

PRODUCTIVITEIT

VAN OVERHEIDSBELEID

Deel 2

De Nederlandse zorg

1980-2013



Jos L.T. Blank

Alex A. S. van Heezik

Thomas K. Niaounakis

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 contracteerverplichtingen 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.

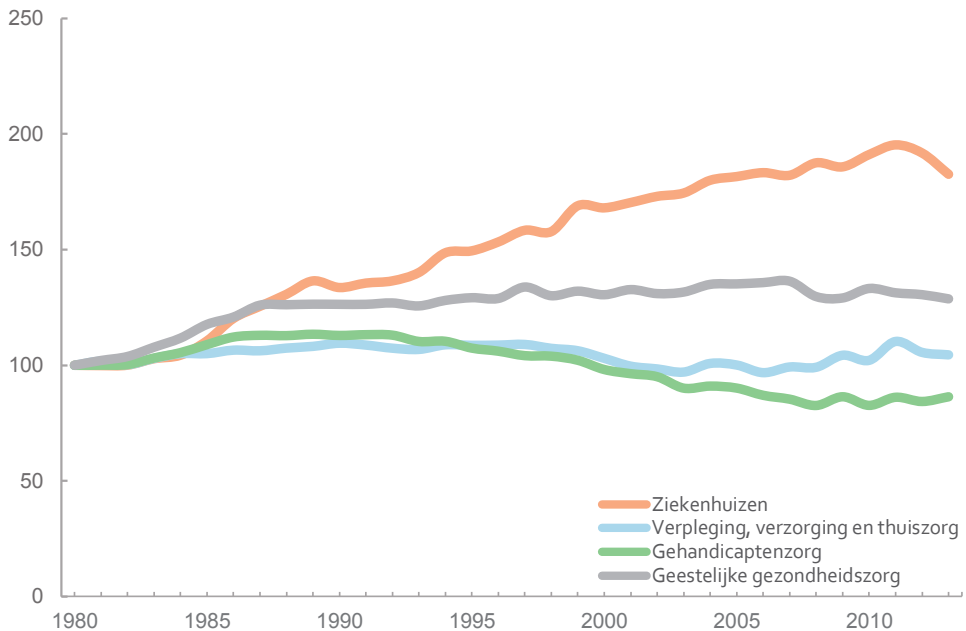
Andere maatregelen hebben vooral betrekking op de kwaliteit van de dienstverlening. Hierbij speelt vanaf 1996 vooral de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) een belangrijke rol. Terwijl de zorgkwaliteit eerder voornamelijk werd bewaakt en gestimuleerd door de overheid – via onder andere een erkenningensysteem, 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.

Een belangrijke determinant van de productiviteit is de groei van de productie. Een hogere productie wordt in eerste instantie opgevangen door de bestaande bezetting en capaciteit. Hierdoor stijgt de productiviteit. Het effect is substantieel. Een toename van de productie met bijvoorbeeld 3 procent leidt tot een productiviteitsverbetering van ruim 1,2 procent ($0,404 \cdot 3\%$).

De schattingsresultaten geven aan dat het model niet in iedere sector een even adequate beschrijving van de productiviteitsontwikkeling geeft. Zo past het model redelijk in de ziekenhuissector (45% verklaarde variantie) en heel matig in de andere sectoren (vvt: 20%; ghz: 19%; en ggz: 26%). Van een generieke werking van alle instrumenten lijkt dus geen sprake. De effectiviteit van instrumenten is dus contextgevoelig.

Kwaliteit en productiviteit

Hoewel het zorgbeleid in de afgelopen decennia vooral in het teken heeft gestaan van kostenbeheersing en productiviteitsverbetering, is er tegelijkertijd veel beleidsaandacht uitgegaan naar instrumenten om de zorgkwaliteit te verbeteren. Vanwege de zeer beperkte mogelijkheden om de kwaliteitsontwikkeling op lange termijn te kwantificeren, zijn de effecten van de kwaliteitsmaatregelen slechts ten dele in de productiviteitsmaat tot uitdrukking gebracht. Zodoende kan er dus sprake zijn van een vertekend beeld van de productiviteitsontwikkeling.

Om enige indicatie te verkrijgen van de mate van vertekening, zijn de ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid in de verschillende zorgsectoren op hoofdlijnen geschetst. Het algemene beeld dat daaruit oprijst, is dat de kwaliteit van de zorg door de tijd heen verbetert. Zo is duidelijk sprake van succesvollere behandelingen in ziekenhuizen. Dit blijkt onder meer uit de gestegen overlevingskansen van kankerpatiënten vanaf eind jaren tachtig en uit de daling van 30-dagen sterftcijfers van patiënten met acute aandoeningen (hartinfarct of beroerte) sinds 2000. In de andere zorgsectoren zijn de effecten van betere behandelingen minder evident, maar zijn er toch ook verschillende aanwijzingen voor kwaliteitsverbeteringen. Zo is de prevalentie van diverse kenmerkende problemen in de ouderenzorg (zoals decubitus en ondervoeding) in de loop van de jaren afgenomen. Bovendien levert de toenemende privacy van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen door de afbouw van het aantal meerpersoonskamers een belangrijke bijdrage aan verbetering van de kwaliteit van de zorg. In de ghz en ggz worden ook kwaliteitsverbeteringen gesignaleerd, al zijn de gegevens hierover nog schaarser dan in de andere zorgsectoren. Ook is er toenemende aandacht voor medezeggenschap en goede klachtenprocedures.

Ondanks de overwegend gunstige kwaliteitsontwikkelingen, komen er door de tijd heen regelmatig misstanden aan het licht. Vooral in de jaren tachtig zijn er veel klachten over de kwaliteit van de zorg: patiënten die niet uit bed worden gehaald, ondervoed zijn of worden vastgebonden. Mede door de commotie hierover wordt in de periode

daarna het kwaliteitsbeleid aangescherpt. Desondanks blijven er zich nog te vaak situaties voordoen waarin de zorg (ernstig) te wensen overlaat.

Behalve klachten over de geleverde zorg, is er in de loop van de tijd veel kritiek op vermindering van de aangeboden zorg. Het betreft hier de kwaliteit van zorg in brede zin, waarbij publieke belangen als toegankelijkheid en bereikbaarheid in het geding zijn. Omdat deze niet rechtstreeks van invloed zijn op de productiviteit, blijven deze 'kwaliteitseffecten' buiten beschouwing.

Al met al lijkt er tussen 1980 en 2013 *grosso modo* bij alle zorgsectoren sprake van een verbetering van de kwaliteit. Omdat kwaliteitsverbetering doorgaans gepaard gaat met een extra inzet van middelen, kan verondersteld worden dat de productiviteitsgroei van de verschillende zorgsectoren in meer of mindere mate onderschat is.

Conclusies en beleidsimplicaties

De afgelopen decennia zijn grote delen van de zorg op de schop gegaan. Kostenbeheersing, extramuralisering, ontschotting en marktwerking zijn sleutelbegrippen in het beleid dat ten grondslag ligt aan de vele veranderingen in de zorg. Deze wijzigingen hebben niet alleen een grote impact op het functioneren van de sectoren, maar ook op het welbevinden van personeel, management en patiënten/cliënten. Zo zijn er bijvoorbeeld veel klachten over de flexibilisering van arbeid, die zich manifesteert in grote aantallen oproepkrachten, tijdelijke dienstverbanden en zzp-constructies. En veel patiënten/cliënten raken de weg kwijt in de doolhof van regels met betrekking tot indicatiestellingen, eigen bijdragen, zorgkantoren en verzekeraars.

Tegelijkertijd worden ook vraagtekens geplaatst bij de effecten die het beleid heeft gehad op de doelmatigheid en productiviteit van de zorg. De verbetering hiervan is steeds een belangrijk oogmerk van de overheid geweest, maar of dit ook verwezenlijkt is wordt betwijfeld.

Beïnvloeding productiviteitsgroei door overheid beperkt Uit deze studie blijkt dat in drie van de vier onderzochte zorgsectoren sprake is van productiviteitsverbetering, in de ziekenhuissector zelfs aanzienlijk. Dit is echter slechts voor een beperkt deel te danken aan (gericht) overheidsbeleid. De overheidsbeïnvloeding van de productiviteit vindt vooral plaats via ingrepen in de vraag, door aanpassingen in indicatiestellingen, invoering eigen bijdragen en eigen risico. Een ruimere indicatiestelling leidt bijvoorbeeld tot een groei van de vraag en daarmee tot een hogere productie. Dit resulteert in een stijgende productiviteit, omdat de toegenomen productie in eerste instantie met dezelfde middelen moet worden geleverd.

Ook al hebben dit soort maatregelen (indirect) effect op de productiviteit, vraagbeïnvloeding is natuurlijk geen instrument om de productiviteit te verbeteren. Instrumenten

die daar wel voor in aanmerking komen blijken echter weinig of geen invloed uit te oefenen. Budgettering lijkt nog wel enig effect te sorteren. Van (gereguleerde) marktwerking is de invloed op de productiviteitsontwikkeling vooralsnog niet vast te stellen. Duidelijk is ook dat in de sector waar de hoogste productiviteitswinst is gerealiseerd, de ziekenhuizen, dit vooral is toe te schrijven aan de sterke medisch-technologische ontwikkelingen in deze sector. Wel worden deze ontwikkelingen deels via bekostigingsprikkels gestimuleerd.

Budgettering: niet erg effectief De invloed van de budgettering is zowel positief als negatief. Budgettering draagt bij aan een verbetering van de relatieve doelmatigheid. Instellingen laten ten opzichte van elkaar minder verspilling zien, waardoor eenmalig een positief effect optreedt. Op de lange termijn heeft budgettering een negatief effect op de productiviteitsgroei. Blijkbaar is budgettering geen stimulans om steeds productiever te worden, bijvoorbeeld via allerlei innovaties. Op de korte termijn is er dus wel een effect (de ondoelmatige instellingen worden doelmatiger), maar op de lange termijn niet (de sector als geheel verbetert niet).

Bekostigingssysteem: ziekenhuizen goede prikkels De relatief hoge productiviteitsgroei in de ziekenhuissector ontstaat vooral door de groeiende technische mogelijkheden, maar ook omdat de overheid de bekostiging zodanig instelt dat ziekenhuizen worden gestimuleerd innovaties door te voeren. Omdat door de jaren heen opnamen en polikliniekbezoeken en recent de DBC's altijd de belangrijkste parameters zijn in de bekostiging van ziekenhuizen en niet de verpleegdagen, is er altijd een prikkel aanwezig om de verpleegduur te verkorten. Dit heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de productiviteitsgroei. Een dergelijke prikkel ontbreekt in de andere onderzochte sectoren. Daar is immers niet het aantal behandelde patiënten de productiemaatstaf, maar de hoeveelheid geleverde zorg (bijvoorbeeld in verpleegdagen of zorguren).

Marktwerking: effecten op productiviteit niet zichtbaar De introductie van gereguleerde marktwerking moest de productiviteit verbeteren. Dit blijkt vooralsnog niet aan te tonen. Overigens is het lastig om het effect van marktwerking (geïsoleerd) vast te stellen. Tijdens de invoering van gereguleerde marktwerking vinden er ook andere beleidswijzigingen plaats, bijvoorbeeld nieuwe productregistratie of vrijere besteding van kapitaal. De marktwerking in de ziekenhuissector lijkt gesmoord door het Hoofdlijnenakkoord in 2012, waardoor men in feite terugkeert naar een vorm van budgettering. Er is dan de facto geen sprake meer van marktwerking. In zijn algemeenheid geldt dat er in de Nederlandse zorg geen volwassen vorm van marktwerking bestaat. Allerelei vormen van vergaande regulering ondermijnen een effectieve marktwerking. Ook daarom is het eigenlijk niet mogelijk een duidelijke uitspraak over de effecten van marktwerking te doen.

Schaalvergroting: negatieve effecten Instellingen in de zorgsector zijn in de afgelopen decennia veel groter geworden. De schaal van de ziekenhuizen neemt tussen 1985 en

2013 met ruim een factor 5 toe. Voor een groot deel is dit het gevolg van de vele fusies in de zorg. Er is een aantal belangrijke prikkels aan te wijzen voor schaalvergroting, maar er wordt hier, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in het onderwijs, nooit heel expliciet beleid op gevoerd. In het kader van de extramuralisering verwijderd de overheid een aantal schotten tussen voorzieningen. Hierdoor krijgen instellingen de mogelijkheid om meer verschillende zorgvoorzieningen onder één dak te brengen. Dat gebeurt ook veelvuldig. Deze bundeling van voorzieningen komt vooral voor in de vvt- en de ggz-sector. Ook bestaat er in de ziekenhuissector lange tijd een onbedoelde 'fusiebonus' door een weeffout in de bekostigingssystematiek.

Er zijn studies, gebaseerd op microgegevens, die aantonen dat de schaalvergroting in de loop van de tijd in een aantal sectoren te ver doorschiet. Uit de analyses hier is dat niet direct zichtbaar te maken. Waarschijnlijk wordt dat door de autonome component 'ingevangen'. De schaalvergroting manifesteert zich sluipenderwijs. Zo laten Blank et al. (2011) zien, dat maar liefst 5 procent van de productiviteitsgroei in de ziekenhuizen tussen 2003 en 2009 verdampt door de schaalvergroting.

Resumé: de sturingsmogelijkheden samengevat Het verbeteren van de doelmatigheid en productiviteit van de zorg staat de afgelopen decennia steeds hoog op de beleidsagenda. Uit dit onderzoek komt echter naar voren dat de overheid nooit nadrukkelijk inzet op productiviteitsverbetering, al wordt in veel beleidsstukken betoogd dat dit een belangrijke bijdrage kan leveren aan het beheersen van de kostengroei. Ondanks verschillende pogingen om marktprikkels te introduceren en daarmee de productiviteit te stimuleren, slaagt de overheid er lange tijd niet in om dit te realiseren. Het beleid concentreert zich hoofdzakelijk op kostenbeheersing via volumebeheersing. De daarbij toegepaste instrumenten dragen slechts weinig bij aan (een structurele) groei van de productiviteit. Hierin treedt echter ook geen verbetering op na de hervorming van het zorgstelsel in 2006, waardoor er uiteindelijk toch een zekere mate van marktwerking in de zorg wordt gerealiseerd. De marktwerking is echter zodanig gereguleerd en gebrekkig dat er geen effect op de productiviteit is vast te stellen. In feite is in alle zorgsectoren sprake van een hybride systeem. Hiervan zijn tal van voorbeelden aanwezig. Zo is er zogenaamd sprake van 'vrije prijzen', terwijl het bijvoorbeeld gaat om heel kleine vrije marges.

Overigens moet hier ook nog worden gewezen op de maatregelen die zijn genomen om substitutie tussen zorgvoorzieningen te realiseren. Dit zou ook moeten bijdragen aan een verbetering van de productiviteit van de zorg vanuit een breder perspectief. In feite geeft het beleid hiermee aan dat patiënten vanwege de verkokering zorg aangeboden krijgen die overbodig duur is. Deze vorm van productiviteitsgroei komt in de hier gepresenteerde cijfers nergens tot uitdrukking. Ten principale zou een dergelijke analyse wel te maken zijn, maar de kwaliteitsdimensie gaat dan een nog grotere rol spelen. Velen zullen een dergelijke substitutie ook als kwaliteitsverlies interpreteren.

Resumerend kan worden vastgesteld dat er vanuit historisch perspectief niet veel valt te zeggen over de mogelijkheden om de productiviteit in de zorg te stimuleren. Duidelijk is wel dat de in het verleden genomen maatregelen betrekkelijk weinig of geen effect sorteren op de productiviteit. Dit zijn dan ook meestal maatregelen die zich niet primair op productiviteitsverbetering richten, maar zich vooral concentreren op het terugdringen van het zorggebruik. Bij de introductie van geregleerde marktwerking is productiviteitsbevordering wel een belangrijk motief. Tot nu toe lijkt echter nog geen sprake van een dergelijke stimulerende werking. Daarmee is overigens niet gezegd dat marktwerking geen mogelijkheden biedt om de productiviteit in de zorg te verhogen. In de huidige hybride vorm lijkt de kans daarop weliswaar klein, maar als er een betere (geregleerde) marktwerking tot stand komt, kunnen de kansen misschien keren. Het is daarom aan te raden om via nader kwalitatief en empirisch micro-onderzoek meer zicht te krijgen op de achtergronden van de gevonden ontwikkelingen.

Het is hierbij uiteraard van belang acht te slaan op de verschillen tussen de diverse zorgsectoren. Op basis van de productiviteitstrends die in deze studie zijn geschetst is duidelijk, dat de ziekenhuissector vermoedelijk de beste mogelijkheden heeft om de productiviteit verder te verbeteren. Dit vooral dankzij de grote technische mogelijkheden in deze sector, zeker in vergelijking met de andere zorgsectoren. Ook in de nabije toekomst zal dit verschil blijven bestaan en wellicht zelfs nog toenemen, vooral ook door het verschil in type zorggebruikers. Anders dan in de ziekenhuizen gaat het in de andere zorgsectoren meestal om langdurig zieken, voor wie de zorg een stuk arbeidsintensiever is en techniek een bescheiden rol speelt. Daarnaast kunnen cultuurverschillen van invloed zijn. In de ziekenhuissector is men al sinds jaar en dag gewend met marktprikkels om te gaan. Denk bijvoorbeeld aan de zelfstandige specialisten, maar ook aan de verstrekking van medicijnen. Door al deze factoren zullen de economische gedragsreacties in de ziekenhuissector waarschijnlijk sterk verschillen van de andere sectoren en daardoor ook de mogelijkheden om de productiviteit te stimuleren.

Summary

Focus report

The central theme of this study is the relationship between policy and productivity in the Dutch healthcare sector. In order to understand this relation better, we examined policy and productivity developments in four areas of the Dutch healthcare sector: hospitals (zh), nursing home care and home care (vvt), care for the disabled (ghz) and mental health care (ggz). Unfortunately, we were not able to include general practitioners due to a lack of good data. This is a significant omission within this study.

The findings by sector were combined and compared using a meta-analysis. Based on this meta-analysis, we examined which tools are the most effective in improving productivity in healthcare – and more generally across the public sector.

Policy trends

Dutch healthcare has undergone many changes in recent decades. Many of these have been small-scale customized solutions, improvements and nuances, but some can also be regarded as major reforms. All the changes that have occurred in healthcare are largely attributable to policies that were put in place in around 1980.

The central issues that have been addressed by policy are affordability, accessibility and quality. Affordability is pursued through cost control and increasing efficiency. Limiting the rapid growth in costs has been addressed mainly by controlling production volume and increasing productivity. Many measures have been aimed to curb the ever-increasing demand for care as a result of rising prosperity, an aging population, the increasing empowerment of citizens and growing technical capabilities. The government attempts to increase efficiency by developing a system with sufficient incentives for institutions and healthcare providers to deliver quality care at the lowest possible cost. The accessibility policy focuses on means guaranteeing that all citizens have the same opportunity to make use of care: physical or financial obstacles should not play a role. Quality refers to guarantees for citizens that the best possible outcomes in the medical process or nursing are achieved. This quality must meet certain standards and improve over time; these standards are set by each healthcare provider.

In order to achieve the policy objectives various policy instruments have been implemented. Besides the use of budgetary instruments, measures are also in place for extramuralization and decompartmentalization. Under names such as regulated competition and deregulation of capacity planning, a policy has also been developed to reduce government involvement in the demand for care by improving the alignment of demand (patients) and supply (providers). This should not only improve the efficiency of care, but also lead to improvements in quality and flexibility. Increasing efficiency is also encouraged by promoting economies of scale, although this does not usually occur

in a very explicit manner. Often, upscaling is a by-product of other policy instruments. An example of this is the upscaling in the sector of nursing home care and home care (vvt). The decompartmentalization of nursing home care, homes for the elderly care and home care has led to the integration of these types of care and therefore to considerable upscaling.

In order to control costs in healthcare, the government initially opted mainly for budgetary instruments. Macro budgets were initially translated into production agreements. By applying tighter budgets, institutions were forced to work more efficiently. In 1983, hospitals were the first institutions to implement budgeting. A year later, most other health services became budgetised. However, it still took several years before the entire budget was function-based. This applied to the general hospital sector from 1989 onwards, although academic hospitals only followed in 1997.

Within the system of budgeting, the capital component with regard to housing is set entirely separately. Fees for real estate investment are directly linked to a system of approvals for capacity, as provided for by the Hospitals Act (WZV). Under this 'building regime', institutions (except nursing homes until 1985) only have limited freedom in allocating their resources. This did not change until the government phased out the building regime in 2008/2009 (deregulation capacity). From that point onwards, institutions had full control of investment in upgrading or expanding capacity.

With the introduction of the budgeting system, it soon became difficult to meet the demand for care, and waiting lists occurred as a result. These waiting lists caused such dissatisfaction (including litigation) that budgeting was no longer sustainable. In around 2000, this led to measures to reduce waiting lists. These measures can be regarded as an open-ended funding system. With the abolition of the 'butter-with-the-fish' scheme in 2005, the budget system was reinstated. From that year onwards, however, the government also started the gradual introduction of demand-driven funding, through the introduction of Diagnosis Treatment Combinations (DTCs) in curative care and (some years later) of Care Service Packages (CSPs) in long-term care.

The introduction of the DTCs and CSPs was an important step towards strengthening market incentives in healthcare. Earlier, also several measures were taken for increasing competition. Home care was a precursor to this. In the 1990s, the government created scope for new (private) providers and for setting prices and services. After the year 2000, this policy was continued. The main change was to introduce market incentives into the hospital sector in 2005. From that year onwards, hospitals and health insurers get the ability to negotiate prices and volumes for a limited part of the production (10%). In subsequent years, this proportion gradually increased. In 2013, approximately 70% (in terms of cost) of DTCs were under this 'free' regime. The word free is relative here because all kinds of restrictions apply regarding the contracting of hospitals and treatments. In reality, it is not possible to purchase services in a selective way in this market. In 2009, the free market was also extended to nursing and home

care, in-patient mental health care and care for the handicapped. Actually, it is not correct to speak of a 'free market'. Freedom only applies to a single aspect, such as price, and then usually only within a fixed range. Entering the market is often difficult or impossible, volumes often remain fixed, and due to contractual obligations and settlements there is hardly any risk-taking. Exiting the market (e.g. due to bankruptcy) is a problematic issue.

Property rights have also changed substantially over time. While in the initial period there were private for-profit parties in elderly care, these institutions disappeared entirely from the scene. The same applies to healthcare institutions owned by the government, such as municipality hospitals. Nowadays, almost all institutions are not-for-profit foundations. Important exceptions to this are the professional groups, such as doctors, dentists, physiotherapists, psychologists in primary care and medical specialists. They have always had (as part of the medical profession) the status of self-employed professionals (often in partnerships). With the introduction of the regulated competition in hospitals, the government is trying to put downward pressure on the fees of specialists by only giving the hospitals the authority to negotiate with healthcare insurers, for example through integrated tariffs for medical treatments (i.e. including the fees for the medical specialist). In the hospital sector, a small part of production is now in the hands of (mainly private) independent health centres, but this is highly restricted.

In addition to these measures, several other initiatives to modernize healthcare have also been undertaken during recent decades. These were primarily interventions intended to affect the volume of healthcare demand. This includes measures that influence the indication, modify the claims on healthcare and measures with regard to private contributions and own-risk excess. Although this type of actions does not intervene directly in the production process, they do have an indirect influence. A sudden increase or decrease in demand affects the occupancy rate in an institution and thus its efficiency.

Other measures relate particularly to the quality of service, which is dealt with primarily in the 1996 Quality of Care Act (KWZ). While the quality of care was originally monitored and encouraged by the government - through a certification system, policies on training, planning and the State Inspectorate for Public Health - these tasks have now been moved to healthcare providers. The KWZ obliges healthcare institutions to monitor, control and improve the quality of care systematically. The government now only sets and monitors the parameters. In addition to the KWZ, the government has also implemented laws to strengthen the position of patients.

