrukkelijk tussen aanhalingstekens, omdat er allerlei restricties gelden ten aanzien van het contracteren van ziekenhuizen en behandelingen. Eigenlijk is het de facto niet mogelijk om heel selectief op deze markt in te kopen. In 2009 wordt de gereguleerde marktwerking ook van kracht in de verpleging en verzorging, de intramurale ggz en de ghz. Overigens is het niet juist om te spreken van marktwerking. Vrijheid geldt dikwijls voor maar een enkel aspect, zoals de prijs en dan meestal alleen binnen bandbreedten. Toetreding is veelal lastig of niet mogelijk, volumes liggen ook dikwijls nog vast en vanwege contracteverplichtingen en vereveningen is er nauwelijks sprake van risicodragend ondernemen. Uittreding (bijvoorbeeld door een faillissement) is eveneens een problematisch onderwerp.

Ook in de eigendomsverhoudingen treden in de loop van de tijd de nodige veranderingen op. Terwijl in de beginperiode nog sprake is van met winstoogmerk opererende private partijen in de bejaardenzorg, verdwijnen deze geheel van het toneel. Hetzelfde geldt voor de zorginstellingen in handen van de overheid, zoals gemeentelijke ziekenhuizen. Vooral in de intramurale zorg is tegenwoordig vrijwel altijd sprake van instellingen met een stichtingsvorm (zonder winstoogmerk). Belangrijke uitzonderingen hierop vormen de vrije beroepen zoals huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, psychologen in de eerste lijn en medisch specialisten. Deze kennen de gehele periode door (voor een deel van de medici) een status als vrije ondernemer, bijvoorbeeld als lid van een maatschap. Met de introductie van de gereguleerde marktwerking in de ziekenhuizen probeert de overheid de honoraria van de vrijgevestigde specialisten onder druk te zetten door vooral de ziekenhuizen de regie te geven in onderhandelingen met zorgverzekeraars, bijvoorbeeld via integrale tarieven voor medische behandelingen (dus inclusief het honorarium voor de medisch specialist). In de sector ziekenhuizen is een beperkt deel van de productie al enige tijd in handen van (veelal private) zelfstandige behandelcentra, maar ook dit is sterk aan banden gelegd. Van privaat eigendom (inclusief winstoogmerk) is in de Nederlandse zorg, behoudens genoemde vrije beroepen en de thuiszorg, maar in zeer beperkte mate sprake.

Naast de genoemde maatregelen, worden de afgelopen decennia nog tal van andere initiatieven ontplooid om de zorg te moderniseren. Dit zijn voornamelijk interventies die het volume van de vraag beogen te beïnvloeden. Het gaat dan om maatregelen die de indicatie beïnvloeden, de aanspraken wijzigen en om maatregelen over eigen bijdragen en eigen risico's. Hoewel dit type maatregelen niet direct aangrijpt op het productieproces, hebben zij indirect wel degelijk invloed. Een plotselinge vraagtoena-

me of -afname heeft gevolgen voor de bezettingsgraad in een instelling en dus voor de doelmatigheid.