Apart from legislation, the government is also trying to improve the quality of care by funding. For example, since 1996, the policy has been to ensure greater patient privacy in nursing homes by the accelerated phasing out of shared rooms. Moreover, the government provides subsidies to encourage quality, including the development of

indicators for the quality of care. Many of these measures result in improved service. To what extent this is the case often remains unclear, however, because unambiguous quality indicators (and therefore data) are often lacking.

Policy and productivity

Developments over time Figure S-1 presents the changes in the productivity of the healthcare sectors since 1980. Productivity reflects the production delivered for every euro spent, adjusted for changes in prices. Production is a weighted measure of different types of care. Depending on the type of care, production may be expressed in, for example, the number of admissions, the number of day treatments or the number of care hours provided. In addition, these estimates take into account the composition of the patient population (case mix), where possible. In the hospital sector, non-care related activities are discounted in this measure of production.

Figure S-1 Development Productivity, 1980-2013 (index 1980 = 100)

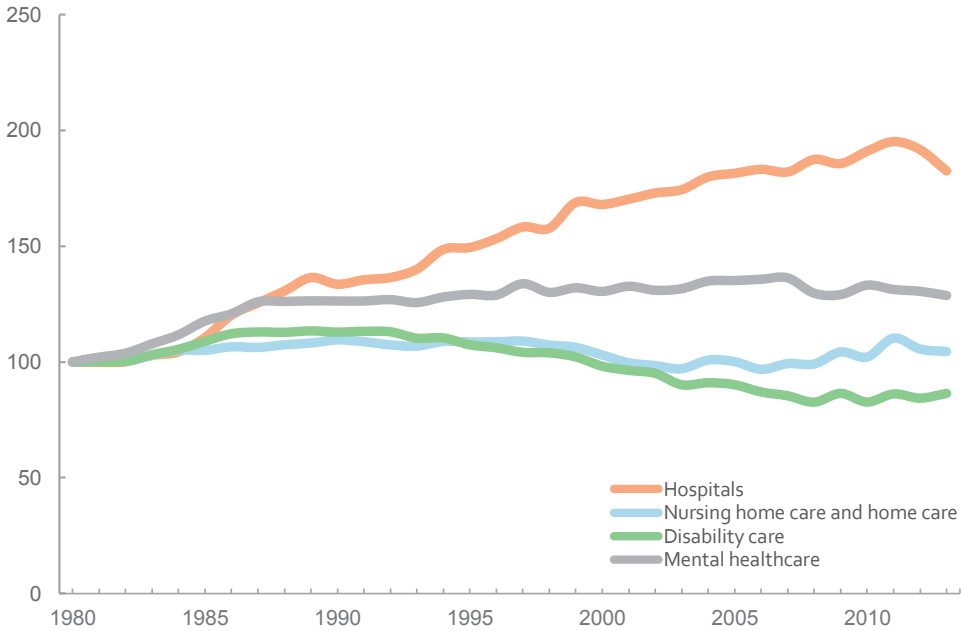


Figure S-1 shows that productivity growth varies strongly between the different health care sectors. The strong growth of productivity in the hospital sector is striking. With a growth of 80% in the period 1980-2013, it exceeds the increase in productivity in mental health care (+ 30%), the vvt-sector (+ 4%) and ghz (- 14%). The high productivity of hospitals is mainly due to major medical-technical developments and funding incen-

tives, which have led to a substantial decrease in the average length of hospital stays over time. Technology plays a less important role in the other sectors.

Management effects To understand the link between policy measures and productivity, the effects of the various policies were evaluated using meta-analysis. In this analysis, the development of productivity for all the sectors was associated with a number of policy instruments applied and other determinants of productivity. Table S-1 summarizes the results. In fact, this analysis tests for the generic impact of certain policies. If a specific policy is rejected as ineffective according to this analysis, this does not mean that the policy is not effective within a specific sector. For the various policy measures, a distinction is applied between incidental and structural effects. An 'incidental effect' refers to a one-off effect which occurs only immediately after implementation. For example, an instrument can increase the relative effectiveness, so that the productivity in a sector is brought to a higher level only once. An instrument has a 'structural effect' if it permanently drives technological improvements in a sector. In addition to the policy measures mentioned in S-1, the effects of the deregulation of capacity and upscaling are also analysed. These do not appear to be significant and have been omitted from the final analyses. Micro analyzes indicate, however, that scaling up has an effect on productivity in healthcare. Most hospitals, for example, have become larger than the so-called optimum scale in the course of years and this is very likely to apply to other sectors too. The entire process of scaling-up healthcare is progressing rather dormant. There are no policies aimed explicitly at upscaling. The possible hidden (negative) effects of diseconomies of scale are probably captured by the autonomous development.

Table S-1 Estimation of results of management effects in healthcare, 1980-2013

Variables	Effect	Standard Error	T-value
Autonomous growth, hospitals	0.027	0.006	4.824
Autonomous growth, nursing home sector	0.012	0.007	1.741
Autonomous growth, disability care sector	0.005	0.006	0.762
Autonomous growth, mental health sector	0.018	0.006	2.859
Incidental budgeting	0.017	0.007	2.473
Incidental market forces	0.015	0.013	1.219
Production growth	0.404	0.056	7.242
Structural budgeting	-0.013	0.007	-1.925
Structural market forces	-0.001	0.008	-0.175

The budgeting system leads to an incidental improvement in productivity. This indicates that the differences in efficiency between institutions probably decreased. This effect is always finite and therefore produces a one-off rise in productivity. However, there appears to be no structural productivity growth. Based on the estimated parameters for structural budgeting, it seems more likely that budgeting reduces the dynamics in a sector and contributes to lower productivity.

The introduction of regulated competition leads to an increase of productivity, though the measured effect is fairly unreliable. Over time, regulated competition seems to have no effect on productivity. The estimated structural effect is broadly equal to zero.

An important determinant of productivity growth is the growth of production. Higher production is achieved in the first instance by existing resources and capacity and thus improves productivity. The effect is substantial. An increase in production of, for example, 3% leads to a productivity improvement of more than 1.2% ($0.404 * 3\%$).

The estimation results show that the model does not give an equally adequate description of the development of productivity in each sector. For example, the model fits reasonably well with the hospital sector (45% explained variance) but is inadequate for the other sectors (vvt: 20%; ghz 19% and mental health care: 26%). There is no generic effect for all instruments. The effectiveness of the instruments thus depends on context.

Quality and Productivity

Although care policy in recent decades has mainly been dominated by cost control and productivity improvements, it has also focused on policy instruments to improve the quality of care. Due to the difficulty of quantifying long-term changes in quality outcomes, the effects of quality measures are only partially expressed in the productivity measure. They may therefore give a distorted view of productivity development.

To estimate the degree of distortion, the trends in quality outcomes in the various healthcare sectors are outlined. The overall picture that emerges is that over time, the quality of care has improved. For example, there is clear evidence of more successful treatments in hospitals. This is, among others, reflected in the increased survival rate among cancer patients from the late 1980s onwards and in the reduction of 30-day mortality rates for patients with acute disorders (myocardial infarction or stroke) since 2000. In other care sectors, the effects of better treatment are less evident, but there are also indications of quality improvements. For example, the prevalence of various problems among the elderly (such as pressure ulcers and malnutrition) has been reduced over the course of the years. More privacy for residents of nursing homes has been achieved by reducing the number of multiple-bed rooms, making an important contribution to improving the quality of care. In care for the handicapped and in mental health care, quality improvements are also detected, although the data are even more

scarce here than in other healthcare sectors. There is also an increasing focus on participation and effective complaints procedures.

Despite the generally favourable developments in relation to quality, abuses have also regularly come to light. Especially during the 1980s, there were many complaints about the quality of care: patients who were not taken out of bed, were malnourished or tied. Partly due to the resulting public opprobrium, the government intensifies its efforts on quality improvement. Notwithstanding this, situations still arise in which the care provided is well beneath the acceptable standards.

In addition to complaints about the care provided, many people also criticize the reduction in the amount of care available. This concerns the quality of care in the broadest sense, and involves issues such as availability and accessibility. This does not have a direct impact on our measure of productivity, however, because these broader quality aspects are not taken into account. It should be emphasized that productivity and quality in this analysis are related to the actual services delivered. We do not evaluate the healthcare system as a whole in terms of its ability to meet social demands.

All in all, between 1980 and 2013 it appears that, on average, there was an improvement in quality in all care sectors. Because quality improvements usually require more resources, it can be assumed that the measured productivity for the healthcare sector has been underestimated to some extent.

Conclusions and policy implications

In recent decades, major policy reforms in healthcare have taken place. Cost control, extramuralization, decompartmentalization and regulated competition are the key concepts of the policy underlying the many changes in healthcare. These changes have not only had a major impact on the functioning of the sector, but also on the well-being of staff, management and patients or clients. For example, there have been many complaints about the effect of flexible labour, which manifests itself in larger numbers of on-call workers, temporary employment and self-employed workers. Many patients and clients are also bewildered by the maze of rules relating to assessments, co-payments, healthcare offices and insurers.

At the same time, questions have also been asked about the impact that this has had on the efficiency and the productivity of the care sector. Improvement of productivity has always been an important objective of the government, but whether this has been achieved remains uncertain.

The influence of the government on productivity is limited This study shows that in three of the four care sectors studied there has been an improvement in productivity, and that in the hospital sector this improvement has been quite substantial. However, this is

only partly due to government policy. The productivity of government intervention has occurred mainly through demand-side interventions and changes in the accessibility of care, the introduction of co-payments and deductibles. Increased accessibility can lead to growth in demand and thus higher production. This results in an increase in productivity because increased production must initially be achieved using the same resources.

Even though such measures (indirectly) affect productivity, demand-side intervention is obviously not a tool that can be used to improve productivity over the long term. Instruments that are designed specifically to influence productivity, on the other hand, appear to have had little or no effect. Budgeting seems to have some effect. The effect of regulated competition on productivity growth has not yet been determined. It is clear that in sector where the highest productivity gain has been achieved - hospitals - this has mainly been due to significant medical technological technical progress. However, this progress has been promoted partly through funding incentives.

Budgeting system: less effective The impact of budgeting has been both positive and negative. Budgeting contributes to an improvement in relative efficiency. Institutions operate more efficiently in relation to one another; however, this positive effect is a one-off event. In the long term, the system of budgeting has a negative effect on productivity. It seems that budgeting does not incentivize productivity gains through innovation, for example. So in the short term there is an effect (the inefficient institutions become more efficient), but in the long term this is lacking (the sector productivity as a whole does not improve).

Funding system: good incentives for hospitals The relatively high productivity growth in the hospital sector has been caused mainly by the growth in technical capabilities, but also because the government funds hospitals in such a way that they are encouraged to innovate. Over the years, in the funding of hospitals and recently in the DTCs, admissions and outpatient visits have always been the most important parameters rather than patient days, so there is always an incentive to shorten the length of hospital stays. This has contributed significantly to productivity growth. Such an incentive is lacking in the other sectors studied. In these sectors it is not the number of patients treated that is the production measure, but the volume of care provided (e.g. measured in nursing care hours or days).

Regulated competition: effects on productivity are not visible It has been assumed by policymakers that the introduction of regulated competition should improve productivity. Yet this improvement is not detectable, though this may be partly due to the difficulty to determine the effect of regulated competition in isolation. During the introduction of regulated competition, other policy changes took place as well, such as new product registration and the liberalization of capital spending. The competition in the hospital sector seems to be undermined by the *Hoofdlijnenakkoord* in 2012, which actually returns to some form of budgeting system. There is no longer regulated

competition de facto, since demand is regulated by the budgeting system. In general, there is actually no mature form of competition in Dutch healthcare. All kinds of far-reaching regulation undermines effective competition. For this reason too, it is not really possible to make an unequivocal statement about the effects of regulated competition.

Up-scaling: adverse effects Over recent decades, healthcare Institutions have become much larger. Between 1985 and 2013, the size of hospitals increased by more than a factor of 5. To a large extent, this was the result of many mergers. There are a number of significant incentives for mergers, but unlike in education for example, there has never been an explicit policy to promote consolidation. In the context of extramuralization, the government has removed a number of barriers between facilities. This allows institutions to house several types of care facilities under one roof. This happens quite frequently. This pooling of services occurs mainly in the vvt and the mental health sector. In the hospital sector, there has long been an unintended 'merger bonus' due to a flaw in the funding system.

Some studies based on micro data show that over the course of time, the size of institutions has increased in a number of sectors. The analysis here does not provide clear evidence of this, but the autonomous component probably captures this negative scale effect. Up-scaling has manifested itself insidiously. In the hospital sector, Blank et al. (2011) show that between 2003 and 2009 as many as 5% of the productivity growth in hospitals was offset by an increase of the scale of institutions.

Resumé: managing productivity summarized In recent decades, improving the efficiency and productivity of health care has consistently high policy priority. However, this study shows that the government has never explicitly bet on productivity improvement in the healthcare sector, even though it has argued in many of its policy documents that this could make an important contribution to controlling the escalation of healthcare costs. Despite several attempts to introduce market incentives and thereby boost productivity, the government did not succeed in achieving this for a long time. Policy has focused primarily on cost containment through volume control. The policy instruments applied have contributed little to (structural) productivity growth. After the health system reforms of 2006, when a certain degree of regulated competition in healthcare was finally realized, still no improvement was observed. The market is so highly regulated and deficient that no impact on productivity can be determined. In fact, all the care sectors are operating in a hybrid system. Several examples can be given which attest to that. For instance, policy cites 'liberalized pricing' while in reality there are only very small free margins.

It should also be noted here that measures are being taken to achieve substitution between care facilities. This should also contribute to improving the productivity of healthcare from a broader perspective. In fact, this policy indicates that received care is unnecessarily expensive because of compartmentalization between different services.

This kind of potential for productivity growth is not reflected anywhere in the figures presented here. Such an analysis could be undertaken, but the quality dimension would then play an even greater role. Many would also interpret substitution between services as a quality loss.

Summarizing, it can be concluded that there is not much to be said from a historical perspective on the opportunities for boosting productivity in healthcare. It is clear that the measures taken in the past have had relatively little or no effect on productivity. These were usually measures which did not focus primarily on improving productivity, but mainly on reducing healthcare consumption. At the time of the introduction of regulated competition productivity, achieving improvements was an important motive. However, it seems that up until now no evidence could be provided for any such a stimulating effect. This does not mean that competition provides no opportunities to improve productivity in healthcare. In today's hybrid form, the chances of this seem small, but if a better (regulated) market is established, the chances may improve. It is therefore advisable to improve understanding through detailed qualitative and empirical micro-research on the background of the developments observed.

In carrying out such research, it is of course important to bear in mind the differences between the various care sectors. On the basis of the productivity trends that have been outlined in this study, it is clear that the hospital sector should have the most potential for further productivity improvements. This is mainly thanks to the myriad of technical possibilities in this sector, particularly in comparison with other healthcare sectors. In the near future, this difference will persist and perhaps even increase, especially due to the difference in the type of care users. Unlike hospitals, other healthcare sectors deal mainly with long-term illness, the care provided is much more labour-intensive and technique plays a modest role. In addition, differences in culture may play a role. In the hospital sector, people have long been accustomed to coping with market incentives - think of independent specialists, but also of the provision of medicines, for example. Due to all these factors, the economic behaviour in the hospital sector will probably differ significantly from the other sectors and therefore also the potential for productivity improvements.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De zorg is een belangrijke pijler in onze maatschappij. Een gezond en lang leven draagt direct bij aan het levensgeluk van individuen en daarbij aan onze welvaart. Niet alleen het directe effect van gezondheid draagt hieraan bij maar ook allerlei indirecte effecten. Zo wordt onze welvaart medebepaald door de gezondheid van directe relaties, maar ook stelt gezondheid mensen in staat om maatschappelijk te participeren en in hun eigen bestaan te voorzien. Daarnaast is de zorg van grote betekenis voor de verdere ontwikkeling van de maatschappelijke welvaart. Juist doordat individuen zich maatschappelijk en professioneel kunnen manifesteren, draagt goede zorg bij aan een grote collectieve welvaart.

Nut en noodzaak van het recht op toegankelijke en betaalbare zorg zijn zo sterk geworteld in onze samenleving dat het bieden van goede zorg een kerntaak van de overheid is en ook in de Grondwet en internationale verdragen is vastgelegd. Artikel 22 (lid 1) van de Grondwet meldt dat 'De overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid'. Het 'recht op zorg voor de gezondheid' is verder vastgelegd in het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR), het Europees Sociaal Handvest (ESH) en het Grondrechtenhandvest van de Europese Unie. Verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg staat hierin centraal. De overheidsverantwoordelijkheid voor de zorg strekt zich uit over een heel scala van voorzieningen.

Zorgsectoren

Op basis van gegevens van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kunnen deze zorgvoorzieningen worden ingedeeld in tien sectoren. In figuur 1-1 worden deze zorgsectoren schematisch weergegeven. De sector openbare gezondheidszorg en preventie bestaat uit drie categorieën: de gemeentelijke gezondheidsdiensten, bevolkingsonderzoeken en overige openbare gezondheidszorg, waaronder bijvoorbeeld het Nederlands Vaccin Instituut (NVI). De sector eerstelijnszorg is onder te verdelen in vijf categorieën: huisartsenzorg, mondzorg, verloskunde, fysiotherapie en overige eerstelijnszorg, zoals diëtisten- en logopediepraktijken. De sector ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg betreft voornamelijk ziekenhuizen en de veelal daaraan verbonden praktijken van medisch specialisten. Bij de sector verpleging, verzorging en thuiszorg gaat het om zorg die in verpleeg- en verzorgingshuizen en bij mensen thuis wordt verleend. De ghz vindt vooral plaats in de instellingen, maar ook bij gezinnen. Hetzelfde geldt voor de ggz. De sector ambulancezorg en vervoer bestaat uit de categorieën ambulancediensten en taxivervoer. Tot de sector overige zorg behoren onder andere de arbodiensten en abortusklinieken. De sector welzijnszorg is onder te verdelen in vijf categorieën: kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke opvang (bijvoorbeeld asielzoekerscentra),

voorzieningen gehandicapten en overig welzijn, waaronder wijkcentra en jeugdgebouwen. In de sector genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen en beheer houdt de overheid zich onder andere bezig met toezicht en regelgeving ten aanzien van medicijnen, audiciens en opticiens en transplantaties.

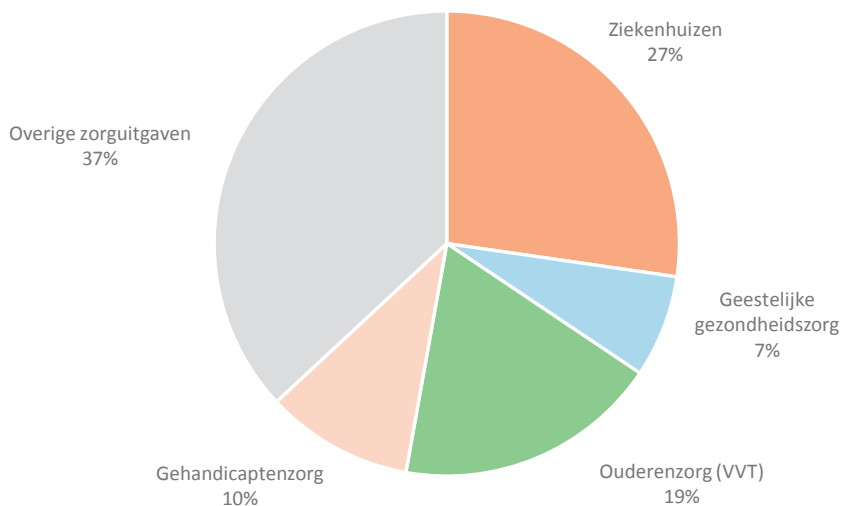
Figuur 1-1 Zorgsectoren in Nederland

Openbare gezondheidszorg en preventie	Geestelijke gezondheidszorg
Eerstelijnszorg	Ambulancezorg en vervoer
Ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg	Overige zorg
Verpleging, verzorging en thuiszorg	Welzijnszorg
Gehandicaptenzorg	Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen en beheer

Bron: <http://www.nationaalkompas.nl>

Deze studie richt zich op vier zorgsectoren: ziekenhuiszorg (inclusief medisch-specialistische zorg), verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt), gehandicaptenzorg (ghz) en geestelijke gezondheidszorg (ggz). De zorguitgaven voor deze vier sectoren tezamen, in 2013 58,7 miljard euro, beslaan 63 procent van de totale zorguitgaven inclusief welzijnszorg (in 2013 93 miljard euro). Zoals in figuur 1-2 is te zien wordt het grootste deel hiervan besteed aan ziekenhuis- en ouderenzorg. De uitgaven voor de ghz en ggz volgen op enige afstand. Kijken we alleen naar de uitgaven voor geneeskundige en langdurige zorg dan nemen de vier sectoren bijna driekwart hiervan voor hun rekening. Het overige kwart betreft met name uitgaven voor eerstelijnszorg, zoals huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten. Helaas is het niet mogelijk deze sectoren in de analyse te betrekken, vanwege een gebrekkige registratie van productie en kosten in het verleden.

Figuur 1-2 Uitgaven aan zorg in 2013 in procenten



Bron: CBS, Statline

Onderzoeksthema en onderzoeksvragen

De zorguitgaven komen bijna geheel ten laste van de belasting- en premiebetaler met mogelijk negatieve effecten op de economie als geheel. Hoge belastingtarieven kunnen negatieve effecten hebben op de arbeidsparticipatie van burgers of de investeringsgevoeligheid van bedrijven. Bovendien gaan (te hoge) zorguitgaven ten koste van uitgaven aan andere belangrijke publieke voorzieningen. De overheid staat voor de moeilijke opgave om hier het juiste evenwicht in te vinden. Op welke wijze kan men het publiek belang van kwalitatief hoogwaardige zorg borgen met een zo laag mogelijke inzet van publieke middelen? De productiviteitsvraag van de zorg dient zich hier aan. Inzicht in de productiviteit geeft immers handvatten om het stelsel zodanig in te richten dat aan maatschappelijke doelstellingen wordt voldaan tegen de laagste kosten. Dit is in essentie het onderwerp van dit boek.

In de afgelopen decennia brengt de overheid een groot aantal wijzigingen in het zorgstelsel aan. Hierbij wordt zowel op kwalitatieve als op financiële aspecten gestuurd. Tegelijkertijd neemt de overheid verschillende initiatieven om meer marktwerking in de zorg te realiseren. Een uitgebreid overzicht van de ontwikkelingen van het overheidsbeleid ten aanzien van de zorg is te vinden in het standaardwerk *De Nederlandse gezondheidszorg* (Boot, 2013). Hierin is ook een uitvoerige lijst met relevante publicaties opgenomen, die deels ook voor deze studie zijn geraadpleegd.

Deze publicaties geven een uitstekend inzicht in de wijzigingen in het stelsel en beschrijven de effecten vooral in termen van de publieke waarden toegankelijkheid, kwaliteit en gelijke kansen. Veel minder aandacht is er meestal voor de doelmatigheid en productiviteit, terwijl ook deze publieke waarden een belangrijke rol spelen in het zorgbeleid van de afgelopen dertig jaar. Waarschijnlijk heeft dit maken met de weerbarstige aard van het productiviteitsvraagstuk. Hoe de productiviteit zich heeft ontwikkeld, is vaak een lastig te beantwoorden vraag. Bovendien kent het meten van productiviteitsontwikkelingen een hoge mate van gevoeligheid.

Dit mag uiteraard geen reden zijn de studie van de ontwikkeling van de productiviteit uit de weg te gaan. Analyse van trends en trendbreuken in de productiviteitsontwikkeling levert immers belangrijke bouwstenen voor het bepalen van het huidige en toekomstige beleid. Het belang daarvan kan bovendien nog worden vergroot door deze trends en trendbreuken in verband te brengen met de ontwikkelingen in het beleid. Deze relatie tussen de ontwikkeling in productiviteit en beleid vormt het hoofdthema van dit boek. De centrale vraag die wij willen beantwoorden is: wat is de invloed geweest van majeure beleidswijzigingen op de productiviteit van de zorg? Vanuit deze centrale vraag zijn drie onderzoeksvragen af te leiden:

- Hoe ontwikkelt de productiviteit zich in de verschillende zorgsectoren?
- Beïnvloedt de wijze van aansturing door de overheid de productiviteitsgroei in de verschillende zorgsectoren?
- Zijn er op grond van de ontwikkelingen in de verschillende zorgsectoren algemene conclusies te trekken over de invloed van de wijze van aansturing?

Ziekte van Baumol

Bij de beantwoording van deze vragen zullen we uiteraard ook stilstaan bij het veelbesproken productiviteitsprobleem van de publieke sector, veelal aangeduid als de ziekte van Baumol. De ziekte van Baumol heeft betrekking op de alsmaar groeiende kosten van de dienstensector. Om op de arbeidsmarkt te kunnen concurreren met andere sectoren worden steeds hogere salarissen betaald, zonder dat daar een naventende productiviteitsgroei tegenover staat. De lage productiviteitsgroei in de dienstensector heeft volgens Baumol te maken met de aard van de dienstverlening. De relatief hoge personeelsintensiteit is een belangrijk kenmerk van de dienstverleningssector (Baumol, 1967). De publieke sector, zorg in het bijzonder, zou met zijn hoge personeelsinzet juist heel bevattelijk zijn voor deze ziekte.

De vorige publicatie in deze reeks over het onderwijs bevat een uitgebreidere beschouwing over de ziekte van Baumol (Blank en Van Heezik, 2015). Voor een verdere toelichting wordt verwezen naar deze publicatie. In genoemde publicatie wordt tevens duidelijk dat de ziekte van Baumol wel degelijk te genezen is. Overheidsbeleid heeft, althans in het onderwijs, een sterke invloed op de productiviteitsontwikkeling.

1.2 Methodologie en beperkingen

Gegevens

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een uitgebreide historische analyse uitgevoerd van de relevante ontwikkelingen in de vier genoemde zorgsectoren van ons land: ziekenhuizen inclusief medisch specialisten (zh), verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt), gehandicaptenzorg (ghz) en geestelijke gezondheidszorg (ggz). Daarbij zijn zowel de kwalitatieve trends (beleidsmatige/institutionele) als kwantitatieve ontwikkelingen (productie, inzet van middelen en productiviteit) in kaart gebracht. De hiervoor benodigde gegevens zijn voor een belangrijk deel afkomstig uit een aantal (deel)studies naar de productiviteits- en beleidstrends in deze zorgsectoren (Niaounakis, 2013; Dumaij, 2013; Blank & Eggink, 2014; Dumaij, 2011; Blank & Eggink, 2011)

Ten behoeve van deze studie zijn vooral de kwantitatieve gegevens nog eens tegen het licht gehouden. Dit heeft geleid tot de revisie van een flink aantal tijdreeksen, waardoor het mogelijk is de kwantitatieve trends in de zorg nauwkeuriger te beschrijven. Aan de tijdreeksen liggen veelal cijfers van het CBS of van het Ministerie van VWS (waaronder het RIVM) ten grondslag. Daarnaast is veel gebruikgemaakt van cijfermateriaal van brancheverenigingen, koepelorganisaties en onderzoeksinstituten, zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), GGZ Nederland, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en het Trimbos-instituut. Deze cijfers zijn voor een deel bewerkt, omdat sommige afbakeningen iets anders zijn gekozen of om andere redenen gegevens zijn gekoppeld of geaggregeerd.

Een van de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de eerdergenoemde sectorstudies betreft de kwantificering van de kapitaalinzet. De inzet van kapitaal is in de publieke sector altijd lastig vast te stellen. Vanwege het in de publieke sector gebruikelijke afschrijven op basis van historische kostprijs, is er doorgaans sprake van een onderschatting van de feitelijke kapitaalkosten. Verder is naast de afschrijvingen ook de *opportunity cost* van kapitaal in de kapitaalkosten verwerkt. Details hierover zijn te vinden in het eerste deel van het vierluik *Productiviteit van overheidsbeleid* (Blank en Van Heezik, 2015).

Waarschijnlijk komt het gebrek aan inzicht in kapitaal ook voort uit het idee dat arbeid in de publieke sector verreweg het belangrijkste is en kapitaal van ondergeschikte betekenis. In deze publicatie trachten wij de factor kapitaal meer volgens de gangbare economische opvattingen te meten, in de traditie van Hall & Jorgenson – voor een uitstekend overzicht zie Lau (2000) – waarbij de kapitaalkosten een veel betere reflectie vormen van de maatschappelijke ‘opofferingen’.

Naast de revisie en actualisering van de kwantitatieve gegevens die in de genoemde deelstudies zijn gebruikt, zijn de kwalitatieve gegevens uit deze studies deels herzien,

uitgebreid en geactualiseerd. Daarvoor is aanvullend literatuur- en bronnenonderzoek verricht, vooral op het gebied van de kwaliteitsontwikkelingen in de zorg.

Het een en ander heeft uiteraard gevolgen voor de uitkomsten. Bij verschillende zorgsectoren treffen we dan ook geprononceerdere of juist minder geprononceerde uitkomsten aan. Vooral de kapitaalfactor is hier debet aan. Zo blijkt de eerder geschatte positieve productiviteitsgroei bij ziekenhuizen nog hoger uit te vallen. Dit heeft vooral te maken met de zogenoemde *productie voor derden* die ook deel uitmaakt van het model. De ghz laat in deze studie een lagere positieve groei zien, waarschijnlijk als gevolg van het feit dat producten niet meer a priori hoeven te worden gewogen. De ghz geeft in deze studie ook een veel minder geprononceerd beeld. De grootste afwijking is te vinden in de vvt-sector, waarin een fors negatieve productiviteitsgroei in de oude publicatie nu omslaat in een klein plusje. De data over deze sector zijn dan ook het meest ingrijpend herzien.

Kostenfunctie

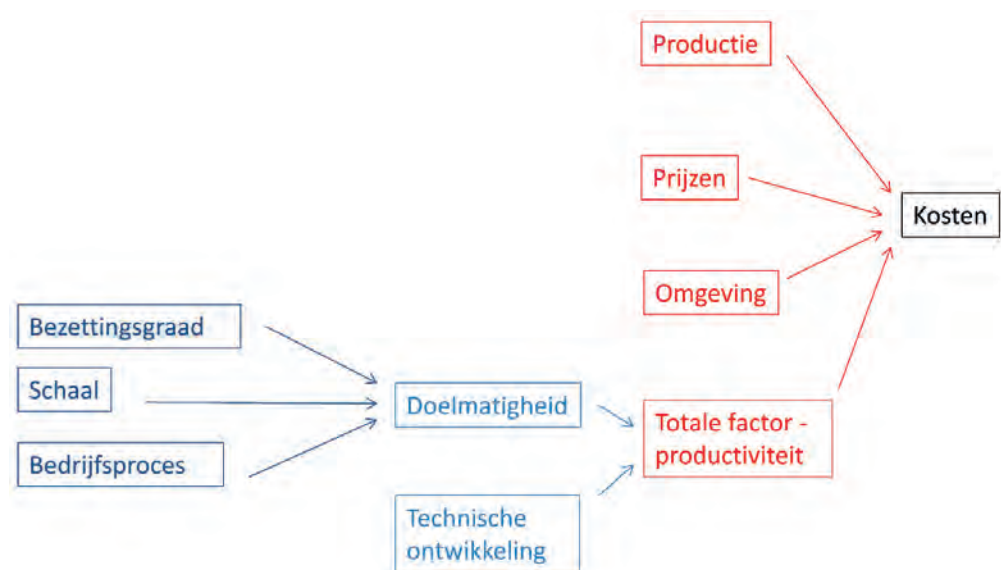
De gebruikte cijfers zijn doorgaans te kenschetsen als rechttoe rechtaan cijfers en hebben betrekking op de kosten, de inzet van personeel en de productieomvang, zoals het aantal opnamen of verpleegdagen. Deze cijfers zijn allemaal verzameld op het niveau van een zorgsector, zoals de ziekenhuissector (zh) of de sector verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt). Het kerncijfer over de productiviteit wordt uit deze basisgegevens berekend op basis van econometrische analyses. Hiervoor maken we gebruik van een kostenfunctiemodel. In de kostenfunctie wordt uitgegaan van een bepaalde relatie tussen kosten enerzijds en productie anderzijds, waarbij tevens gecorrigeerd wordt voor de ontwikkeling in de prijzen van ingezette middelen. Uit de kostenfunctie zijn ook de vraagfuncties naar de ingezette middelen personeel, materiaal en kapitaal af te leiden. Met andere woorden: hoeveel personeel, materiaal en kapitaal moet er worden ingezet om een bepaalde hoeveelheid zorg te kunnen leveren? Een kenmerk van de kostenfunctie is dat het mogelijk is om meer dan één productindicator te gebruiken.

Voor een eenvoudige toelichting op het gebruik en de toepassing van kostenfuncties verwijzen we naar Blank (2010) en Blank en Valdmanis (2013). Achtergronden en een uitgebreidere argumentatie hiervan zijn terug te vinden in een eerdere trendstudie uit dezelfde serie over het wetenschappelijk onderwijs en ziekenhuizen (Blank & Eggink, 2011; Blank & Niaounakis, 2011). Meer technische details zijn te vinden in Blank en Eggink (2014) en in (Blank en Van Heezik, 2015).

De productiviteit is af te lezen uit de schattingen van de parameters van de kostenfunctie. Productiviteit is eigenlijk het omgekeerde van de kosten per eenheid product, nadat deze zijn gecorrigeerd voor de ontwikkelingen in de prijzen van de ingezette middelen en eventuele omgevingsfactoren. Productiviteit is dus een residueel concept; een begrip dat samenhangt met het residu in de kosten, nadat de invloeden van de belang-

rijkste determinanten ervan afgetrokken zijn. Een belangrijke component van de productiviteitsontwikkeling is de zogenoemde autonome productiviteitsontwikkeling. Deze geeft de gevolgen weer van een trend in technologische en institutionele veranderingen over een langere periode (5 à 15 jaar). Daarnaast is er nog een component die de veranderingen in de technische doelmatigheid van jaar op jaar weergeeft. Het gaat dan bijvoorbeeld om veranderingen in de bezettingsgraad, die optreden doordat de vraag plotseling verandert. Zo kan de invoering van een eigen bijdrage leiden tot verminderde vraag. De inzet van middelen past zich hier meestal niet direct op aan, waardoor er een lage bezettingsgraad en dus een lage technische doelmatigheid optreden. Meestal verdwijnt dit effect weer na een of twee jaar. Het een ander wordt in het schema van figuur 1-3 samengevat.

Figuur 1-3 Schematische weergave kostenmodel



Tijdreeksanalyse: mogelijkheden en beperkingen

De in deze studie gehanteerde analysemethode – een tijdreeksanalyse op sectorniveau – wijkt af van de meer gangbare aanpak, waarbij de productiviteit op instellingsniveau wordt geanalyseerd. Met name de laatste jaren is de registratie over individuele instellingen, zoals scholen, ziekenhuizen en waterschappen, verder verfijnd en komen de gegevens ook steeds meer in de openbaarheid. Er komen steeds vaker gegevens beschikbaar over gebruikers van publieke diensten, de kwaliteit van de geleverde diensten en de bedrijfsvoering.

Productiviteitsanalyses op het instellingsniveau kunnen dan ook een genuanceerd beeld geven van allerlei variabelen die de productiviteit kunnen beïnvloeden. Vrij

robuuste uitspraken kunnen worden gedaan over de invloed van schaal, diversiteit, samenwerking, outsourcing en inkoop op productiviteit. Voor één type vraag zijn deze gegevens doorgaans minder geschikt, namelijk voor vragen over de invloed van majeure maatschappelijke en institutionele veranderingen op de productiviteit. Dit komt omdat microgegevens bijna altijd betrekking hebben op één en dezelfde maatschappelijke en institutionele context. De beschikbaarheid van microgegevens over een reeks van jaren is doorgaans nog te beperkt om institutionele wijzigingen te bestuderen.

Tijdreeksanalyses over een lange periode kunnen wel meer inzicht verschaffen in institutionele effecten. Daarom heeft IPSE Studies een deel van het programma over onderzoek naar sturing en innovaties in de publieke sector ingezet op dit soort lange-termijnanalyses van publieke voorzieningen. Centraal hierbij staat het meten van de productiviteitsontwikkeling over een lange periode (25 à 40 jaar) en het relateren hiervan aan veranderingen in de institutionele omgeving.

Aan het uitvoeren van tijdreeksanalyses kleeft wel een aantal bezwaren. Zo is het aantal waarnemingen dikwijls beperkt, zodat statistisch gezien niet heel veel effecten tegelijkertijd kunnen worden onderzocht. Verder is het dikwijls erg lastig om consistente tijdreeksen te creëren. Registraties veranderen nogal eens door de tijd. Daar moeten dan ook ad-hoc-oplossingen voor worden bedacht. Over meer subtiele veranderingen in de dienstverlening (case mix, kwaliteit) is sowieso weinig bekend over lange periodes. Een langdurige verandering in de case mix of kwaliteit kan in die periode dus tot een onder- of overschatting leiden van de productiviteit. Een andere complicerende factor is dat een hervorming niet van de ene op de andere dag wordt ingevoerd, maar geleidelijk, waardoor ook de effecten niet meteen zichtbaar zijn. Overigens is het ook mogelijk dat men al (lang) van tevoren anticipeert op aangekondigde institutionele veranderingen. Tegelijk met de invoering van nieuwe instituties veranderen vaak ook nog andere relevante variabelen. Het is dan ook niet altijd duidelijk welke verandering nu precies welk resultaat heeft veroorzaakt.

Kortom, heel veel problemen die dan ook moeten leiden tot de nodige voorzichtigheid bij de interpretatie van de uitkomsten. Aan de andere kant moeten deze kanttekeningen ook niet worden overdreven. Slechte en inconsistente gegevens leiden onherroepelijk tot grote onbetrouwbaarheidsmarges. Deze worden dus gemeten en gerapporteerd. Verder is het dikwijls mogelijk om op basis van aanvullend (historisch) literatuuronderzoek of raadpleging van sectorspecialisten een beeld te krijgen van factoren die moeilijk te meten zijn, maar wel van invloed kunnen zijn op de productiviteit, zoals het type gebruiker ('product') en de kwaliteit van de productie.

Verbetering van de kwaliteit van de productie gaat vaak gepaard met verhoging van de kosten. Als deze kwaliteitsverbeteringen niet in de productie tot uitdrukking worden gebracht, leidt dit tot een te laag gemeten productiviteitsontwikkeling, waardoor een

min of meer vertekend beeld kan ontstaan. Hoewel het in principe mogelijk is om kwaliteitsveranderingen in de productie te verdisconteren, laten zij zich doorgaans lastig kwantificeren, zeker als zij zich manifesteren gedurende een langere tijdshorizon. Er zijn dan ook meestal weinig kwantitatieve gegevens beschikbaar, waarmee de kwaliteitsontwikkeling op de lange termijn in kaart kan worden gebracht. Dit geldt zeker ook voor de zorg, waar in de meeste deelsectoren nog steeds sprake is van onvoldoende transparantie over de kwaliteit van de zorg. Om die reden wordt in de kwantitatieve analyses van deze studie slechts in beperkte mate rekening gehouden met het kwaliteitsaspect.

Dit proberen we te ondervangen door een kwalitatieve indicatie te geven van de mate waarin de empirische resultaten mogelijk een onder- of overschatting van de productiviteit aangeven. De empirische analyses gaan dan ook steeds gepaard met beschouwingen over ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit. In deze beschouwingen ligt de focus uitsluitend op de kwaliteit van de geleverde dienstverlening. Er wordt dus niet ingegaan op eventuele verschraling van de zorg, doordat bepaalde zorg niet (meer) wordt aangeboden. In de loop van de tijd verminderen de aanspraken op sommige vormen van (collectieve) zorg aanzienlijk. Vanuit de optiek van toegankelijkheid kan dit als een kwaliteitsverslechtering worden beschouwd. In deze studie richten wij ons echter alleen op de (productiviteits- en kwaliteits)ontwikkelingen in de zorg die wél verleend is.

Ondanks alle mitsen en maren zijn deze trendanalyses een waardevolle aanvulling op de microanalyses en geven ze interessante inzichten in de relatie tussen institutionele/beleidsmatige veranderingen en productiviteitsontwikkeling.

Een meta-analyse

In een soort meta-analyse worden de bevindingen uit verschillende onderzoeken naar hetzelfde onderwerp samengebracht en met elkaar vergeleken om daarmee meer betrouwbare en generalistische uitspraken te kunnen doen over het onderzochte fenomeen. In dit boek wordt deze meta-analyse uitgevoerd op basis van gegevens uit de afzonderlijke studies naar de trends in (de relatie tussen) beleid en productiviteit in vier Nederlandse zorgsectoren (zh, vvt, ghz, ggz). Door vergelijking van de ontwikkelingen in de verschillende zorgsectoren kunnen kenmerkende patronen worden geïdentificeerd in de relatie tussen beleid en productiviteit. Op basis daarvan kan vervolgens worden beoordeeld welke toegepaste beleidsmaatregelen het meeste effect hebben gesorteerd op de productiviteit. De meta-analyse richt zich uitsluitend op het vergelijken van *ontwikkelingen* en de impact van beleidsingrepen en niet op het vergelijken van bestaande situaties. Het gaat hier dus niet om het vaststellen of de zh-sector nu doelmatiger of effectiever werkt dan de vvt-sector.

Als hulpmiddel bij de analyse maken we gebruik van het zogenoemde BEMO-model (zie ook Blank en Van Heezik, 2015). In dit model worden de meest gebruikte beleidsinstrumenten om de productiviteit te stimuleren ingedeeld in vier categorieën: bekostiging, eigendomsverhoudingen, marktordening en omgeving (Blank et al., 2010a). In de zorg is in de loop van de tijd veelvuldig gebruikgemaakt van het bekostigingsinstrumentarium om de doelmatigheid en productiviteit te bevorderen, met name via de functiegerichte budgettering. De productiviteitseffecten van deze bekostigingsmodellen staan dan ook centraal in de meta-analyse. Bij de categorie eigendomsverhoudingen gaat de aandacht in de analyse vooral uit naar de effecten van de zeggenschap over het kapitaal van de rijksoverheid naar de zorginstellingen. In de categorie marktordening ligt het accent op de effecten van de schaalvergroting in de zorg en de gereguleerde marktwerking. Bij de categorie omgeving gaat het om instrumenten die de invloed van exogene factoren, zoals demografische en conjuncturele ontwikkelingen, op het stelsel reguleren. De invloed van de omgeving komt vooral tot uitdrukking in de vraagzijde en daarmee ook in de productie. Zo leidt de invoering van eigen bijdragen in sommige sectoren tot een verminderde zorgvraag (en dus een lagere productie) in deze sectoren. In de analyse wordt daarom met name ingegaan op de productiviteitseffecten van de veranderingen in de productie en de beleidsimplicaties hiervan.

1.3 Opzet van het boek

Het boek is als volgt opgezet. In de hoofdstukken 2 tot en met 5 worden voor elke zorgsector (zh, vvt, ghz en ggz) de belangrijkste ontwikkelingen in de afgelopen decennia op een rij gezet. Ieder hoofdstuk bestaat uit vijf paragrafen. De eerste paragraaf gaat in op de beleidsmatige en institutionele ontwikkelingen. In de tweede paragraaf wordt de kwantitatieve ontwikkeling van de sector in beeld gebracht. De focus is hier vooral gericht op de productie en de inzet van middelen. De ontwikkeling in de verhouding tussen beide, de productiviteit, wordt in de derde paragraaf beschreven, waarbij deze in verband wordt gebracht met de beleidsmatige en institutionele ontwikkelingen. In de vierde paragraaf wordt de relatie tussen productiviteit en kwaliteit besproken. De laatste paragraaf in ieder hoofdstuk bevat de conclusies. In hoofdstuk 6 wordt ten slotte de eigenlijke meta-analyse gepresenteerd. De bevindingen uit de voorafgaande hoofdstukken worden hier samengebracht en met elkaar vergeleken. De opbouw van dit hoofdstuk is in principe gelijk aan de voorgaande hoofdstukken, zij het dat hier alles in vergelijkend perspectief aan de orde wordt gesteld.

2 De ziekenhuissector

2.1 Institutionele ontwikkelingen

Sectorbeschrijving

Een ziekenhuis is een instelling die patiëntenzorg levert, bestaande uit behandeling en verpleging. Voor de uitvoering van de kerntaken beschikt het ziekenhuis over faciliteiten voor onderzoek, behandeling en verpleging. Hoewel medisch specialisten feitelijk een afzonderlijke voorziening vormen, vanwege hun veelal eigen ondernemerschap, maken ze onlosmakelijk deel uit van het medisch-specialistische bedrijf, dat hier verder gemakshalve wordt aangeduid met ziekenhuizen of de ziekenhuissector.

De ziekenhuissector is de belangrijkste zorgsector van ons land. Van alle zorguitgaven, inclusief welzijn, gaat (in 2013) 27 procent naar de ziekenhuizen. Als we de welzijnsuitgaven buiten beschouwing laten, gaat het zelfs om bijna een derde van de totale zorguitgaven (CBS 2015). Binnen de ziekenhuissector worden drie typen ziekenhuizen onderscheiden: algemene, academische en categorale. Daarnaast is er een onderscheid in drie vormen van patiëntenzorg: reguliere, topklinische en topreferente zorg. Het onderscheid naar typen ziekenhuis en typen patiëntenzorg speelt door de jaren heen een belangrijke rol in de planning en bekostiging van de ziekenhuiszorg.

De *categorale ziekenhuizen* hebben zich gespecialiseerd in de behandeling en verpleging van één of slechts enkele specialismen, zoals oogziekenhuizen, kankerklinieken en revalidatiecentra. De *algemene ziekenhuizen* hebben zich niet toegelegd op één specialisme, maar bieden een veelheid aan specialismen. Een deel van de algemene ziekenhuizen legt zich ook toe op het leveren van zogenoemde topklinische zorg. De topklinische zorg betreft behandelingen die vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid geconcentreerd dienen te worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om orgaantransplantaties en radiotherapie. De *academische ziekenhuizen* leveren evenals de algemene en categorale ziekenhuizen op de eerste plaats patiëntenzorg. In het bijzonder fungeren zij als 'last resort' instellingen voor patiënten die in algemene ziekenhuizen niet verder kunnen worden behandeld (topreferente zorg). Daarnaast doen zij het wetenschappelijk onderzoek en verzorgen de zorg van de medische faculteit waarmee zij verbonden zijn. Gedurende de gehele onderzoeksperiode is voorgaande globale indeling niet veranderd.

In het ziekenhuis spelen de medisch specialisten een belangrijke en bijzondere rol. De ziekenhuizen worden wel omschreven als de 'ateliers' voor de specialisten (Van Londen van, 1995: 240). De interne organisatie van een ziekenhuis wordt al lang gezien als een samenspel van twee bedrijven (Harris, 1977: 467): het *administratieve* en het *facilitaire bedrijf*, dat fungeert als leverancier van faciliteiten voor behandeling en verpleging; en

het *bedrijf van de specialisten*, dat faciliteiten gebruikt voor de medische behandeling. Dit onderscheid wordt nog eens benadrukt door de economische zelfstandigheid van specialisten. Een groot deel van de specialisten is vrijgevestigd. Het andere deel van de specialisten is in loondienst van het ziekenhuis. Zo zijn bijvoorbeeld de specialisten in academische ziekenhuizen en de specialisten kindergeneeskunde in loondienst. Deze hybride constructie van vrijgevestigd/loondienst is eveneens een constante factor in de onderzoeksperiode. Overigens is het huidige beleid erop gericht specialisten te stimuleren een overstap te maken van vrijgevestigd naar loondienst. Hiervoor is een premie beschikbaar om de verloren *goodwill* te compenseren.