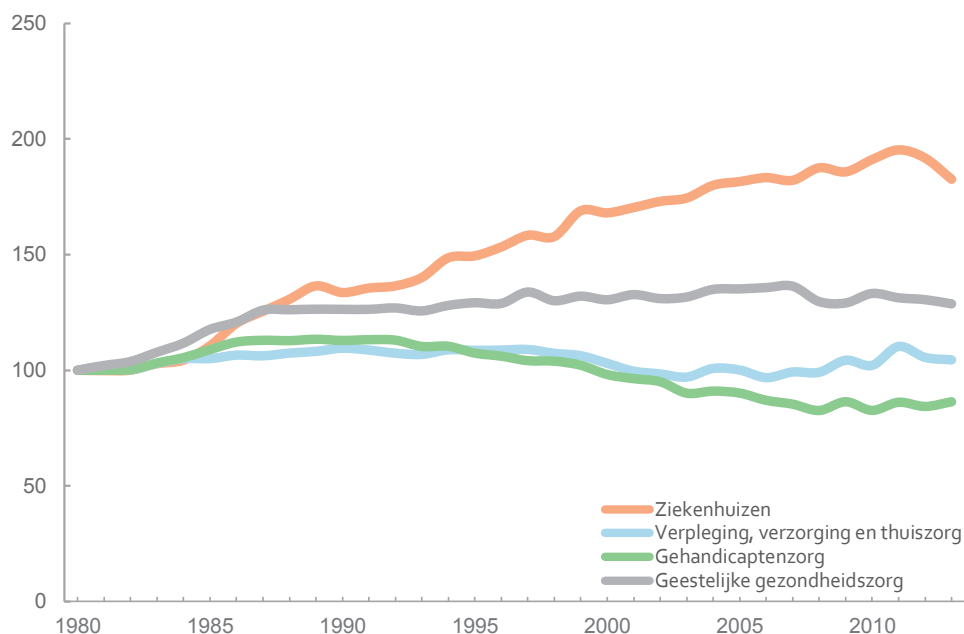
Andere maatregelen hebben vooral betrekking op de kwaliteit van de dienstverlening. Hierbij speelt vanaf 1996 vooral de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) een belangrijke rol. Terwijl de zorgkwaliteit eerder voornamelijk werd bewaakt en gestimuleerd door de overheid – via onder andere een erkenningensysteem, beleid ten aanzien van opleidingen, planning en het Staatstoezicht op de volksgezondheid – komen deze taken nu vooral bij zorgaanbieders te liggen. De KWZ verplicht zorginstellingen tot het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. De overheid schept en bewaakt voortaan slechts de randvoorwaarden. Naast de KWZ voert de overheid wetten in die de positie van patiënten moeten versterken.

Behalve via wet- en regelgeving probeert de overheid de kwaliteit van de zorg met financiële middelen te stimuleren. Zo zet het beleid sinds 1996 in op meer privacy van patiënten in verpleeg- en verzorgingshuizen door het versneld afbouwen van de meerpersoonskamers. Bovendien verstrekt de overheid subsidies om het kwaliteitsbeleid van de instellingen te bevorderen, onder andere op het gebied van het ontwikkelen van indicatoren voor de zorgkwaliteit. Veel van dit soort maatregelen resulteert in een verbeterde dienstverlening. In welke mate dit het geval is blijft echter vaak onduidelijk, omdat eenduidige kwaliteitsindicatoren (en dus ook gegevens) veelal ontbreken.

Beleid en productiviteit

Ontwikkelingen in de tijd Figuur S-1 presenteert de ontwikkelingen in de productiviteit van de zorgsectoren sinds 1980. De productiviteit weerspiegelt de geleverde productie per ingezette euro, waarbij gecorrigeerd is voor de ontwikkeling van de prijzen. De productie is een gewogen maat van verschillende typen zorg. Afhankelijk van het type zorg, wordt de productie uitgedrukt in bijvoorbeeld het aantal opnamen, het aantal dagbehandelingen of het aantal verleende zorguren. Daarnaast is bij de schattingen, indien mogelijk, rekening gehouden met de samenstelling van de cliëntenpopulatie (case mix). In de sector ziekenhuizen wordt bovendien de omzet van niet-zorggerelateerde activiteiten in de productie verdisconteerd.

Figuur S- 1 Ontwikkeling productiviteit, 1980-2013 (indexcijfers: 1980= 100)



Uit figuur S-1 blijkt dat de productiviteitsontwikkeling in de verschillende zorgsectoren nogal uiteenloopt. Vooral de sterke ontwikkeling van de productiviteit in de ziekenhuizen springt in het oog. Met een groei van 80 procent over de periode 1980-2013 overstijgt deze de productiviteit van de ggz (+30%), de vvt-sector (+4%) en ghz (-14%) aanzienlijk. De hoge productiviteitsgroei van de ziekenhuizen is vooral een gevolg van belangrijke medisch-technische ontwikkelingen en bekostigingsprikkel, waardoor de verpleegduur in de loop van de tijd substantieel afneemt. Technologie speelt in de andere sectoren vanzelfsprekend een minder belangrijke rol.