In deze studie blijven de privéklinieken buiten beschouwing. Hoewel het aantal privéklinieken stijgt, vooral na 2005, en hun belang voor de Nederlandse gezondheidszorg toeneemt, is hun inbreng nog steeds beperkt. Er is niet voldoende informatie voorhanden om deze in dit onderzoek te betrekken.

Sectorontwikkelingen

Bekostiging In de afgelopen decennia staat de ziekenhuissector voor een groot deel in het teken van het beleid om de kosten van de zorg te beheersen. Aanvankelijk richt beleid zich vooral op aanpassingen in de bekostiging van de ziekenhuizen. Vóór 1983 is er sprake van *outputbekostiging*. Dit systeem relateert de inkomsten van een ziekenhuis direct aan de omvang van de productie. Alle kosten – met uitzondering van de kapitaalkosten – van de verleende zorg worden daarbij in principe vergoed. De productie bestaat uit het aantal verpleegdagen, het aantal en type operaties of het aantal laboratoriumpunten (aantal laboratoriumonderzoeken gecorrigeerd voor de zwaarte). Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), in 1983 opgevolgd door het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg), moet goedkeuring aan de daarmee verbonden tarieven verlenen. Naast het bezwaar van omvangrijke regelgeving heeft output-bekostiging een open-eindekarakter: het volume van de productie staat niet ter discussie.

In 1983 wordt de *budgettering* ingevoerd, de eerste twee jaar in de vorm van historische budgetten, vanaf 1985 in de vorm van de zogenoemde *Bredero*-systematiek. Niet langer worden de kosten van de productie achteraf vergoed, maar de ziekenhuizen krijgen een budget toegewezen, waarmee zij hun productie moeten leveren (Montfort, 1992). Doel van de bekostigingswijziging is het vergroten van de doelmatigheid, en het beheersen van de macrokostenontwikkeling. Ook moet de budgettering de knelpunten uit het stelsel van de outputbekostiging oplossen door interne verschuiving van budgetten tussen afdelingen mogelijk te maken. Er komt dus meer interne beleidsvrijheid voor het management van ziekenhuizen. De invoering verloopt gefaseerd. In de beginjaren valt nog maar 30 procent van de kosten onder deze systematiek, later loopt dit aandeel op. Het budget bestaat uit drie componenten: capaciteit, productie en locatie. Zorgverzekeraars krijgen invloed op de productie van individuele ziekenhuizen, omdat zij met

de ziekenhuizen afspraken maken. Het macrobudget ligt echter min of meer vast, vooral na de invoering van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in 1995.

Op dat moment geldt voor de meeste ziekenhuizen al enige jaren een nieuw bekostigingsstelsel. Dit is de zogenoemde *functiegerichte budgettering* (FB-systematiek), die in 1988 wordt ingevoerd. De FB-systematiek geldt aanvankelijk alleen voor algemene ziekenhuizen, pas vanaf 1997 ook voor academische ziekenhuizen. In de FB-systematiek bestaat het budget van een ziekenhuis uit vier componenten: beschikbaarheid, erkende capaciteit, locatie en een met verzekeraars van tevoren afgesproken productie (opnamen, verpleegdagen, polibezoeken en dagverplegingsdagen). Grotere ziekenhuizen krijgen hogere richtlijnbedragen toegerekend vanwege de veronderstelde zwaardere case mix. Onderzoek en onderwijs in academische ziekenhuizen worden afzonderlijk gefinancierd door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW), maar ook de topklinische zorg wordt nog steeds op een aparte wijze gefinancierd. Er is dus nog steeds geen sprake van een bekostigingssysteem dat voor alle typen ziekenhuizen gelijk is.

Het belangrijkste nadeel van de FB-systematiek is dat het systeem niet in de pas loopt met de vraag. De individuele budgetten van ziekenhuizen worden namelijk afgeleid van het beschikbare macrobudget, dat onder druk van bezuinigingen krap is afgesteld. Ook wordt het aantal specialistenplaatsen bevroren. Er ontstaan dan ook wachtlijsten. Eind jaren negentig komen de eerste aanvullende maatregelen om de wachtlijsten te beperken. Ook wordt er medio 2001 een afzonderlijke bekostigingsregel ingevoerd om wachtlijsten weg te werken, de zogenoemde boter-bij-de-visregeling. In deze regeling wordt de budgettering feitelijk losgelaten en wordt elke behandeling vergoed. De medisch specialisten in ziekenhuizen ontvangen vanaf dat jaar, boven op de vaste vergoeding voor 'ge vrijwaarde' omzet, een extra vergoeding per eenheid product.

Een andere belangrijke systeemfout blijkt de hogere vergoeding per opname voor grote ziekenhuizen. Deze hogere vergoedingen zijn een sterke prikkel voor fusies (de zogenoemde fusiebonus). In 2000 vindt er een belangrijke herijking plaats door de opwaardering van het tarief voor de dagopname.

Na beëindiging van de boter-bij-de-visregeling in 2005 wordt de budgettering deels in ere hersteld. In hetzelfde jaar wordt de budgettering echter ook geleidelijk vervangen door een bekostiging op basis van zogenoemde diagnose-behandelcombinaties (DBC's). In het FB-systeem was er nog steeds geen directe relatie tussen kosten en bekostiging. Daarom wordt vanaf 2000 gewerkt aan een systeem van zorgproducten: de DBC's. De gedachte hierachter is dat deze producten direct zijn te koppelen aan productprijzen, die op hun beurt direct zijn te koppelen aan kostprijzen. Dit systeem is vanaf 2005 verplicht voor de declaraties van ziekenhuizen.

Marktordering Met de invoering van de DBC's is een belangrijke voorwaarde geschapen voor geregleerde marktwerking. De introductie van marktwerking in de zorg staat al vanaf eind jaren tachtig, vooral na het advies van de commissie-Dekker uit 1987, op de politieke agenda. Toch duurt het nog tot na de eeuwwisseling voordat hier daadwerkelijk een begin mee wordt gemaakt. De invoering van de DBC-systematiek is een van de eerste stappen in dit proces. De invoering vindt geleidelijk plaats. In 2005 mogen ziekenhuizen en zorgverzekeraars nog maar voor een klein deel van de ziekenhuisproductie (circa 10% van de omzet) vrij onderhandelen over prijs en volume (het zogenoemde B-segment). Het overige deel van de ziekenhuisproductie blijft onder werking van het FB-systeem (A-segment). Op 1 januari 2008 wordt het aandeel van de vrije productie verder uitgebreid tot circa 20 procent. Daarna volgt een nog verdere uitbreiding tot 35 procent. Vanaf 2012 valt 70 procent onder het B-segment. Het deel van de zorgproductie dat hier buiten valt, heeft betrekking op zorgprestaties waarvoor het niet mogelijk en/of wenselijk is de kosten aan verzekerden toe te rekenen. Het gaat hier om de kosten van opleidingen en de zogeheten academische component. Daarnaast betreft het enkele kleinere onderdelen zoals brandwondenzorg, traumazorg, spoedeisende zorg en een deel van de kapitaallasten.

Ook is in 2012 sprake van een wijziging in het DBC-systeem. Vanwege de complexiteit en fraudegevoeligheid (Hasaart, 2011; Blank, 2005) besluit men het stelsel te vervangen door het zogenoemde DOT-systeem. DOT staat voor 'DBC's op weg naar transparantie' en bestaat uit DBC-zorgproducten die door het ziekenhuis gedeclareerd kunnen worden. Met de invoering van het DOT-systeem zijn ongeveer 30.000 DBC's vervangen door 4.400 DBC-zorgproducten. Voor 30 procent van deze 4.400 DBC-zorgproducten stelt de NZa een maximumtarief vast, voor 70 procent geldt een vrij tarief.

Om te voorkomen dat verschillende systemen gelden voor verschillende delen van het budget (zoals kapitaals- en personeelslasten), worden er integrale tarieven en prijzen gehanteerd. Deze bevatten dus ook vergoedingen voor de kapitaalkosten van ziekenhuizen en de honoraria van medisch specialisten. Over de honoraria van de specialisten wordt aanvankelijk wel afzonderlijk onderhandeld en de resultaten zijn in de prijzen en tarieven verwerkt. Per 1 januari 2015 onderhandelen zorgverzekeraars uitsluitend nog met ziekenhuizen. De vergoeding van de specialisten is nu een interne kwestie tussen de raad van bestuur en de maatschappen. De zorgverzekeraars hebben door hun onderhandelingsmogelijkheden dus steeds meer invloed op de productie en kosten van de ziekenhuizen.

Hoewel ziekenhuizen en zorgverzekeraars in principe vrij zijn in hun onderhandelingen over volumes en prijzen, geldt vanaf 2012 wel weer een macrobudgetplafond, het zogenoemde mbi-omzetplafond (mbi: macrobeheersmodel instellingen medisch-specialistische zorg), vastgelegd in het zogenoemde Hoofdlijnenakkoord tussen het Ministerie van VWS en vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De overheid probeert hiermee de explosieve groei van de uitgaven aan ziekenhuiszorg

aan banden te leggen. Het macrobeheersmodel wordt als ultimum remedium ingezet bij overschrijding van het Budget Kader Zorg. De NZa stelt daarvoor voorafgaand aan elk kalenderjaar voor alle instellingen die medisch-specialistische zorg leveren een collectieve omzetgrens vast. Als later blijkt dat deze collectieve omzetgrens is overschreden, kan de NZa dit geld terughalen door ziekenhuizen generiek te korten naar rato van hun marktaandeel (Algemene Rekenkamer, 2013).

Tot 2015 geldt het beheersmodel niet voor vrijgevestigde medisch specialisten. Voor hen geldt tot 2015 een apart beheersinstrument, zoals vastgelegd in het convenant *Bekostiging vrij gevestigde medisch specialisten transitie 2012-2014* uit 2011 (Orde van Medisch Specialisten et al., 2011). In dit convenant spreken de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Ministerie van VWS af dat er vanaf 2012 voor medisch specialisten (opnieuw) een budgetsysteem wordt ingevoerd. Voor de periode 2012 tot en met 2014 wordt een omzetplafond vastgesteld voor de honoraria van de vrijgevestigde specialisten, op basis van het beschikbare macrokader (Algemene Rekenkamer, 2013).

Capaciteitsregulering Vanaf 1972 regelt de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) de capaciteit van de ziekenhuizen. De capaciteitsregulering kent twee aspecten: de erkenningen van specialistenplaatsen en bouwvergunningen (voor uitgebreidere beschrijving zie Blank et al., 2010b). De erkenningsbeschikkingen worden door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) tot aan 1995 regelmatig herzien op basis van de planningsbeslissingen van de WZV. Bij de planning van de bouw spelen verschillende bestuurlijke gremia een rol (Gedeputeerde Staten, Provinciale Staten, het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en het Ministerie van VWS). De minister stelt uiteindelijk het definitieve plan vast.

Deze planningsbeslissingen voor bouw worden vastgelegd in richtlijnen/beleidsregels, die het aantal bedden per 1.000 inwoners vastleggen, gedifferentieerd naar verschillende leeftijdsgroepen. Voor een aantal functies gelden specifieke normen. Het gaat dan bijvoorbeeld om hartbewaking, high care, intensive care, geriatrie, zorg voor brandwonden en aidsproblematiek. De normen voor de specialistenplaatsen worden gekoppeld aan een specifiek deel van de bevolking en maken in een aantal gevallen een onderscheid naar specialisatiegraad. Voor poliklinieken gelden aparte normen, uitgedrukt in poliklinische eenheden.

Als de bouwvergunning eenmaal door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) is verstrekt, hebben de ziekenhuizen recht op nacalculatie ex WTG van de kapitaallasten, wat aan het instellingsbudget wordt toegevoegd. Hiermee zijn de kapitaallasten van de bouw gedurende de gehele afschrijvingsperiode één op één gedekt. De banken die als financier optreden van de bouwkundige infrastructuur beschouwen dit als een goede zekerheidsstelling, waardoor het aantrekken van financiële middelen voor de bekostiging van de bouw geen problemen geeft. Ook de

instellingen zien dit als een garantie voor de vergoeding van kapitaallasten. Wel is een positief standpunt van het zorgkantoor noodzakelijk om in aanmerking te komen voor deze vergoeding.

Inmiddels is de bouwplanning na de overgang in 2006 van de WZV naar de WTZi en de afschaffing van de vergunningverlening in 2008 geen zaak meer van de overheid. Het is nu een decentraal vraaggericht stelsel, waarin de overheid alleen de randvoorwaarden stelt. Zorginstellingen hebben een toelating nodig wanneer zij zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg voor vergoeding in aanmerking komt. De WTZi regelt de toelatingen, stelt regels voor goed bestuur en bepaalt daarnaast in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden. Voor ziekenhuizen geldt voorsnog dat zij geen winstdoelstelling mogen hebben. Afwegingen ten aanzien van regionale spreiding of bestaande over- of ondercapaciteiten en dergelijke spelen hierin geen rol, behoudens bij speciale functies zoals de spoedeisende hulp.

Ten slotte zijn er nog specifieke normen voor bijzondere medische verrichtingen (Wet op bijzondere medische verrichtingen, de zogenoemde Wbmv). Het betreft hier complexe behandelingen en dikwijls in lage volumes, waarbij een zekere concentratie en goede regionale spreiding moeten worden geborgd. De planning is hier landelijk, de minister geeft toestemming voor de verrichting of een aanwijzing dat een ziekenhuis hiervoor een vergoeding krijgt.

Wat betreft de financiering van de kapitaallasten van de bouwprojecten komt er ook een einde aan de overheidsbemoeyenis. Vanaf 2008 dekt de overheid de financiering van nieuwbouw en verbouwprojecten in de zorg in principe niet langer af en moeten de ziekenhuizen de kosten van deze investeringen zelf terugverdienen via hun zorgproducten. De kapitaallasten van de huisvesting moeten daarom onderdeel gaan vormen van de productprijzen (Cbz, 2008; Kriek en Dooyeweerd, 2009). Sindsdien wordt de budgetgarantie voor de kapitaallasten via een overgangsregeling stapsgewijs afgebouwd.

De rol van de medisch specialisten Een groot deel van de medisch specialisten is vrijgevestigd. In 2013 is de verhouding tussen het aantal vrijgevestigde specialisten en de specialisten in loondienst ongeveer *fifty-fifty*. Daarnaast is er nog een categorie medisch specialisten die zowel vrijgevestigd zijn als in loondienst werken. De vrijgevestigde medisch specialisten hebben bijna de gehele onderzoeksperiode te maken met zogenoemde outputbesteding. Zij worden betaald per verrichting. Sinds 2006 is de honorering van specialisten formeel een integraal onderdeel van de besteding van ziekenhuizen. Het ziekenhuis maakt in feite afspraken met de zorgverzekeraars en de specialisten over deze honorering. Lange tijd hebben de specialisten zelf nog rechtstreeks onderhandeld met zorgverzekeraars. Sinds 2014 is de honorering van de specialisten een zaak tussen de raad van bestuur van een ziekenhuis en de maatschappijen. Omdat vrijgevestigde specialisten nu niet meer worden gezien als zelfstandige

ondernemers, ontstaat er een prikkel om over te stappen naar een loondienstverband. De minister faciliteert dit via een compensatie voor de verloren *goodwill*. Vooral nog lijkt de bereidheid over te stappen heel beperkt.

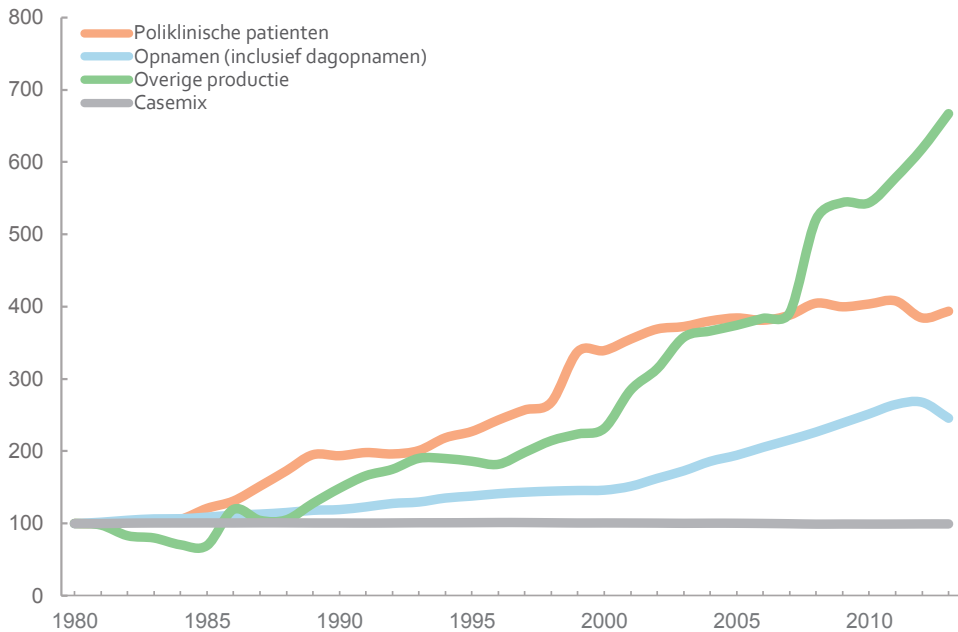
Op alle mogelijke manieren wordt in de loop van de tijd getracht de kosten van de specialistische zorg in de hand te houden. Zo worden de medisch specialisten vanaf 1989 aan een afzonderlijk macrobudget gebonden. Na een wijziging van de WTG krijgt de overheid in 1992 de mogelijkheid om jaarlijks voor alle vrijgevestigde specialisten per beroepsgroep een afzonderlijk macrobudget vast te stellen. Bij overschrijding hiervan volgen tariefkortingen. Om dit te vermijden, gaan de medisch specialisten in 1995 akkoord met een nieuw honoreringssysteem. In plaats van betaling per verrichting krijgen zij sindsdien elk jaar een vast budget, de zogenoemde lumpsum. Vanaf 2000 maakt dit budget deel uit van het totale ziekenhuisbudget (Schut, 2003).

2.2 Kerncijfers medisch-specialistische zorg, 1980-2013

Ontwikkeling productie

Figuur 2-1 geeft een indicatie van de ontwikkeling van de productie in de ziekenhuizen tussen 1980 en 2013. De productie wordt hier gemeten aan de hand van het aantal poliklinische patiënten, opnamen (klinische patiënten), overige productie en de case mix. Poliklinische patiënten krijgen een behandeling zonder dat er sprake is van een opname. Opnamen zijn hier inclusief de dagopnamen. Hiertussen wordt dus geen principieel onderscheid gemaakt. Overige productie verwijst naar andere activiteiten dan medisch-specialistische zorg. Het gaat hier onder andere om onderzoek, dienstverlening aan andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld diagnostiek voor huisartsen), allerlei door de overheid gesubsidieerde activiteiten of de verhuur van een deel van het ziekenhuis. De overige productie wordt gemeten aan de hand van de zogenoemde overige opbrengsten. Dit zijn opbrengsten die geen (direct) verband houden met de geleverde zorg aan patiënten in een ziekenhuis. Overigens is er rond 2006 mogelijk sprake van een verder niet te duiden registratieprobleem. De overige opbrengsten worden gecorrigeerd voor de prijsontwikkeling. De case mix indicator is een maat voor de gemiddelde zorgzwaarte van de behandelingen. De samenstelling van de opnamen onderscheiden naar 20 diagnosegroepen staat hiervoor aan de basis. De case mix wordt hier gedefinieerd als de verhouding tussen een gewogen som van het aantal opnamen (exclusief dagopnamen) van verschillende diagnoses en het ongewogen aantal opnamen. De gemiddelde verpleegduur per diagnose in 2012 dient hierbij als gewicht voor iedere diagnose. Deze cijfers zijn voor bijna de gehele onderzoeksperiode beschikbaar. Naast deze case mix zijn er nog variabelen met betrekking tot leeftijd als case mix variabele gehanteerd. Hiervan zijn geen significante effecten gemeten.

Figuur 2-1 Ontwikkeling productie ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Productie 1980: aantal poliklinische patiënten: 1.736 ($\times 1.000$); aantal opnamen (inclusief dagopnamen): 1.608 ($\times 1.000$); omzet overige productie: 296 (\times miljoen euro). Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Het aantal poliklinische patiënten groeit in de loop van de tijd met een factor 4. De groei is tamelijk trendmatig met uitzondering van de periode 1989-1993 en de huidige periode vanaf 2008. Sindsdien stagneert de groei, ondanks dat in deze jaren een verschuiving plaatsvindt van dagbehandeling naar poliklinische behandeling. Zo zijn er tegenwoordig ziekenhuizen die ruim 90 procent van de cataractoperaties (staar) poliklinisch uitvoeren, waardoor ook het aantal dagbehandelingen bij oogheelkunde sterk terugloopt (NVZ, 2015). In 2012 en 2013 is zelfs sprake van een teruggang van het aantal poliklinische patiënten ten opzichte van 2011.

Het aantal opnamen is in 2013 ruim 2,5 keer zo groot als in 1980. Over de gehele periode is een duidelijke trendbreuk waar te nemen. Tot 2000 groeit het aantal klinische patiënten met gemiddeld 1,8 procent per jaar; tussen 2000 en 2013 met 4,6 procent. Het jaar 2013 lijkt hier een omslagpunt te worden. Een belangrijke ontwikkeling in de behandeling van patiënten is de verschuiving van opnamen naar dagopnamen geweest. Terwijl in 1980 het verschijnsel nauwelijks nog voorkomt, overtreft het aantal dagopnamen in 2013 het aantal opnamen ruimschoots.

In de case mix is geen sprake van een trend. Deze is de gehele periode nagenoeg constant. In het uiteindelijke model is deze variabele dan ook niet verwerkt. Nadere inspectie van de onderliggende gegevens laat zien dat de samenstelling van de diagnoses meer variatie laat zien. De variatie in de gewichten van de diagnosegroepen is echter beperkt. Dit betekent dat een verschuiving tussen diagnosegroepen maar beperkt invloed heeft op het beroep op de ingezette middelen van een ziekenhuis. Naast deze cijfers zijn er voor een beperkt aantal jaren ook cijfers van Prismant bekend over de case mix (Vandermeulen, 2009). Op basis van de registratie van *diagnostic related groups* (drg's) leidt de auteur een case mix index af voor de periode 1998-2007. Zo meldt hij over de periode een bescheiden groei van 4,7 procent over negen jaar. De cijfers hebben alleen betrekking op de algemene ziekenhuizen, zodat zij niet helemaal te vergelijken zijn. Wellicht levert het hier gepresenteerde beeld dus een beperkte onderschatting op van de feitelijke ontwikkeling van de case mix.

De overige productie kent een forse groei tussen 1980 en 2013. Er is sprake van een groei met een factor 6,7. Overigens past hierbij de kanttekening dat in 1980 de overige opbrengsten slechts 5 procent van de totale kosten uitmaken. Tot 2013 loopt dit percentage op tot 17. Vooral het toegenomen onderzoek in academische ziekenhuizen is hier debet aan.

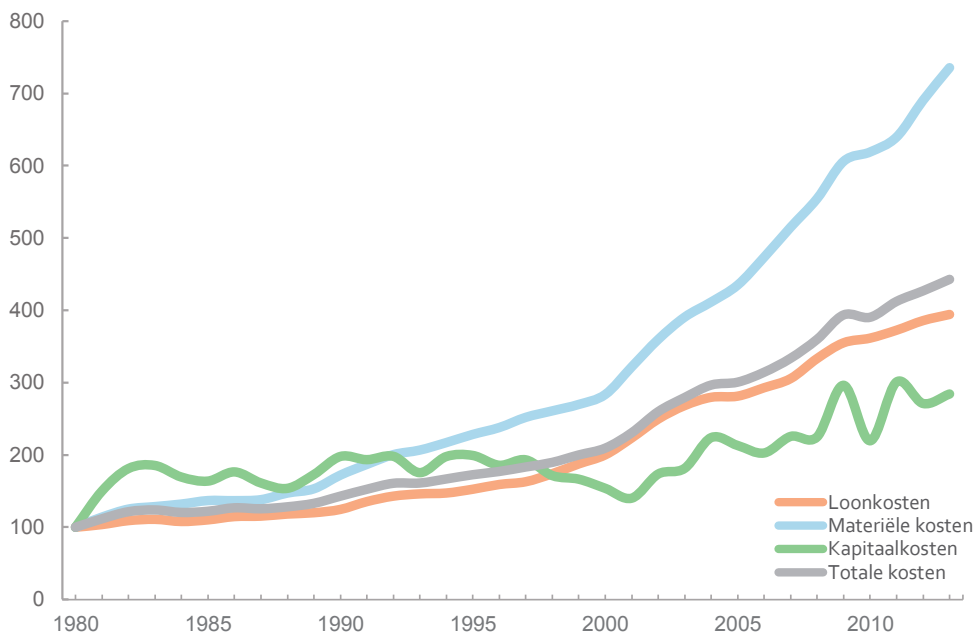
Naast de ontwikkeling van de case mix speelt die van de kwaliteit een belangrijke rol. De kwaliteit van de dienstverlening in de ziekenhuizen neemt onmiskenbaar toe. In de loop van de tijd kunnen steeds meer ziekten effectief worden behandeld. Ook geldt in veel gevallen dat de fysieke en mentale belasting van behandelingen afneemt. Het is echter niet doenlijk om deze veranderingen voor een lange tijd cijfermatig consistent in kaart te brengen. Mortaliteitsgegevens (sterfgevallen tijdens klinische opnamen) zijn bijvoorbeeld veel meer een reflectie van hoe ziekenhuizen in de loop van de tijd omgaan met terminale patiënten dan van de kwaliteit. Gegevens over levensverwachtingen zijn maar deels afhankelijk van de medische kwaliteit en hebben bijvoorbeeld ook met leefstijl te maken. Er wordt hier voor gekozen om de kwaliteitsontwikkeling niet te kwantificeren, maar alleen in beschrijvende zin te analyseren (zie § 2-4). Het productievolume wordt op deze wijze zeer waarschijnlijk onderschat. Hetzelfde geldt dus voor de berekende productiviteitsontwikkeling.

Ontwikkeling kosten en volumes

We onderscheiden drie ingezette middelen: personeel, kapitaal en materiaal. De personele kosten omvatten salarissen, vergoedingen, sociale premies, pensioenbijdragen en overige kosten (zoals scholing). Om de ziekenhuissector als geheel te kunnen bestuderen, nemen we hier ook de vrijgevestigde specialisten mee als onderdeel van de ziekenhuissector. Daarmee worden zowel de personele inzet als de kosten van alle specialisten (in loondienst én vrijgevestigd) meegenomen bij de ingezette middelen. De materiële kosten bestaan uit de kosten van verbruiksmiddelen, zoals verband- en geneesmiddelen en voeding, maar ook zoals gebruikelijk de kosten van ingehuurd

personeel. Het is niet mogelijk om de gevolgen van veranderingen in de laatste groep (ingehuurd personeel) nader te bestuderen. Daarnaast zijn er kosten verbonden aan gebouwen en medische installaties en apparatuur. Die productiemiddelen zijn op de korte termijn niet aan te passen.

Figuur 2-2 Ontwikkeling kosten ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

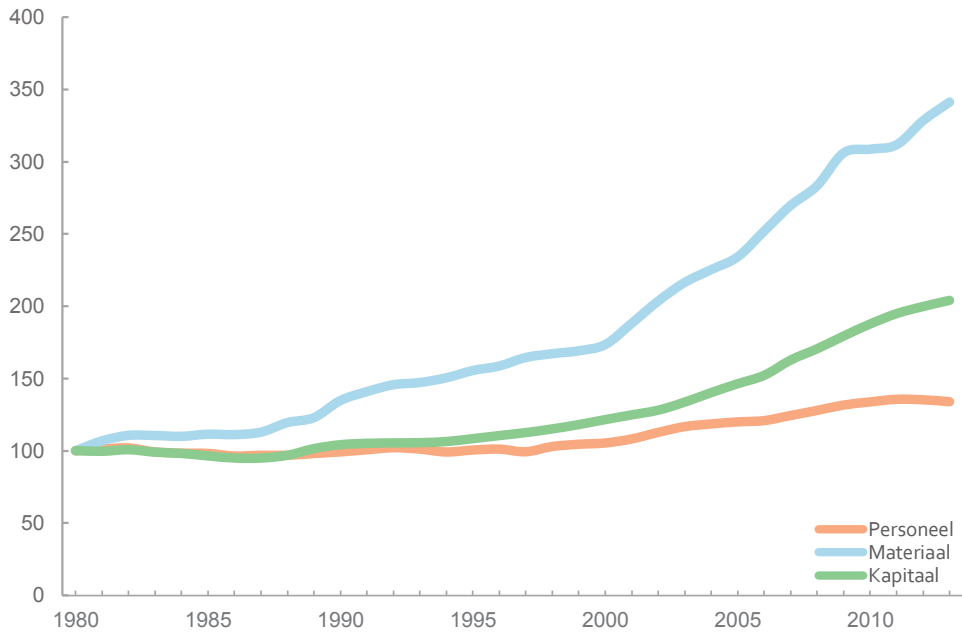


Kosten 1980 (× miljoen euro): personeel = 3.884; materiaal = 1.053; kapitaal = 743; totaal = 5.679.
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

De totale kosten nemen van 5,7 miljard euro in 1980 toe tot ruim 25 miljard euro in 2013, bijna 4,5 keer zoveel (zie figuur 2-2). De personele kosten beslaan over de gehele periode het grootste deel van de kosten. Het aandeel van de personele kosten in de totale kosten daalt van bijna 70 procent aan het begin van de periode naar 60 procent in 2013. Ook het aandeel van kapitaal in de totale kosten daalt van 13 procent in 1980 naar ruim 8 procent in 2013. De beperkte groei van de prijs van kapitaal (als gevolg van lage rentestanden) is hier grotendeels verantwoordelijk voor. Het aandeel van de materiële kosten neemt juist toe (van 17% tot 32%). Het toenemende medicijngebruik is hiervoor grotendeels verantwoordelijk.

De kostenontwikkeling, weergegeven in figuur 2-2, komt voort uit prijsveranderingen en veranderingen in de volumes van de ingezette middelen. Zo groeien de loonkosten als gevolg van loonontwikkelingen jaarlijks met gemiddeld 3,3 procent. Voor materiaal geldt een gemiddelde jaarlijkse prijsstijging van 2,3 procent en voor kapitaal 1,0 procent. Na correctie van de kosten voor de loon- en prijsontwikkelingen volgen hier de volumes van de ingezette middelen. De ontwikkeling hiervan wordt weergegeven in figuur 2-3.

Figuur 2-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



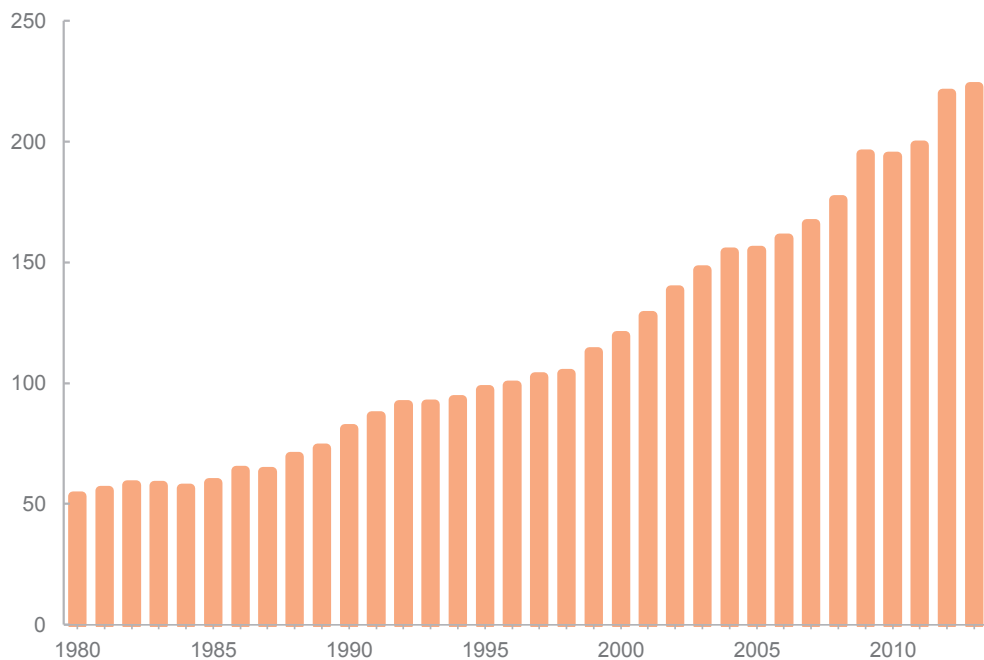
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Figuur 2-3 laat zien dat in de samenstelling van de ingezette middelen een duidelijke trend aanwezig is. De factor materiaal groeit in de periode 1980-2013 het sterkst. De inzet van materiaal groeit met een factor 3,4. De inzet van kapitaal (verdubbeling) en personeel (+30%) blijft hierbij achter. Het toegenomen belang van de factor materiaal heeft vooral te maken met de intensivering van medicatie en het toegenomen belang van uitbesteden van taken en inhuren van tijdelijk personeel. De groei van de factor kapitaal is een saldo van het toegenomen belang van dure medische apparatuur en een afgenomen belang van het beddenhuis.

Ontwikkeling instellingsgrootte

Figuur 2-4 toont de ontwikkeling van de schaal van ziekenhuizen op basis van de kosten in constante prijzen per ziekenhuis in de periode 1980-2013. In de afgelopen 34 jaar neemt de omvang van de ziekenhuizen sterk toe. Volgens figuur 2-4 bedraagt de gemiddelde schaal in 1980 50 miljoen euro (in prijzen van 2013). Vanaf 1985 treedt er een forse schaalvergroting op. In 2013 is een gemiddeld ziekenhuis 4,5 keer zo groot als in 1980. Dit is deels een gevolg van de toegenomen zorgproductie, maar voor een ander belangrijk deel ook van de voortschrijdende concentratie. Tussen 1980 en 2013 halveert het aantal ziekenhuizen. In de oude bekostigingssystematiek zit jarenlang, tot 2002, een sterke prikkel tot opschaling, de zogenoemde fusiebonus (TK, 2003). De laatste tien jaar is de gereguleerde marktwerking in belangrijke mate debet aan de concentratie.

Figuur 2-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte ziekenhuizen en medisch specialisten in kosten (x miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013

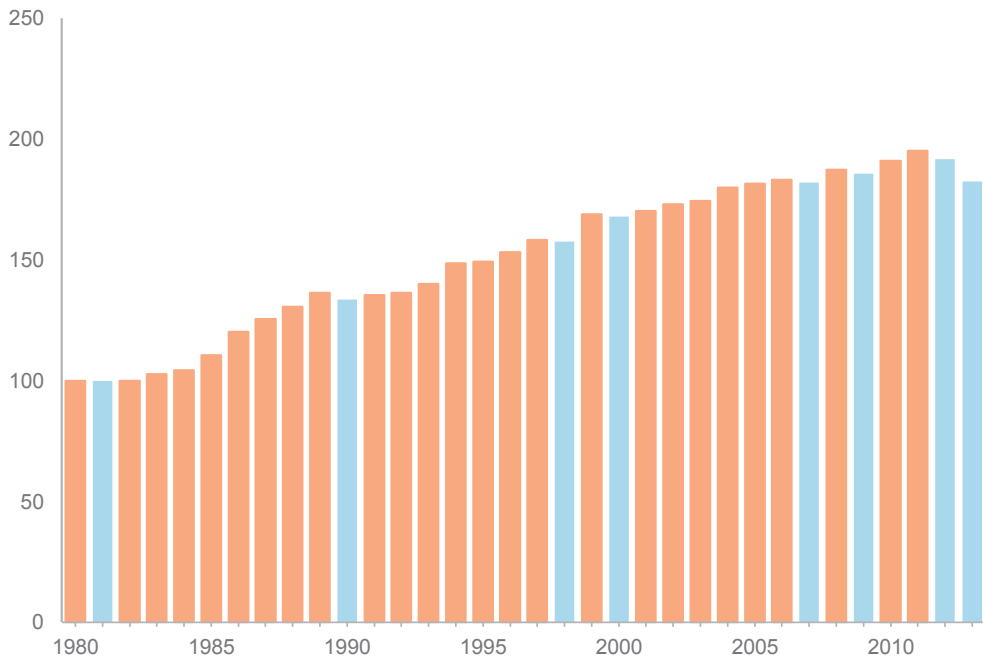


Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

2.3 Beleid en productiviteit

Op basis van de hiervoor genoemde gegevens wordt een productiviteitsanalyse uitgevoerd. Het aantal poliklinische behandelingen, het aantal opnamen, de productie voor derden en de case mix zijn als productindicatoren gehanteerd. De productiviteitsontwikkeling tussen 1980 en 2013 wordt weergegeven in figuur 2-5.

Figuur 2-5 Productiviteitsontwikkeling ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Uit figuur 2-5 blijkt dat de productiviteit van ziekenhuizen tussen 1980 en 2013 overwegend groeit. De totale productiviteitsgroei over de gehele periode bedraagt ruim 80 procent (1,8% gemiddeld per jaar). Vooral in de tweede helft van de jaren tachtig is sprake van een forse groei (tot 1989: gemiddeld 3,6% per jaar). De invoering van de budgettering in combinatie met de krappere macrobudgetten doen blijkbaar hier hun werk. Na 1989 is tijdelijk sprake van een stagnatie in de productiviteitsontwikkeling. De invoering van de functiegerichte budgettering is hier mogelijk verantwoordelijk voor. Daarna groeit de totale productiviteit in een lager tempo door (gemiddeld ongeveer 1 à 1,5% per jaar). Vooral eind jaren negentig vakt de productiviteit af door de ruimere budgetten. Dit geldt vooral wanneer rond de eeuwwisseling de boter-bij-de-visregeling van kracht wordt. Deze regeling creëert middelen om de wachtlijsten te verkorten. Het loont dan om wachtlijsten te creëren. De permanente productiviteitsgroei in deze sector is vooral een gevolg van een combinatie van technische mogelijkheden en de juiste bekostigingsprijkkels. Voor veel diagnoses geldt dat door geavanceerde appara-

tuur de diagnostiek aanzienlijk verbetert en dat door andere behandelmethoden (in het bijzonder door de verbeterde medicatie) patiënten veel korter in het ziekenhuis liggen. Zo loopt de gemiddelde verpleegduur terug van dertien dagen in 1981 naar vijf dagen in 2013.

Na de (gedeeltelijke) invoering van de marktwerking in 2006 stijgt de productiviteit weer. De sterk toegenomen productie leidt tot hogere bezettingsgraden in ziekenhuizen. In 2012 is sprake van een kentering. In 2012 wordt via het Hoofdlijnenakkoord de macrobudgettering weer van kracht, waardoor beperkingen aan de groei van de productie worden opgelegd. Hiermee is de facto een eind gekomen aan de marktwerking. Tevens worden de eigen bijdragen opgeschroefd, waardoor er vraaguitval begint op te treden. De productie daalt en daardoor stagneert ook de productiviteitsgroei. Al eerder is aangetoond welke belangrijke invloed de ontwikkeling van de productie heeft op de productiviteit (Blank en Van Heezik, 2015). Ook hier geldt dat de inzet van middelen geen gelijke tred houdt met de productie en dat er daardoor tijdelijk lage bezettingsgraden ontstaan.

Voor de gehele periode geldt dat er sprake is van schaalvergroting (zie figuur 2-4). Uit ander onderzoek wordt duidelijk dat ziekenhuizen in Nederland inmiddels al lang hun optimale schaal overstijgen (Blank, 2015a; Van Hulst, 2016). Ook dit heeft zijn weerslag op de productiviteit, maar komt in deze cijfers niet tot uitdrukking. De autonome productiviteitsgroei overtreft de negatieve groei door de schaalvergroting (Blank et al., 2011).

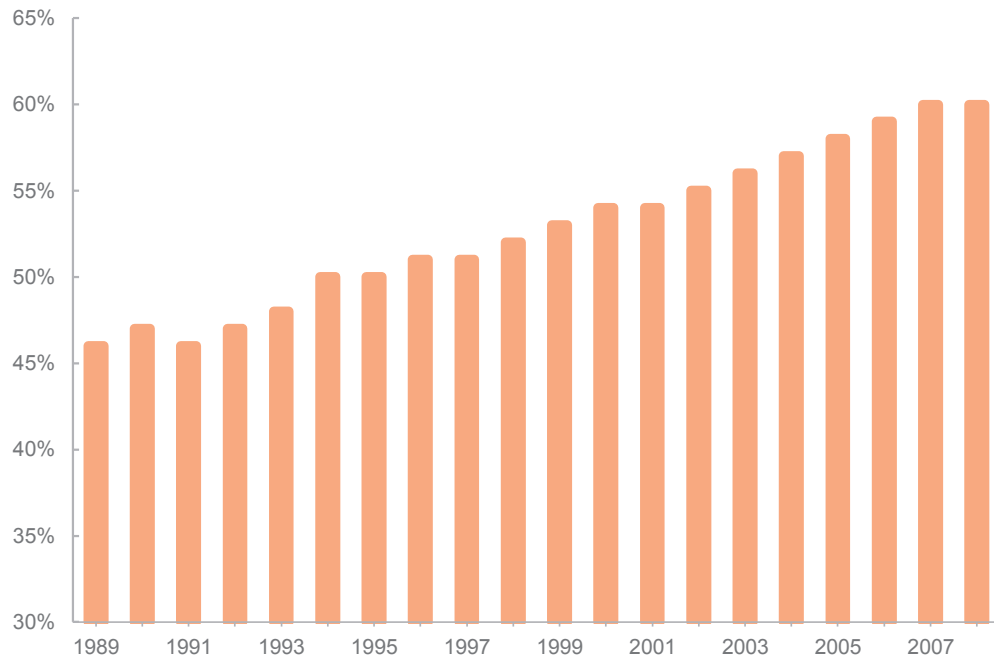
2.4 Kwaliteit en productiviteit

Afgezien van de zeer recente productiviteitsdaling van de afgelopen jaren en in het begin van de jaren negentig, kenmerkt de productiviteitsontwikkeling van de ziekenhuizen zich vanaf 1980 door vrijwel continue groei. Deze groei lijkt bovendien gepaard te gaan met een gestage toename van de kwaliteit van de zorg. Vrijwel iedereen is het er immers over eens dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg de afgelopen decennia behoorlijk is verbeterd. En daar zijn ook wel enkele aanwijzingen voor.

Zo hebben de ziekenhuizen een belangrijke bijdrage geleverd aan de gestegen levensverwachting van de Nederlandse bevolking. Is de levensverwachting van mannen bij geboorte in 1980 nog geen 73 jaar, voor in 2013 geboren jongens geldt een levensverwachting van meer dan 79 jaar. Voor vrouwen geldt deze levensverwachting al in 1980, maar neemt in de periode daarna eveneens toe. Meisjes die in 2013 zijn geboren hebben een levensverwachting van 83 jaar. Hoewel ook diverse andere factoren van invloed zijn geweest op deze ontwikkeling (zoals een gezondere levensstijl), heeft de verbeterde medisch-specialistisch zorg, vooral dankzij de technisch-wetenschappelijke vooruitgang, hierbij een belangrijke rol gespeeld (Boot, 2013).

Een nog betere indicatie van de kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg is te verkrijgen door de ontwikkeling van de overlevingskansen van patiënten te volgen. Zo zien we in figuur 2-6 dat het percentage kankerpatiënten dat na vijf jaar nog in leven is de afgelopen decennia aanzienlijk toeneemt. Van de patiënten bij wie in 1989 kanker is gediagnosticeerd leeft vijf jaar later (1993) nog 46 procent. Van de patiënten bij wie in 2008 kanker is vastgesteld leeft vijf jaar later (in 2013) nog 60 procent.

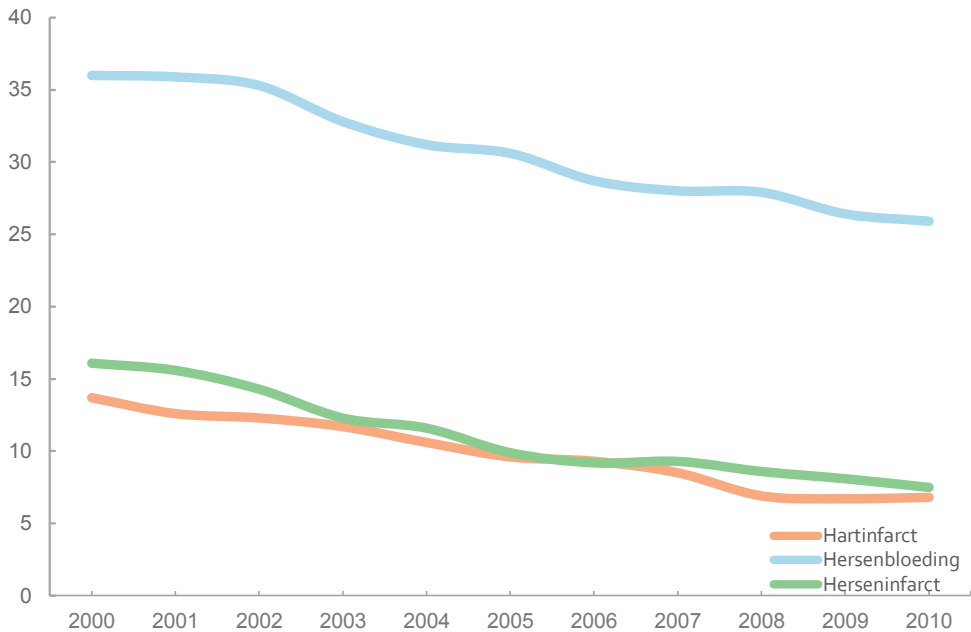
Figuur 2-6 Percentage kankerpatiënten dat na vijf jaar nog in leven is, 1989-2008



Bron: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)

Een andere, veelgebruikte, indicator voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg zijn de zogeheten 30-dagensterfte cijfers over patiënten met acute aandoeningen, zoals een hartinfarct of beroerte (herseninfract of -bloeding). Systematische gegevens hierover zijn helaas niet over een lange periode beschikbaar, wel zijn er cijfers vanaf 2000. Deze zijn in figuur 2-7 weergegeven.