Sturingseffecten Om de samenhang tussen beleid en productiviteit scherper in beeld te krijgen, worden de effecten van de verschillende beleidsmaatregelen via een integrale analyse gemeten. In deze analyse wordt de productiviteitsontwikkeling voor alle sectoren in verband gebracht met een aantal gehanteerde sturingsinstrumenten en enkele andere productiviteitsdeterminanten. Tabel S-1 vat de resultaten hiervan samen. In deze analyse wordt dus in feite getoetst of bepaalde beleidsinstrumenten een generiek effect sorteren. Als een specifiek beleidsinstrument volgens deze analyse wordt afgetoetst, betekent dit nog niet dat het beleidsinstrument niet effectief kan zijn in een bepaalde sector. Bij verschillende beleidsinstrumenten wordt een onderscheid gehanteerd naar incidenteel en structureel. Incidenteel verwijst naar een eenmalig effect dat alleen direct na invoering optreedt. Zo kan een instrument de relatieve doelmatigheid in een sector vergroten, waardoor de productiviteit eenmalig naar een

hoger niveau wordt gebracht. Een instrument heeft een structureel effect als het de sector permanent prikkelt om de technologie te verbeteren.

Naast de in tabel S-1 genoemde beleidsinstrumenten zijn de effecten van de deregulering van capaciteit en schaalvergroting geanalyseerd. Deze blijken niet-significant te zijn en worden uit de definitieve analyses weggelaten. Uit microanalyses blijkt echter wel dat schaalvergroting in de zorg effect heeft op de productiviteit. Zo worden de meeste ziekenhuizen in de loop van de tijd groter dan de zogeheten optimale schaal, maar dit geldt zeer waarschijnlijk ook voor de andere sectoren. Het gehele proces van schaalvergroting in de zorg gaat in de onderzoeksperiode tamelijk ongemerkt. Ook wordt in die tijd nooit expliciet beleid gevoerd om de schaal te vergroten. Hierdoor zitten mogelijk negatieve effecten van de schaalvergroting 'verscholen' in de autonome ontwikkeling.

Tabel S-1 Schattingsresultaten sturingseffecten in de zorg, 1980-2013

variabele	effect	standaardafwijking	T-waarde
autonome groei ziekenhuizen	0,027	0,006	4,824
autonome groei vvt-sector	0,012	0,007	1,741
autonome groei ghz-sector	0,005	0,006	0,762
autonome groei ggz-sector	0,018	0,006	2,859
budgettering incidenteel	0,017	0,007	2,473
marktwerking incidenteel	0,015	0,013	1,219
groei productie	0,404	0,056	7,242
budgettering structureel	-0,013	0,007	-1,925
marktwerking structureel	-0,001	0,008	-0,175

Budgettering leidt eenmalig tot een verbetering van de productiviteit. Dit duidt erop dat de doelmatigheidsverschillen tussen instellingen waarschijnlijk afnemen. Dit effect is altijd eindig en leidt dus tot een eenmalige ophoging van het productiviteitsniveau. Van een structureel hogere productiviteitsgroei is echter geen sprake. Op basis van de geschatte parameter voor structurele budgettering lijkt het er eerder op dat de budgettering de dynamiek in een sector vermindert en bijdraagt aan een lagere productiviteit.

De introductie van gereguleerde marktwerking leidt eenmalig tot een verhoging van de productiviteit. Het gemeten effect is overigens tamelijk onbetrouwbaar. Op termijn lijkt de marktwerking geen effect te hebben op de productiviteitsgroei. Het geschatte structurele effect is nagenoeg gelijk aan nul.