Figuur 2-7 Percentage patiënten (van 45 jaar en ouder) dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acute aandoening komt te overlijden



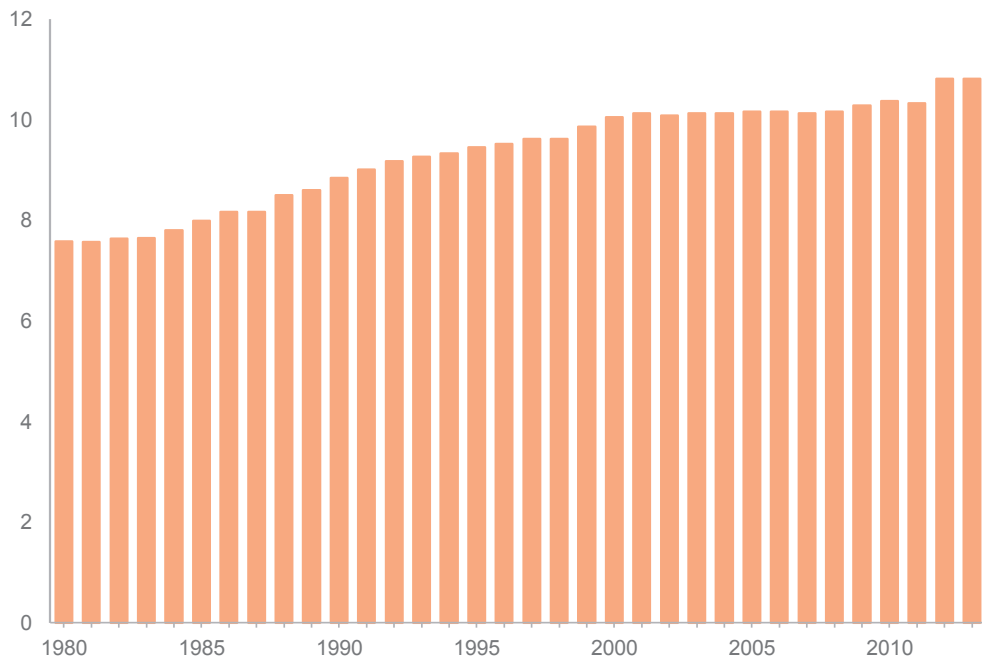
Bron: OECD

Uit figuur 2-7 blijkt dat het percentage patiënten (van 45 jaar en ouder) dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acute aandoening komt te overlijden sinds 2000 flink is gedaald. Dat geldt in het bijzonder voor de patiënten met hersen- en hartinfarcten, bij wie de 30-dagensterfte tussen 2000 en 2010 halveert. Maar ook de daling van de 30-dagensterfte bij patiënten met een hersenbloeding is in deze periode aanzienlijk (28%). In vergelijking met andere westerse landen scoren de Nederlandse ziekenhuizen overigens vooral bij de 30-dagensterfte onder patiënten met een hersenbloeding vrij laag. In 2010 is met name in de Scandinavische landen, maar ook in Oostenrijk, Zwitserland en Duitsland sprake van aanmerkelijk lagere ziekenhuissterfte onder patiënten met een hersenbloeding (RIVM, 2014).

Een ander kwaliteitsaspect betreft de bereikbaarheid van ziekenhuizen. Zo is het voor patiënten met zogenoemde planbare zorg uiteraard plezierig een ziekenhuisvoorziening in de buurt te hebben, voor patiënten met een acute zorgvraag kan het van levensbelang zijn. Om de bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen te berekenen, zouden exacte gegevens nodig zijn over de beschikbare locaties en het zorgaanbod daardaar. Dat is echter niet het geval. Wel is het mogelijk een heel globale indicatie te

geven van de bereikbaarheid op basis van het aantal instellingen (zie hiervoor Blank en Van Hulst, 2011; Blank et al., 2010b).

Figuur 2-8 Gemiddelde reisafstand naar dichtstbijzijnde ziekenhuis, 1980-2013 (in km)



Bron: Blank en Van Hulst, 2011; Blank et al., 2010b

Uit figuur 2-8 blijkt dat de gemiddelde reisafstand naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis in 1980 7,5 kilometer bedraagt. In de loop van de tijd neemt dit toe tot bijna 11 kilometer in 2013. Met alle mitsen en maren die aan deze berekeningsmethode verbonden zijn, impliceert dit dat de gemiddelde reistijd met 50 procent is toegenomen. Hier is dus zeer waarschijnlijk sprake van een kwaliteitsdaling van de geboden zorg.

Behalve via deze indicatoren is de kwaliteitsontwikkeling van de medisch-specialistische zorg ook met andere graadmeters in kaart te brengen. Zo presenteert de Zorgbalans 2014 bijvoorbeeld cijfers over het percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen 24 uur na presentatie is geopereerd en gegevens over patiëntenervaringen. Voor de meeste van deze gegevens geldt echter dat zij nog niet zo lang (systematisch) worden geregistreerd. Meestal gaan ze niet veel verder terug dan vijf of tien jaar.

Dat is eigenlijk opmerkelijk, aangezien men al in de jaren tachtig diverse initiatieven ontplooit om de kwaliteit van de ziekenhuiszorg op allerlei aspecten te bevorderen en daarover ook verantwoording af te leggen. Zo neemt eind jaren tachtig een aantal wetenschappelijke verenigingen het initiatief voor de ontwikkeling van een kwaliteits-visitatie, dat in de jaren negentig brede navolging vindt. Tegelijkertijd werkt een aantal ziekenhuizen aan een accreditatiestelsel. In dat kader wordt in 1998 het Nederlands Instituut voor Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ) opgericht en een overkoepelende kwaliteitsnorm geformuleerd. Ook wordt er in de jaren negentig veelvuldig gesproken over de ontwikkeling van een landelijk kwaliteitsbeleid voor de zorg. Bij dit overleg (bekend als de Leidschendamconferenties) worden alle spelers uit het veld van de zorg betrokken: patiëntenorganisaties, zorgaanbieders (instellingen en professionals), zorgverzekeraars, inspectie en overheid (Vos, 2014).

In het verlengde van de Leidschendamconferenties komt in 1996 de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) tot stand, waarin globale eisen worden geformuleerd om de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren. Daarnaast voert de overheid drie wetten in die de positie van de patiënten moeten versterken. Ook de invoering van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) in 1997 levert een bijdrage aan de kwaliteit van de zorg. Behalve via wet- en regelgeving probeert de overheid de kwaliteit van de zorg via subsidies te stimuleren. Zo start in 2003 het eerste grote landelijke subsidieprogramma *Sneller Beter*, dat beoogt verbeteringen in de curatieve zorg te stimuleren op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid. In de jaren daarna volgen meer van dergelijke subsidieprogramma's (Vos, 2014).

Of de verschillende maatregelen om het kwaliteitsbeleid te ontwikkelen ook hun vruchten afwerpen op de kwaliteitsbewaking en -bevordering van de zorg, blijft echter nog onduidelijk. Dit heeft vooral te maken met het ontbreken van een transparant stelsel van normen en indicatoren. Pas in 2002 worden de eerste serieuze stappen gezet om zo'n stelsel op te zetten. In dat jaar start de IGZ in samenwerking met andere partijen met het ontwikkelen van een basisset prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen, die in 2003 tot stand komt.

In 2005 ontwikkelt het Nivel een systeem voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg, de zogeheten CQ-Index (*Consumer Quality Index*). Daarnaast start de IGZ in opdracht van VWS in 2007 het programma Zichtbare Zorg (ZiZo), met als doel voor alle zorgsectoren heldere kwaliteitskaders en -indicatoren vast te stellen. Dit leidt echter niet tot de gewenste transparantie. Begin 2011 geven de bewindspersonen van VWS aan dat de veelsoortigheid van indicatoren een goed inzicht in de kwaliteit van zorg belemmert. Hierop besluit de minister van VWS tot de oprichting van een Kwaliteitsinstituut (het Zorginstituut) dat in 2013 van start gaat.

Al met al kan worden vastgesteld dat er sinds de jaren tachtig wel het nodige is gebeurd om het kwaliteitsbeleid in de zorg te verbeteren, maar dat men er al die tijd niet in is

geslaagd indicatoren te ontwikkelen waarmee de resultaten van het beleid – is er sprake van een kwaliteitsverbetering in de zorg? – adequaat kunnen worden gemeten. Dat betekent dat het heel lastig is om de ontwikkelingen in de kwaliteit van de ziekenhuiszorg in kaart te brengen. Vooral kwaliteitsdata waarmee de kwaliteitsontwikkeling op de lange termijn kan worden beschreven zijn niet of nauwelijks beschikbaar. Het is daardoor ook niet goed mogelijk om na te gaan hoe de relatie tussen kwaliteit en productiviteit zich de afgelopen decennia heeft ontwikkeld. Weliswaar zijn er diverse aanwijzingen dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg tussen 1980 en 2013 aanzienlijk toeneemt, maar de gegevens hierover zijn te beperkt om ze te kunnen meewegen in de productie. We kunnen dan ook alleen veronderstellen dat er bij de geschetste productiviteitsontwikkeling waarschijnlijk sprake is van een onderschatting. In welke mate dat het geval is, is evenwel niet te zeggen.

2.5 Conclusies

Tussen 1980 en 2013 groeit de productiviteit van ziekenhuizen en medisch specialisten met ruim 80 procent. Dat is gemiddeld ongeveer 1,8 procent per jaar. De groei is overigens niet gelijkmatig geweest. Deze manifesteert zich vooral in de jaren tachtig met heel hoge groeicijfers van ongeveer 3,7 procent per jaar. Het sterke bezuinigingsbeleid en de invoering van de budgettering zijn hiervoor verantwoordelijk. Verder is er in het begin van de jaren negentig een opvallende daling van de productiviteit te zien. Dit laat zich niet eenvoudig duiden. De invoering van het functiegerichte budget kan hiermee te maken hebben. In de nieuwe eeuw groeit de productiviteit verder, maar op een lager niveau dan daarvoor.

Er zijn vrij sterke aanwijzingen dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg in genoemde periode verbetert. De beschikbare gegevens zijn echter onvoldoende om de kwaliteitsverbetering in de productie te verdisconteren. Dit impliceert dat de gevonden productiviteitsgroei eerder een onderschatting is dan een overschatting. De ziekenhuissector heeft zich dus goed gemanifesteerd. Voor een deel is dit waarschijnlijk terug te voeren op de sterk technologisch gedreven ontwikkelingen. De overheid heeft hier waarschijnlijk wel in belangrijke mate aan bijgedragen. De invoering van de (krappe) budgettering in de jaren tachtig is hiervan een voorbeeld. Een belangrijke drijfveer van de productiviteitsgroei is ongetwijfeld ook de groei van de vraag. Hierdoor wordt de sector permanent gedwongen met hoge bezettingsgraden te werken. Aan het begin van de nieuwe eeuw worden extra middelen ter beschikking gesteld om de wachtlijsten weg te werken. Deze ruimere financiële mogelijkheden vertalen zich in extra productie. Zeer recent ontstaat er via het Hoofdlijnenakkoord en de verhoging van de eigen bijdragen een rem op de vraag. Dit heeft geleid tot een daling van de productiviteit in 2012 en 2013. De conclusie dat de gereguleerde marktwerking heeft geleid tot een verbetering van de productiviteit is dan ook niet te trekken. In het begin (direct na 2006) lijkt het er wel op dat dit het geval is, maar dat is vooral een gevolg van het eerdergenoemde effect van de extra vraag. Van echte marktwerking is overigens geen sprake geweest.

Vlak na de invoering valt maar een bescheiden deel van de behandelingen onder de marktwerking. Verder geldt dat de overheid niet in staat is enige concurrentie te organiseren. Door de verdergaande concentratie van ziekenhuizen, maar ook door het oneerlijke speelveld voor de verschillende typen ziekenhuizen, komt concurrentie niet van de grond.

Zoals gezegd zijn er sterke aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg in de onderzoeksperiode verbeterd is, maar er zijn ook een paar negatieve ontwikkelingen aan te wijzen. Zo zijn er periodes dat de wachtlijsten, en dus de wachttijden voor behandelingen, fors toenemen. Overigens verdwijnen de wachtlijsten de afgelopen tien jaar ook weer even opvallend als ze ontstaan zijn. Een ander zorgelijk punt betreft de verminderde bereikbaarheid van ziekenhuizen. Door de vele fusies neemt het aantal ziekenhuizen en ook het aantal locaties voor ziekenhuiszorg af. Hoewel lastig in te schatten, is hier waarschijnlijk sprake van een forse toename van reistijden voor patiënten (en hun familie) en aanrijtijden van ambulances. Beide ontwikkelingen raken niet direct de berekende productiviteit. In feite is er sprake van een vorm van afwenteling.

Een opvallend aspect is dat de positieve productiviteitsgroei in de ziekenhuizen nog negatief beïnvloed is door de forse schaalvergroting. Uit eerder onderzoek blijkt dat de schaalvergroting een negatief effect heeft op de productiviteit. De cijfers hadden dus een nog rooskleuriger beeld kunnen geven.

3 Verpleging, verzorging en thuiszorg

3.1 Institutionele ontwikkelingen

Sectorbeschrijving

De vvt-sector bestaat oorspronkelijk uit verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. De verpleeghuizen leveren vooral langdurig verblijf met verpleging van cliënten met somatische en psychogeriatrische aandoeningen. De verzorgingshuizen leveren voornamelijk lang- of kortdurend verblijf met verzorging. Meestal gaat het om minder zware zorg dan in de verpleeghuizen. De zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt aangeduid met intramurale zorg. De verpleeg- en verzorgingshuizen leveren eventueel aanvullende intramurale zorgproducten, zoals dagverpleging en dagverzorging en in toenemende mate zorg buiten de instelling, de zogenoemde extramurale zorg (volledig pakket thuis). Overigens is vanaf 1997, met het onderbrengen van verzorgingshuizen onder de AWBZ (Overgangswet verzorgingshuizen), het onderscheid niet meer relevant. De geïndiceerde zorg wordt vanaf 2003 uitgedrukt in functies en vanaf 2008 in zorgzwaartepakketten (ZZP's). Hiermee vervalt dan ook het formele onderscheid tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Thuiszorginstellingen leveren vooral persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en dagverzorging aan cliënten die thuis wonen. Deze vorm van zorg wordt aangeduid met extramurale zorg.

In deze studie wordt de oude indeling van verpleging, verzorging en thuiszorg gehanteerd. Dit is uiteraard niet bedoeld als verwijzing naar een type (feitelijk niet meer bestaande) instelling, maar eerder naar het type zorg dat wordt verleend.

Sectorontwikkelingen

De vvt-sector ondergaat in de periode 1980-2013 een groot aantal veranderingen. Door de jaren heen stuurt de overheid vooral op kwaliteit en veiligheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kostenbeheersing. Van belang is op te merken dat er aanvankelijk sprake is van duidelijke schotten tussen verpleging (verpleeghuizen), verzorging (verzorgingshuizen; vroeger: bejaardenoorden) en thuiszorg (vroeger: kruiswerk en gezinsverzorging). Betreffende sectoren worden dan ook via verschillende wet- en regelgeving en ook door verschillende actoren aangestuurd. In de loop van de tijd is sprake van een ontschotting en extramuralisering. In de huidige context is juist weer sprake van beschotting. Per 2015 is de intensieve verpleging weer terug bij de overheid (Wlz), de medische component (verpleging en persoonlijke verzorging) bij de Zvw en huishoudelijke hulp en ondersteuning (begeleiding) bij de gemeenten. Omdat deze veranderingen pas in 2015 van kracht worden, zijn ze niet relevant voor de onderhavige analyse.

Verpleging Aan het begin van de onderzoeksperiode vallen verpleeghuizen onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De overheid heeft met deze wet de mogelijkheid om de capaciteit in de verpleeghuizen te reguleren. Bekostiging van de verpleeghuizen vindt plaats op basis van de AWBZ. Tot 1983 is sprake van een soort openeinderegeling, waarbij verpleeghuizen een vergoeding krijgen per verpleegdag. Sinds 1983 is sprake van budgettering. De aanvaardbare kosten, die door een verpleeghuis niet mogen worden overschreden, staan hierin centraal. Deze aanvaardbare kosten, verder aangeduid als het budget, zijn afhankelijk van productieafspraken over het aantal verpleegdagen en dagbehandelingsdagen. Overigens heeft dit budget alleen betrekking op de personele en materiële kosten. Voor de kapitaalkosten geldt een ander regime. Op basis van de WZV wordt een aantal erkende bedden en dagbehandelingsplaatsen vastgesteld. De overheid verstrekt een vergoeding voor de kapitaalkosten op basis van het aantal erkende bedden en dagbehandelingsplaatsen.

Verzorging Verzorgingshuizen vallen in het begin van de onderzoeksperiode onder de Wet op de bejaardenoorden (WBO). De WBO is een wet die heel ruim gedefinieerd is met betrekking tot de dienstverlening en vooral het toezicht op de kwaliteit regelt. Van enige sturing op capaciteit en kosten is helemaal geen sprake. Onder de wet valt een bonte verzameling van zorgaanbieders, variërend van particuliere (heel kleine) verzorgingshuizen met winstoogmerk tot aan kloosterbejaardenoorden en verpleeghuizen zonder erkenning. Op een indirecte manier is sprake van een publieke bekostiging. Ouderen moeten zelf de kosten voor een bejaardenoord dragen. Als zij hiervoor niet voldoende inkomen hebben, dan springt de gemeente bij via de Algemene Bijstandswet (ABW). Ouderen worden in dat geval ook verondersteld hun eigen vermogen in te zetten. In 1984 moet 80 procent van de bewoners van een bejaardenoord een beroep doen op de ABW. Ook de zogenoemde verzorgingsprijzen zijn nauwelijks aan banden gelegd. Er moet sprake zijn van een billijke verhouding met de kostprijzen. Er is dan ook een grote variatie in verzorgingsprijzen en daarmee samenhangend ook in de kwaliteit van dienstverlening. De overheid kan de kosten nauwelijks beheersen. In 1985 is er daarom sprake van een ingrijpende herziening van de WBO. Vanaf dat moment zijn de provincies en de vier grote gemeenten verantwoordelijk voor de planning en bekostiging van de verzorgingshuizen. Zij ontvangen hiervoor van de overheid een specifieke uitkering. De facto is hier dus ook sprake van budgettering. Voor een uitgebreide verhandeling over deze periode wordt verwezen naar Goudriaan et al. (1989: p. 95 e.v.).

In het kader van de Modernisering ouderenzorg worden de verzorgingshuizen geleidelijk onder de werking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gebracht. Op 1 januari 1997 wordt de Overgangswet verzorgingshuizen van kracht om de verzorgingshuizen in vier jaar tijd te laten overgaan naar de AWBZ. De zorg- en dienstverlening door de verzorgingshuizen moeten dan als aanspraken zijn omschreven (CBZ, 2001). Hiermee wordt een belangrijke stap gezet naar de ontschotting tussen verpleging en verzorging. Deze krijgt in 2004 definitief haar beslag, als de indicatiestelling plaatsvindt in termen van functies in plaats van een voorziening. Budgetten worden per

instelling toegekend en zijn afhankelijk van het aantal bedden en de bezettingsgraad. Een lage bezetting per bed resulteert in een lager budget in het daaropvolgende jaar. Zo is sprake van een budgetvertraging van een jaar. De tarieven worden vastgesteld door het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg), thans Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Thuiszorg De thuiszorg kent voorlopers met de wijkverpleging en de gezinsverzorging. Deze beide voorzieningen worden geïntegreerd tot de thuiszorg in 1990 (SER, 2008). De wijkverpleging valt al vanaf 1980 onder het regime van de AWBZ en de gezinsverzorging vanaf 1989. Ook voor deze voorziening geldt dat zij beschikt over een gegarandeerd instellingsbudget. De gegarandeerde instellingsbudgetten in de thuiszorg werden in de jaren negentig deels afgebouwd, waarmee budgetruimte ontstond voor de pgb's. Vanaf 1994 komen er in deze markt sowieso meer marktprikkels. Nieuwe aanbieders worden toegestaan en ook over tarieven kan vrij worden onderhandeld. Gerechtelijke uitspraken in 1999 leiden tot de verplichting van levering van zorg na positieve indicatiestelling (TK, 2000). De uitbreiding van het dienstenpakket jaagt de vraag verder op, en er ontstaan wachtlijsten.

Modernisering In de 'gemoderniseerde' AWBZ krijgt de zorgvrager vanaf 2004 een meer centrale plaats en wordt de aanbiedersmarkt meer open (SER, 2008: zie bijlage 3). De zorgkantoren – kantoren die de financiën van de zorg voor de cliënten regelden – krijgen een actievere rol in het inkoopbeleid. De modernisering geeft meer keuzevrijheid aan cliënten, om zelf te kiezen van welke zorginstelling zij zorg willen ontvangen. Hiervoor worden de verplichte contracten van verpleeg- en verzorgingshuizen met de zorgkantoren afgeschaft. Andere zorgaanbieders krijgen de mogelijkheid om de markt te betreden. Ook is er sprake van ontschotting: verpleeg- en verzorgingshuizen mogen nu zorg aan huis leveren. Met name de thuiszorg profiteert daarvan.

Vanaf 2004 is de indicatiestelling functiegericht in plaats van aanbodgericht en geldt AWBZ-breed. Er worden zeven AWBZ-functies onderscheiden: verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verblijf en behandeling. Bij de indicatiestelling wordt voortaan vastgesteld aan welke functie iemand behoefte heeft, en hoeveel daarvan nodig is; de functie-indeling. Met andere woorden, instellingsfinanciering maakt plaats voor functiegerichte budgettering. In 2008 worden indicatiestelling en bekostiging geformuleerd in termen van zorgzwaartepakketten (ZZP). Het aantal toegewezen uren zorg en begeleiding wordt dan niet meer apart toebedeeld per geïndiceerde functie, maar in de vorm van een zorgzwaartepakket.

Een jaar eerder vindt nog een andere AWBZ-wijziging plaats als gevolg van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007. De Wmo vervangt delen van de AWBZ, in het bijzonder de huishoudelijke zorg (TK, 2006a). De uitvoering wordt gelegd bij de gemeenten, die bepalen of en welke vorm van ondersteuning nodig

is. In feite is hier sprake van een ontvlechting, omdat dit deel wordt losgekoppeld van de andere AWBZ-functies. De diensten worden geleverd in natura of met een pgb (maar niet gefinancierd uit de AWBZ). Het toezicht op de nieuwe ordening in de zorg wordt vanaf 2006 in de Wet marktordening gezondheidszorg gelegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (TK, 2006b).

Tegelijkertijd wordt gestreefd naar versobering van het verzekerde pakket onder de AWBZ, door op herstel gerichte zorgdiensten weer onder te brengen bij de Zvw (TK, 2006b). Hiermee is in feite ook weer sprake van een ontvlechting, omdat de eerdere integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging teniet wordt gedaan. Uiteindelijk vindt de overheveling van op herstel gerichte AWBZ-zorg naar de Zvw pas plaats vanaf 2013.

Ter bestrijding van wachtlijsten werden vanaf 2000 volumemiddelen beschikbaar gesteld en konden onorthodoxe plannen worden ingediend bij de overheid om de wachtlijsten weg te werken. Een belangrijke prikkel was het boter-bij-de-visbeleid (2001-2004), waarbij verpleeghuizen (en ook ziekenhuizen) werden afgerekend op basis van feitelijk geleverde zorg (Chessa, 2007). Het collectieve budget voor instellingsfinanciering werd dus verhoogd. De regeling werd in 2004 afgeschaft, tegelijk met de invoering van de gemoderniseerde AWBZ. Met de invoering daarvan ging instellingsfinanciering over in functiegerichte financiering naar zorgzwaarte.

De ontwikkelingen in de vvt-sector laten zich moeilijk plaatsen in het in hoofdstuk 1 besproken BEMO-model. In de subsectoren treden allerlei verschillende reguleringsregimes op. In de sfeer van de bekostiging zijn er openeinderegelingen in de beginperiode bij de bejaardenoorden, maar ook later bij verpleeghuizen met de zogenoemde boter-bij-de-visregeling. Opvallend genoeg kennen de bejaardenoorden al in de beginperiode private partijen, zelfs met winst oogmerk. Deze mogelijkheid wordt in 1985 afgesloten. Midden jaren negentig worden er wel weer private partijen toegestaan in de thuiszorg. De marktwerking in de thuiszorg doet in de jaren negentig al zijn intrede, terwijl dat voor de intramurale zorg pas geldt vanaf 2009. In veel gevallen is er sprake van overgangsregelingen en/of gefaseerde invoering. Dit alles maakt de vvt-sector tot een hybride en weinig beleidsconsistente sector.

3.2 Kerncijfers verpleging, verzorging en thuiszorg, 1980-2013

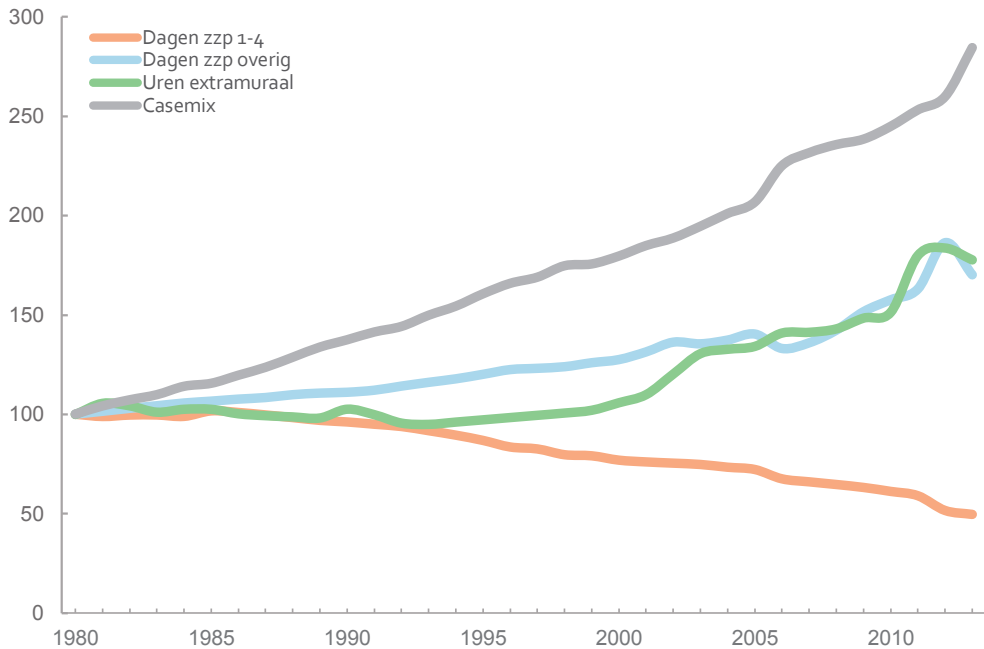
Ontwikkeling productie

Het aantal zorgdagen, uitgesplitst naar verpleging en verzorging, en het aantal uren extramurale zorg vormen samen de productie in de vvt-sector. De dagen verzorging komen in het huidige systeem nog het meest overeen met de zorgzwaartepakketten 1 tot en met 4. De overige zorgzwaartepakketten hebben – in termen van het verleden – betrekking op verpleeghuiszorg.

Over een dergelijk lange periode is de zorg drastisch veranderd. Indicatiestellingen en aanspraken zijn wezenlijk veranderd. Helaas is het niet mogelijk om op basis van de beschikbare gegevens de aard van de dienstverlening en de kwaliteit daarvan op een consistente manier in beeld te brengen. Daarom is hier voor een indirecte manier van meten gekozen, namelijk door het aantal verzorgings- en verplegingsdagen te relateren aan de bevolkingsomvang (van de potentiële doelgroep). In dit geval gaat het om het aantal 80-plussers in de bevolking. De gedachte hierachter is dat wanneer het percentage zorgdagen ten opzichte van de relevante bevolking afneemt, de gemiddelde zorgzwaarte in de zorg toeneemt. De case mix is zodanig geconstrueerd dat een toename van de zorgzwaarte correspondeert met een hoger getal voor de case mix. Overigens is ook aan te nemen dat de zorgvraag in deze groep in de loop van de tijd afneemt, vanwege een toenemende verbetering in de gezondheid per leeftijdscohort. Verder is het zo dat niet uitsluitend ouderen boven de 80 gebruikmaken van verpleging en verzorging. Er zijn ook mensen onder de 65 jaar die hiervan gebruikmaken, maar het is onduidelijk hoe groot hun zorgzwaarte is.

Figuur 3-1 vat de ontwikkeling van de productie samen tussen 1980 en 2013. De cijfers worden uitgedrukt in een indexcijfer, waarbij 1980 op 100 wordt gesteld. Uit figuur 3-1 blijkt dat het aantal dagen in de lichte categorieën zzp 1-4 tussen 1980 en 2013 ongeveer halveert. Omdat het hier aanvankelijk een heel substantiële groep betreft (51,2 miljoen dagen in 1980 tegenover slechts 16,5 miljoen in de zwaardere categorieën), is de totale impact op de ontwikkeling van de vvt-sector groot. Het aantal extramurale uren blijft tot 2000 nagenoeg constant. Daarna is sprake van een groei, die uiteindelijk oploopt tot meer dan 75 procent ten opzichte van 1980. Een tamelijk permanente groei is te vinden bij de dagen voor de zwaardere zorg (zzp > 4). Deze bedraagt over de gehele periode ongeveer 70 procent. Doordat een steeds geringer deel van de bevolking boven de 80 een beroep doet op de zwaardere zorg, neemt naar verwachting ook de case mix steeds verder toe.

Figuur 3-1 Ontwikkeling productie vvt, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

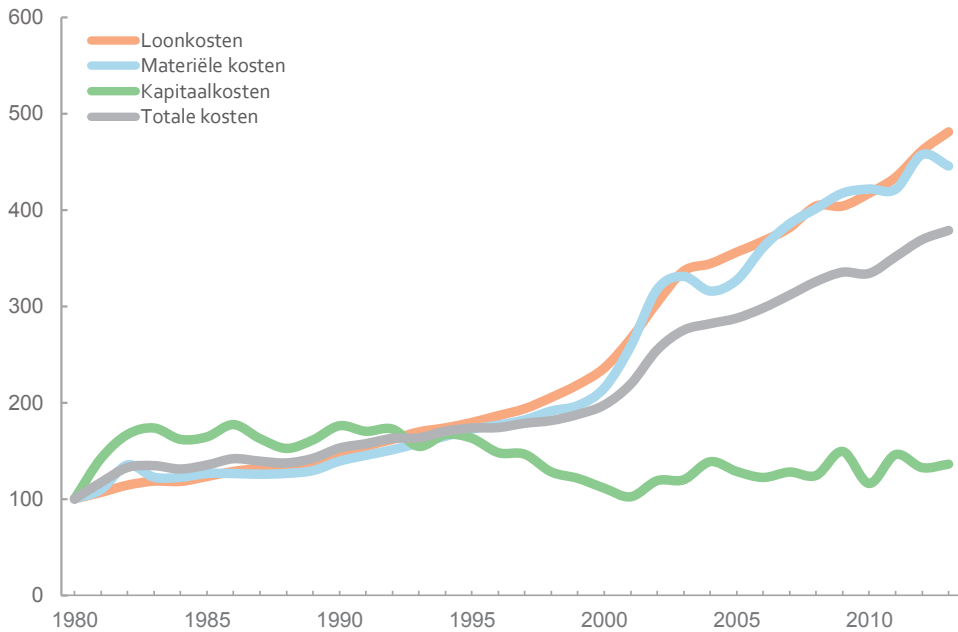


Productie 1980 (× miljoen): dagen zzp 1-4: 51,2; dagen zzp overig: 16,5; uren extramuraal: 67,4.
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Ontwikkeling kosten en volumes

Figuur 3-2 geeft de ontwikkeling weer van de totale kosten en de verschillende kostensoorten tussen 1980 en 2013, uitgedrukt in indexcijfers met 1980 = 100. Uit figuur 3-2 wordt duidelijk dat de kosten fors zijn toegenomen. Zo nemen de totale kosten met een factor 3,8 toe. Deze groei wordt vooral na 1995 gerealiseerd. De sterkst groeiende kostensoort is die van de loonkosten met bijna een verviervoudiging ten opzichte van 1980 (factor 4,8). Verder vertonen ook de materiële kosten een substantiële groei met een factor 4,5. De kapitaalkosten nemen tussen 1980 en 2013 toe met een bescheiden 35 procent.

Figuur 3-2 Ontwikkeling kosten vvt, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

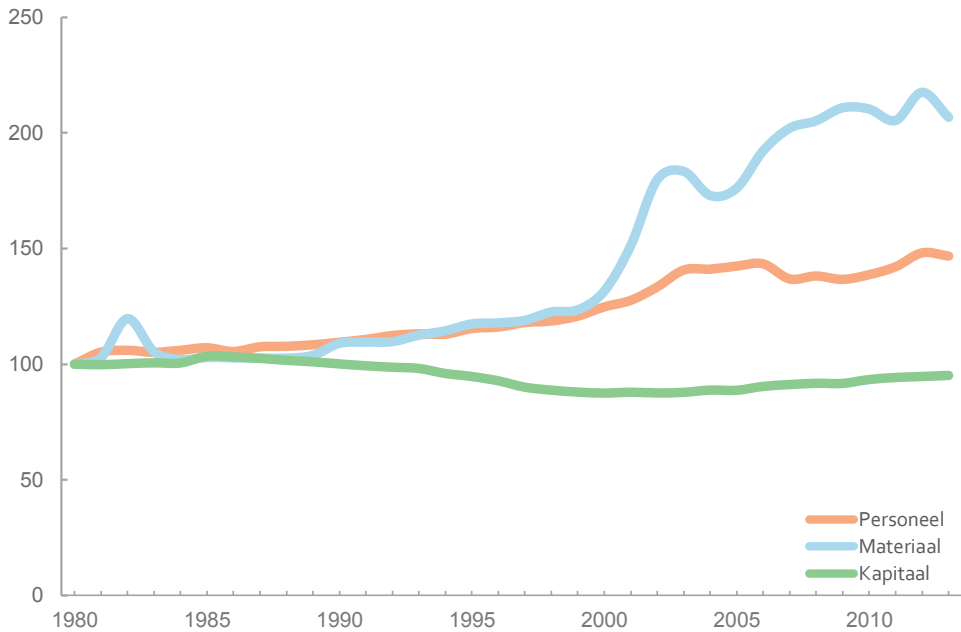


Kosten 1980 (× miljoen euro): personeel = 2.529; materiaal = 804; kapitaal = 1284; totaal = 4617.
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Voor een belangrijk deel is de groei van de kosten toe te schrijven aan de ontwikkeling van de prijzen. Zo stijgt de prijs voor personeel met een factor 3,3, materiaal met een factor 2,1 en kapitaal met een factor 1,4 (de genoemde cijfers staan niet vermeld in een figuur). De prijs van kapitaal blijft ver achter bij de andere prijzen vanwege de lage rentestanden sinds midden jaren negentig.

Na correctie voor deze prijsstijgingen ontstaat een ander beeld van het volume en de samenstelling van de ingezette middelen. Het resultaat hiervan is te zien in figuur 3-3. Uit figuur 3-3 is af te leiden dat de inzet van materiaal meer dan verdubbelt tussen 1980 en 2013. De inzet van personeel neemt met ongeveer 50 procent toe en de inzet van kapitaal daalt zelfs met ongeveer 5 procent. Dit laatste is vooral een gevolg van de afbouw van intramurale capaciteit in de loop van de jaren. Zo daalt het aantal bedden in de verzorging en verpleging van 191.000 in 1980 naar 121.000 in 2006 (dit is het laatste jaar met betrouwbare gegevens). Dit is een nog veel forsere daling dan uit figuur 3-3 blijkt. Dit komt doordat de huisvestingskwaliteit vanaf eind jaren negentig aanzienlijk verbetert door de versnelde ombouw van meerpersoonskamers naar een- en tweepersoonskamers (VWS, 2010). Dit heeft uiteraard een opwaarts effect op het volume van kapitaal.

Figuur 3-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen vvt, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

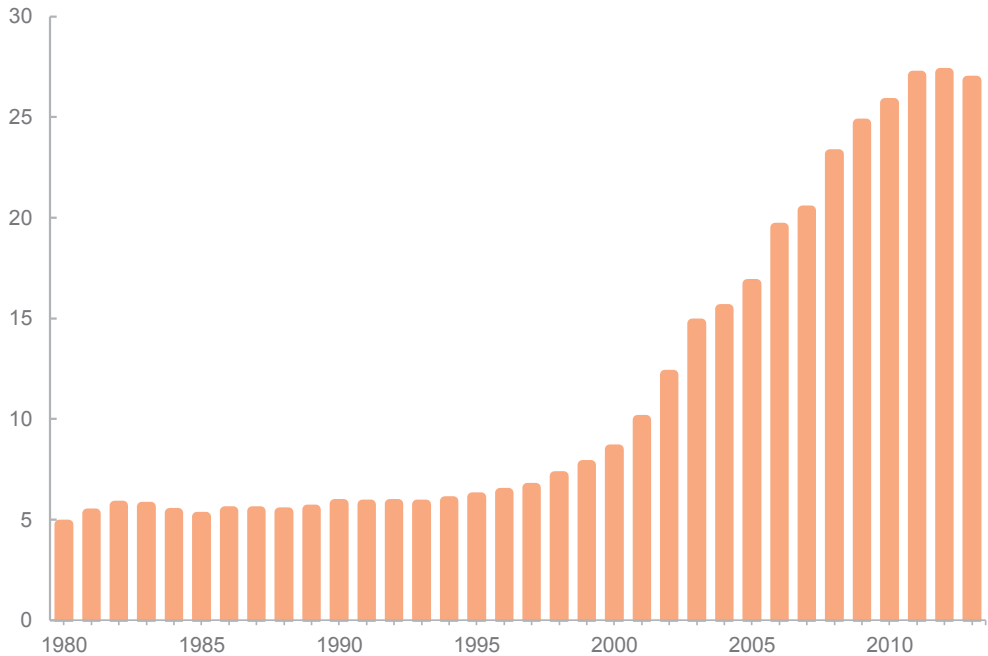


Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Ontwikkeling instellingsgrootte

Figuur 3-4 toont de ontwikkeling van de instellingsgrootte op basis van de kosten in constante prijzen. Overigens is het geen sinecure om het aantal instellingen vast te stellen. In de loop van de tijd worden verschillende begrippen gehanteerd, zoals ondernemingen, bedrijven, instellingen en vestigingen. En de gegevens hierover vertonen de nodige inconsistenties. Met alle mitsen en maren wordt hier een reeks gepresenteerd die in principe uitgaat van het aantal bedrijven. Deze reeks blijkt het meest consistent. Dit geldt echter niet voor de thuiszorg. Hier is de laatste jaren sprake van een explosieve groei van het aantal bedrijven door de opkomst van de zelfstandige zorgverleners. Deze (duizenden) zzp'ers worden in veel gevallen ingehuurd door grote (thuis)zorginstellingen, waardoor er een sterk vertekend beeld ontstaat van de daadwerkelijke omvang van de thuiszorgbedrijven. Om die reden is besloten alleen de schaalontwikkeling van de verpleging en verzorging te presenteren. Daar komt bij dat de omvang van de thuiszorgorganisaties ook minder relevant is omdat de productie bij de cliënten thuis plaatsvindt.

Figuur 3-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte van instellingen verpleging en verzorging in kosten (× miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013



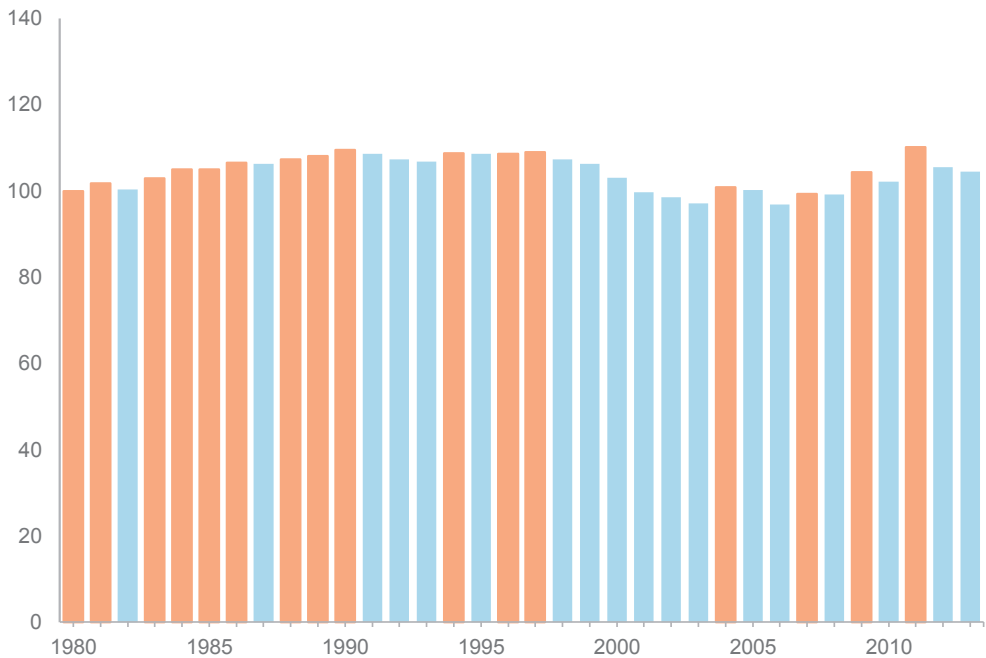
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Uit figuur 3-4 volgt dat de gemiddelde instellingsgrootte in de verpleging en verzorging in de loop van de jaren fors toeneemt. Zo groeit de gemiddelde instelling in termen van kosten in de periode 1980-2013 van 5 miljoen euro tot 27 miljoen euro (in constante prijzen). Instellingen worden in die tijd gemiddeld dus meer dan vijf keer zo groot.

3.3 Beleid en productiviteit

Op basis van de onderscheiden producten en de verschillende kosten wordt voor ieder jaar de productiviteit afgeleid. De ontwikkeling hiervan is te zien in figuur 3-5.

Figuur 3-5 Productiviteitsontwikkeling vvt-sector, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Figuur 3-5 laat zien dat in de onderzoeksperiode sprake is van bescheiden ontwikkelingen in de totale factorproductiviteit. Vanaf 1980 is er eerst een periode van gestage groei van de productiviteit. Deze duurt tot 1990. Vervolgens blijft tot 1997 de productiviteit tamelijk constant. Vanaf 1997 tot en met 2003 daalt de productiviteit, om vervolgens weer licht te groeien tot 2011. In 2012 en 2013 is sprake van een teruggang.

De jaren tachtig kenmerken zich vooral door de bezuinigingen van de kabinetten Lubbers. Dit hand-op-de-knipbeleid blijkt doorgaans effectief (zie ook Herweijer et al., 2014; Blank en Van Heezik, 2015). In 1996 wordt de Kwaliteitswet zorginstellingen van kracht. Deze resulteert in een daling van de productiviteit tot 2003. In deze periode worden veel meerpersoonskamers in verpleeghuizen omgezet in een- en tweepersoonskamers. De privacy van patiënten verbetert hierdoor aanzienlijk, maar dit laat zich moeilijk in kwantificeerbare eenheden vertalen. De volgende paragraaf gaat hier nog nader op in. Verder wordt in deze periode de zogenoemde boter-bij-de-vis-regeling van kracht om wachtlijsten weg te werken. Ook hierdoor is dus sprake van een budgettaire verruiming.

Verder is sprake van een aanzienlijke schaalvergroting in deze periode. Het effect hiervan laat zich moeilijk inschatten. Uit een globaal literatuuronderzoek blijkt dat de optimale schaal van verpleeg- en verzorgingshuizen, uitgedrukt in euro's van 2013, ergens tussen de twee en tien miljoen euro ligt (Blank, 2015). In 1998 wordt in Neder-

land voor de gemiddelde instelling de genoemde bovengrens bereikt. Mede gelet op eerdere kanttekeningen over het vaststellen van het aantal instellingen en dus de gemiddelde instellingsgrootte, zijn harde uitspraken over het effect van de schaalvergroting niet mogelijk. Na 2003 gaat de gemiddelde instellingsgrootte wel erg afwijken van het optimum, zodat negatieve effecten hiervan te verwachten zijn. Ook het tempo waarin dit gebeurt, kan een negatief effect hebben via zogenoemde transitiekosten.

Na 2004 treedt de functiegerichte budgettering in werking en komen elementen van marktwerking ook binnen het intramurale deel van de vvt-sector (vanaf 2006). Hiermee samenhangend wordt de productie van de verpleging en verzorging nauwkeuriger gedefinieerd. Dit alles leidt tot een verbetering van de productiviteit in deze periode, hoewel het patroon van jaar op jaar vrij grillig is.

Een belangrijke verklarende factor voor productiviteitsontwikkelingen, zo blijkt uit de onderliggende analyses, is de ontwikkeling van het productievolume. Als het productievolume groeit, dan stijgt de productiviteit en vice versa. Dit is een gevolg van het feit dat de ingezette middelen zich traag aanpassen aan het productievolume. Gebouwen kunnen niet à la minuut worden afgestoten of aangeschaft, net zomin als personeel direct kan worden ontslagen of aangenomen. In 2013 zien we voor alle activiteiten een daling van het productievolume. Een productiviteitsdaling ligt dan voor de hand.

In eerder onderzoek schetst Dumaj (2011) een veel somberder beeld van de productiviteitsontwikkeling in de vvt-sector. Belangrijkste verklaring hiervoor is dat in zijn studie de autonome productiviteitsgroei (ook wel: technische ontwikkeling) wordt gepresenteerd en niet de totale factorproductiviteit, zoals in deze studie. De totale factorproductiviteit verdisconteert ook nog de effecten van wijzigingen in de bezettingsgraad, het bedrijfsproces en de schaal. Ook wordt in zijn studie de inzet van kapitaal op een minder adequate wijze gemeten. Verder wordt in deze studie een forse verbeteringslag gemaakt in de gegevens.

3.4 Kwaliteit en productiviteit

De kwaliteit van de zorg in de vvt-sector staat de laatste tijd volop in de belangstelling. Veel mensen maken zich grote zorgen over het functioneren van de verplegings- en verzorgingsinstellingen. Dit blijkt onder andere uit een onderzoek van het SCP naar de door burgers ervaren kwaliteit van de publieke dienstverlening (Eggink, 2013). Bijna de helft van de respondenten beoordeelt de kwaliteit van de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen als matig of slecht. Dat dit oordeel niet ongegrond is, wordt aangetoond in een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Op basis van de inspecties, die in 2011 en 2012 bij 393 van de 450 zorgconcerns voor intramurale ouderenzorg plaatsvinden, concludeert de inspectie dat de kwaliteit van de zorg bij veel instellingen niet op orde is. Er zijn 150 instellingen met een hoog risico op onverantwoorde zorg (IGZ, 2014). Voor de Tweede Kamer is dit aanleiding om bij de staatssecretaris van VWS

aan te dringen op intensiever toezicht op niet goed functionerende instellingen. Ook vraagt het parlement om een verbeterplan voor de ouderenzorg. Het toezicht wordt aangescherpt en begin 2015 presenteert de staatssecretaris het plan voor verbetering van de ouderenzorg (Ministerie van VWS, 2015).

Of het plan de gewenste verbeteringen tot stand zal brengen is de vraag. Een groot deel van de maatregelen uit het plan is namelijk niet nieuw. Al jarenlang wordt in de verpleging en verzorging gewerkt aan kwaliteitsverbetering van de zorg. Al in de jaren tachtig worden verschillende projecten uitgevoerd om de kwaliteit in de langdurige zorg te verbeteren, waaronder het project Kwaldo (Kwaliteit en doelmatigheid in verpleeghuizen) dat in 1980 start. De angst voor kwaliteitsverlies als gevolg van de bezuinigingen van de kabinetten-Lubbers speelt hierbij vaak een rol. Zeker als eind jaren tachtig uit (inspectie)onderzoeken naar voren komt dat er nogal wat problemen zijn in de verpleging en verzorging, zoals vervuiling van incontinentie bewoners, het pas tegen het middaguur helpen van bewoners bij wassen en opstaan en voedingstekorten bij bewoners die niet zelf kunnen eten en drinken (Boeije, 1994).

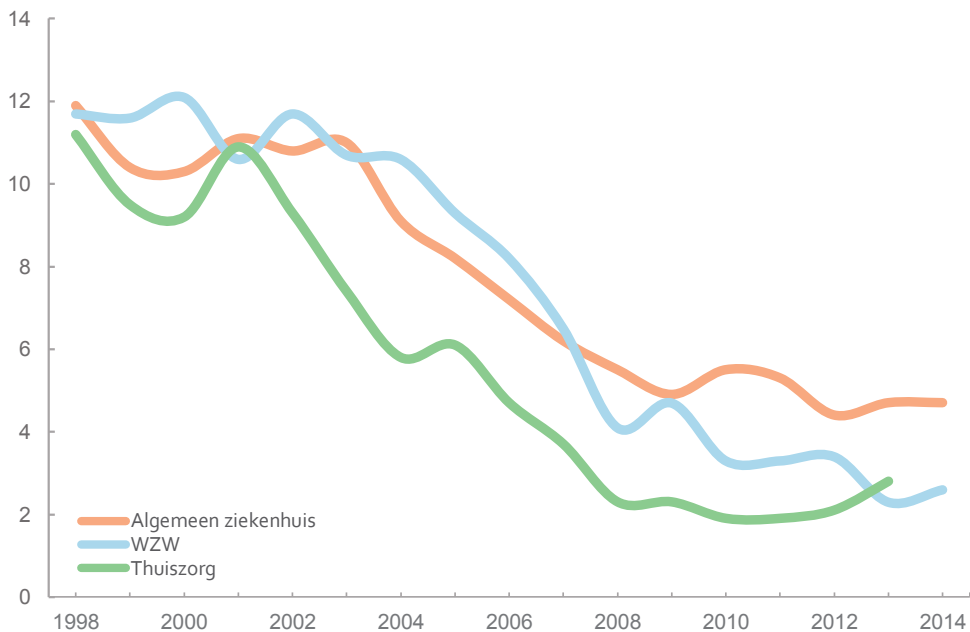
Deze en andere signalen (Leidsch Dagblad, 9 juli 1988) lijken erop te wijzen dat de productiviteitsgroei van de jaren tachtig ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg in de vvt. Als dit inderdaad het geval is, is in deze periode sprake van een overschatting van de productiviteit. De (toegevoegde) waarde van de productie is dan immers lager en dat is bij het vaststellen van de productiviteit niet meegewogen. Hoewel het in principe wel mogelijk is de kwaliteitsveranderingen in de productie te verdisconteren (Blank et al., 1996), is dat vaak een hachelijke opgave. Kwaliteit laat zich namelijk meestal moeilijk kwantificeren. En dat geldt zeker in situaties waarin er geen systematische registratie van kwaliteitsdata plaatsvindt, wat lange tijd in de vvt-sector het geval is.

Ondanks de vele inspanningen om de kwaliteit in de langdurige zorg te verbeteren, vinden er tot ver in de jaren negentig nauwelijks registraties plaats die bruikbare, longitudinale (kwantitatieve) gegevens opleveren over de zorgkwaliteit. We kunnen voor deze periode (1980 tot midden jaren negentig) dus alleen afgaan op signalen over mis- en wantoestanden, zoals die door de inspectiediensten worden gemeld. Dit kan echter leiden tot een enigszins vertekend beeld (Boeije, 1994). Zo rapporteert de Geneeskundige Inspectie Zuid-Holland in 1988 na een inspectieronde in de provincie, dat de kwaliteit van de verpleegzorg, als gevolg van de bezuinigingen, in gevaar is. Daarover blijkt echter binnen de sector verschil van mening te bestaan. In de regio Leiden bijvoorbeeld laten verschillende directeuren van verpleeghuizen weten dat zij de conclusie van de inspectie te ver vinden gaan. De basiszorg in hun verpleeghuis is volgens hen (nog) niet aangetast. Andere verpleeghuisdirecteuren uit de regio zijn het daarentegen volledig met de inspectie eens (Leidsch Dagblad, 9 juli 1988). Hieruit blijkt dat het op zijn minst arbitrair is om op grond van de inspectieverslagen de ontwikkelingen in de kwaliteit te duiden.

Toch geven de door de inspectie gesignaleerde wantoestanden wel aan dat het in de jaren tachtig in ieder geval in een deel van de vvt niet best gesteld is met de kwaliteit van de zorg. Mede door deze signalen, maar ook door de ophanden zijnde Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ 1996), waardoor de zorginstellingen verplicht worden de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren, ontstaat in de jaren negentig verhoogde aandacht voor de kwaliteit van de vvt-zorg. Bestaande kwaliteitssystemen worden verder uitgewerkt en nieuwe ontwikkeld, zoals het Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen (MIK-V), en ook is sprake van kwaliteitscertificering (Achterberg, 2004).

Kort na de totstandkoming van de KWZ, vindt ook de eerste landelijke meting van de prevalentie van decubitus in Nederland plaats. Decubitus (doorligwonden) is een aandoening die vrij vaak voorkomt bij oudere mensen in de verpleging en verzorging. Uit de eerste meting, die in 1998 plaatsvindt, blijkt bij cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen een decubitusprevalentie van 32 procent. Bij cliënten van thuiszorgorganisaties is sprake van een prevalentie van 21 procent (NTvG, 1998). In de periode daarna volgen jaarlijks nieuwe landelijke metingen van de decubitusprevalentie, die als een belangrijke indicator van de kwaliteit van de zorg wordt beschouwd (Schols et al., 2013). Uit figuur 3-6, waarin de lichtste categorie van decubitus (categorie 1) niet is meegenomen, blijkt dat de prevalentie in de loop van de jaren flink is afgenomen (Halfens et al., 2013).

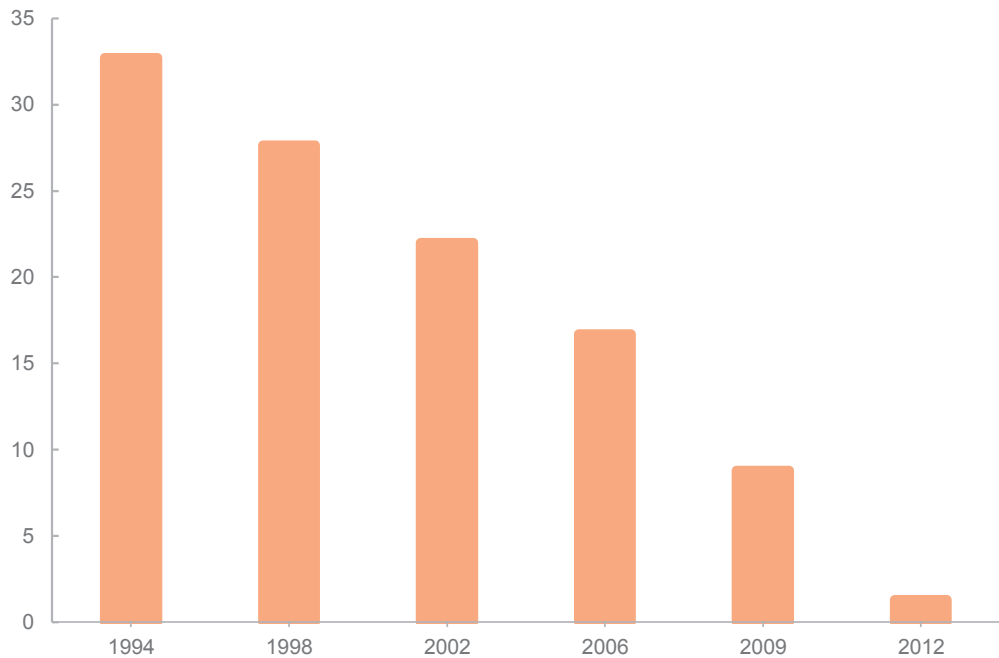
Figuur 3-6 Prevalentie van decubitus in procenten, exclusief categorie 1



Deze ontwikkeling lijkt er op te wijzen dat er de afgelopen vijftien jaar, in ieder geval in dit opzicht, een behoorlijke kwaliteitsverbetering heeft plaatsgevonden. Ook bij de prevalentie van enkele andere zorgproblemen, die zich met name in de vvt-sector voordoen, is een dalende trend waar te nemen. Zo is de prevalentie van ondervoeding in de langdurige zorg tussen 2004 en 2013 gehalveerd en hetzelfde geldt voor de prevalentie van smetten. Minder vooruitgang wordt geboekt bij de incidentie van vrijheidsbepalende maatregelen. Tussen 2007 en 2013 blijft het percentage rond de 25 schommelen. Ook de ontwikkeling van het aantal valincidenten laat in deze periode geen grote veranderingen zien. Het percentage valincidentie fluctueert tussen de 5 en 10 (Halfens et al., 2013).

Afgezien van de valincidenten en vrijheidsbepalingen wijzen de dalende cijfers van de andere zorgproblemen erop dat de activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering, die vooral vanaf de jaren negentig in gang worden gezet, hun vruchten afwerpen. Tegelijkertijd neemt ook de privacy van de bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen sterk toe. Tot het midden van de jaren negentig verblijft ongeveer 60 procent van de bewoners in meerpersoonskamers (RVZ, 1996). Sinds de Privacy-nota uit 1996 richt het beleid van VWS zich op het afbouwen van het aantal meerpersoonskamers (kamers voor meer dan twee personen) en het realiseren van één- en (splitsbare) tweepersoonskamers. Figuur 3-7 laat zien dat dit beleid succesvol is, al neemt de uitvoering meer tijd in beslag dan verwacht.

Figuur 3-7 Aantal bedden in meerpersoonskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen (× 1000)



Bron: VWS, RVS, Actiz

De extra middelen die voor de genoemde en andere kwaliteitsverbeteringen worden ingezet (meer kapitaalinvesteringen, hulpmiddelen en 'handen aan het bed') vormen wellicht deels een verklaring voor de productiviteitsdaling die eind jaren negentig optreedt. De overwegend opwaartse productiviteitstrend na 2003 zou er misschien op kunnen wijzen dat de kwaliteit sindsdien weer meer onder druk komt te staan. Met de beperkt beschikbare data is dat echter niet aan te tonen. Wel is het opvallend dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) juist het afgelopen decennium met grote regelmaat constateert dat veel vvt-instellingen niet in staat zijn goede zorg te bieden (Koopmans, 2005; IGZ, 2008; IGZ, 2009; IGZ, 2014). Hoewel de prevalentie van doorligwonden en het aantal meerpersoonskamers ook na 2003 blijven afnemen – en de kwaliteitsverbetering dus in ieder geval wat deze aspecten betreft doorzet – laat de zorg op andere gebieden blijkbaar nog te vaak te wensen over.

3.5 Conclusies

Tussen 1980 en 2013 is in de vvt-sector sprake van een bescheiden positieve ontwikkeling in de totale factorproductiviteit. Vanaf 1980 is er eerst een periode van gestage groei van de productiviteit. Deze groei komt vooral tot stand door bezuinigingen, waardoor de kwaliteit van de zorg vaak onder druk komt te staan. Vermoedelijk is in

deze periode dan ook sprake van enige overschatting van de productiviteitsontwikkeling. Vanaf 1990 komt er een einde aan de groei en ontwikkelt de productiviteit zich een aantal jaren tamelijk constant.

Vanaf 1997 tot en met 2003 daalt de productiviteit. In deze periode worden verschillende maatregelen genomen om de kwaliteit te verbeteren, zoals de afbouw van meerpersoonskamers, waardoor de privacy van bewoners in tehuizen aanzienlijk verbetert. Deze en andere kwaliteitsverbeteringen hebben een negatief effect op de productiviteit. Zij komen namelijk niet tot uitdrukking in de gemeten productie, terwijl de kosten van deze maatregelen wel zijn verdisconteerd.

Vanaf 2001 wordt de zogenoemde boter-bij-de-visregeling van kracht om wachtlijsten weg te werken. Er is dan sprake van een budgettaire verruiming met waarschijnlijk een negatief effect op de productiviteit. In de tweede helft van de jaren negentig worden ook al marktprikkels ingebouwd in de thuiszorg. De eventueel positieve effecten hiervan worden niet zichtbaar, vanwege genoemde andere ontwikkelingen. Ook is het denkbaar dat van de marktwerking in de thuiszorg een negatief effect uitgaat. De invoering gaat namelijk met horten en stoten gepaard en met de nodige problemen.

Tussen 2004 en 2011 is weer sprake van een lichte groei van de productiviteit. Vanaf 2004 treedt de functiegerichte budgettering in werking en komen elementen van marktwerking ook binnen het intramurale deel van de vvt-sector (vanaf 2006). Hiermee samenhangend wordt de productie van verpleging en verzorging nauwkeuriger gedefinieerd. In 2012 en 2013 is sprake van een productiviteitsdaling. Deze is waarschijnlijk toe te schrijven aan de afname van het productievolume. De inzet van middelen past zich hier vertraagd op aan.

Verder is gedurende de gehele periode sprake van een aanzienlijke schaalvergroting. Het effect hiervan laat zich moeilijk inschatten op basis van de hier gehanteerde gegevens. Op basis van ander onderzoek is de verwachting dat de opschaling in de afgelopen jaren een negatief effect heeft op de productiviteit.

4 Gehandicaptenzorg

4.1 Institutionele ontwikkelingen

Sectorbeschrijving

De gehandicaptenzorg (ghz) levert zorg aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking. Er is een onderscheid tussen intramurale, semimurale en extramurale zorg. Er bestaan voor ieder type zorg specifieke instellingen, maar tegenwoordig is het aanbod meer geïntegreerd dan gedifferentieerd. Organisaties in de ghz bieden steeds vaker transmurale zorg, multidisciplinaire zorg die geleverd wordt door meerdere zorgverleners.

De intramurale ghz is gericht op gehandicapten voor wie integratie in de maatschappij op korte en lange termijn niet haalbaar is. Intramurale voorzieningen bieden naast een woonfunctie mogelijk ook verzorging, begeleiding, verpleging, diagnostiek en behandeling (Boot, 2010). Bewoners kunnen in toenemende mate ook van activiteiten buiten de muren genieten. De semimurale ghz, zorg met verblijf zonder behandeling, heeft hoofdzakelijk een woonfunctie. Bewoners verblijven binnen de zorginstelling en krijgen daarbij begeleiding, maar werken en/of recreëren buitenshuis of in de dagopvang. De extramurale of ambulante ghz heeft betrekking op zorg die buiten intramurale instellingen wordt aangeboden. Dikwijls betreft dit gehandicapten die bij familie of zelfstandig wonen, maar enkele uren per week begeleiding krijgen of aan dagbesteding deelnemen.

Tegenwoordig spreekt men amper nog van instellingen met een specifieke zorgtaak. Dikwijls is sprake van grootschalige instellingen met een gevarieerd aanbod van zowel intramurale, semimurale als extramurale zorg. Deze geïntegreerde instellingen worden vaak als transmurale organisaties bestempeld. Aanvankelijk zijn er nog intramurale instellingen voor verstandelijk, zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten. Het merendeel van deze instellingen is een algemene instelling voor verstandelijk gehandicapten (AIVG). Verder zijn er instellingen voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten (JLVG) en instellingen voor meervoudig gehandicapten. De semimurale ghz wordt aangeboden in instellingen zoals gezinsvervangende tehuizen (GVT). Dagverblijven bieden dagbesteding aan gehandicapten, ongeacht de woonsituatie (Boot, 2015). De extramurale ghz wordt voornamelijk gecoördineerd door zogenoemde MEE-organisaties, voorheen Sociaal-Pedagogische Diensten (SPD).

Sectorontwikkelingen

Tot in de jaren negentig wordt de ghz gedomineerd door de intramurale zorg. Financiering vindt plaats vanuit de AWBZ. Instellingen worden vanaf 1984 bekostigd via

functionele budgettering. Daarmee is sprake van aanbodgerichte financiering. Bepaling van het instellingsbudget gebeurt op basis van de verwachte productie van de instelling (Eggink en Blank, 2001). Instellingen genereren vervolgens opbrengsten op basis van Wtg-tarieven. Eventuele tekorten worden niet aangevuld. Overschotten worden daarentegen aan de instellingsreserves toegevoegd. Er is ook sprake van capaciteitsregulering. Een en ander hieromtrent is geregeld in de WZV. In 1991 wordt voor de intramurale voorzieningen de vrije-margeregeling ingevoerd. Daarbij kan het instellingsbudget enigszins (4%) worden verruimd. Dit betreft een tijdelijke maatregel.

Vanaf 1970 verschuift, onder invloed van de maatschappelijke opvattingen, het zorgaanbod van intramuraal gestaag naar lichtere varianten (Schoemakers-Salkinoja en Van Puijenbroek, 1990). Onder het mom van vermaatschappelijking worden verstandelijk gehandicapten waar mogelijk bij de samenleving betrokken en in lichtere zorginstellingen geplaatst. Deze ontwikkeling is duidelijk zichtbaar in de aantallen van de verschillende typen instellingen. Zo neemt het aantal GVT's toe van 100 in 1970 tot 600 in 1996 (Boot en Knapen, 2005). De semimurale ghz wordt ook steeds verder gedifferentieerd. Zo ontstaan er in navolging van de GVT's lichtere varianten voor mensen met een lichte verstandelijke handicap.

Vanaf eind jaren negentig vindt er een aanzienlijke fusiegolf plaats. Veel intramurale, semimurale instellingen en ook de toenmalige SPD'en fuseren onderling (Boot, 2015). Steeds vaker ontstaan er grootschalige transmurale instellingen met een gevarieerd zorgaanbod. Hiermee is in feite sprake van ontschotting tussen de verschillende instellingen en zorgtypen. Tegelijkertijd vindt er op zorgniveau juist schaalverkleining plaats (Boot en Knapen, 2005). Zo stijgt het aantal zorglocaties, in absolute zin, tijdens de fusiegolf sterk. Ook dagverblijven zijn betrokken bij de fusiegolf en worden in toenemende mate opgenomen in de grootschalige instellingen. Instellingen zijn daardoor beter in staat zorg op maat te leveren.

In de financiering vindt ook al mondjesmaat een transitie plaats naar meer vraagsturing. Dit begint met de invoering van het pgb in 1996. Vanaf 2003 is er bovendien sprake van een functionele indicatiestelling. Toekenning van het pgb geschiedt op grond van de zorgvraag en de patiënt besluit waaraan het budget wordt besteed. Met de modernisering van de AWBZ in 2004 wordt in de AWBZ niet meer gesproken over specifieke sectoren of instellingen, als de GVT's, maar van zorgfuncties als begeleiding en verzorging. Ook de grenzen tussen de ghz en ggz verwateren hierdoor enigszins. Er is nog steeds sprake van functionele budgettering, maar de productie wordt afgesproken in functiegerichte termen (Eggink et al., 2007).

In de periode 2000-2004 stelt de overheid extra financiële middelen ter beschikking door middel van het boter-bij-de-visbeleid. Daarbij worden instellingen afgerekend op basis van de geleverde zorg, waardoor in feite tijdelijk een vorm van outputfinanciering bestaat.

Vanaf 2004 is er sprake van contracteerruimte die de NZa oplegt per zorgregio en per zorgkantoor. Binnen een regio is de grootste verzekeraar dikwijls aangewezen als het vigerende zorgkantoor. In feite is de contracteerruimte een toedeling van het landelijk Budgettair Kader Zorg (BKZ). Concurrentie tussen verzekeraars is hierbij nog niet mogelijk en zorgkantoren lopen geen financieel risico (Schut, 2009). Het BKZ is het budget voor zorg op de rijksbegroting en bestaat uit alle uitgaven die op basis van een wettelijke aanspraak dan wel een subsidie op grond van de AWBZ en Zorgverzekeringwet (Zvw) worden gemaakt. De contracteerruimte wordt jaarlijks vastgesteld op basis van feitelijk geleverde zorg in het voorgaande jaar, verwachte zorg, herverdeling van middelen en beleidswijzigingen (NZa, 2012).

In 2009 wordt een systeem van zorgzwaartepakketten (ZZP) en zorgzwaartebekostiging voor langdurig verblijf ingevoerd. Het uitgangspunt van de zorgzwaartebekostiging is de toekenning van een geldbedrag dat is afgestemd op de zorgbehoefte (het ZZP) van de cliënt. De zorgbehoefte is functiegericht beschreven, waarbij de cliënt binnen een ZZP waarvoor hij of zij is geïndiceerd, zelf kan kiezen op welke manier de zorg wordt geleverd (TK, 2005). De invoering van de ZZP-bekostiging is een omkering van aanbodgefinancierde zorg naar vraaggefinancierde zorg.

Er vindt tegelijkertijd een overgang plaats naar meer prestatiebekostiging en gereuleerde marktwerking. Vanaf 2010 wordt niet meer vooraf gebudgetteerd en zijn er prijsonderhandelingen tussen verzekeraars en instellingen (beperkt) mogelijk (Collot d'Escury en Van Reenen, 2010). Een jaar later vervalt bovendien de contracteerplicht voor intramurale instellingen. Bij de extramurale instellingen is dit al in 2004 het geval. Er is sprake van gereuleerde marktwerking, maar in feite is de marktwerking nog zeer bescheiden (Schut, 2009). In 2010, 2011 en 2012 zijn prijsonderhandelingen mogelijk binnen een beperkte bandbreedte rondom door de NZa vastgestelde prijzen. In 2013 is er alleen nog sprake van maximumtarieven.

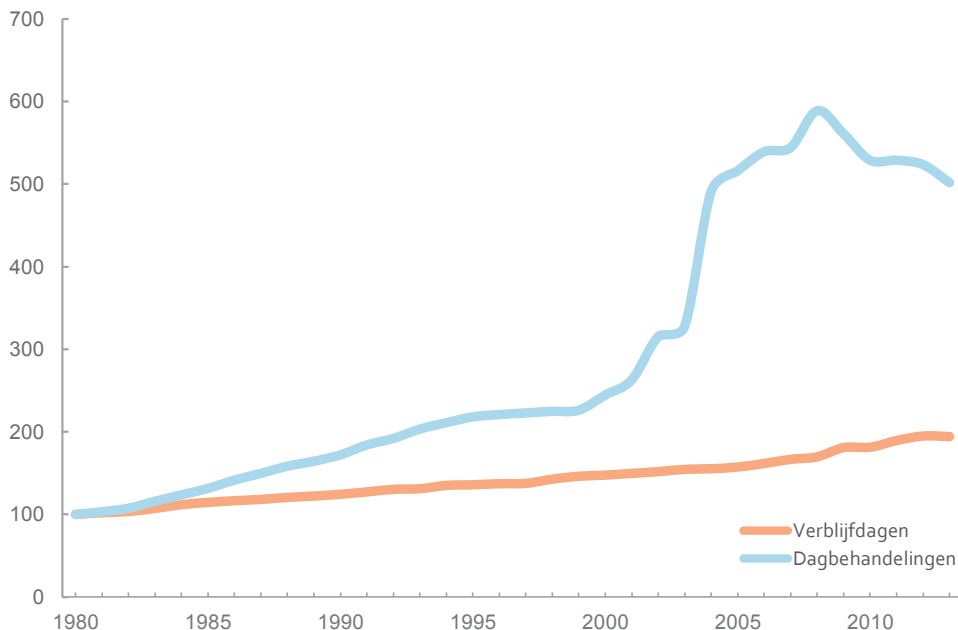
4.2 Kerncijfers gehandicaptenzorg, 1980-2013

Ontwikkeling productie

Figuur 4-1 geeft de ontwikkelingen weer van twee producten: het aantal verblijfdagen en het aantal dagbehandelingen of dagactiviteiten. De ontwikkeling wordt weergegeven in indexcijfers met als basisjaar 1980 = 100. Extramurale zorgverlening aan gehandicapten (aan huis) is niet in de productiegegevens, maar ook niet in de kostengegevens opgenomen. Daarmee wordt de extramurale gehandicaptenzorg door thuiszorginstellingen niet in deze cijfers betrokken en blijft een deel van de ghz dus buiten beschouwing. Het is niet duidelijk om hoeveel kosten of omzet dit precies gaat. Ook zijn er met name in het aantal dagbestedingen beperkingen in de beschikbare datareeksen, onder andere door het voorkomen van dubbelstellingen. Verder geldt in de ghz dat de zorgintensiteit bij de verschillende producten door de tijd heen verandert. Er

zijn steeds meer zwakbegaafden in de zorg, terwijl het aantal ernstig beperkten vrij constant blijft (Ras et al., 2013; Woittiez et al., 2014). Door een gebrek aan (langetermijn)gegevens is het niet mogelijk om dergelijke veranderingen in de case mix te verdisconteren in de productie.

Figuur 4-1 Ontwikkeling productie ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



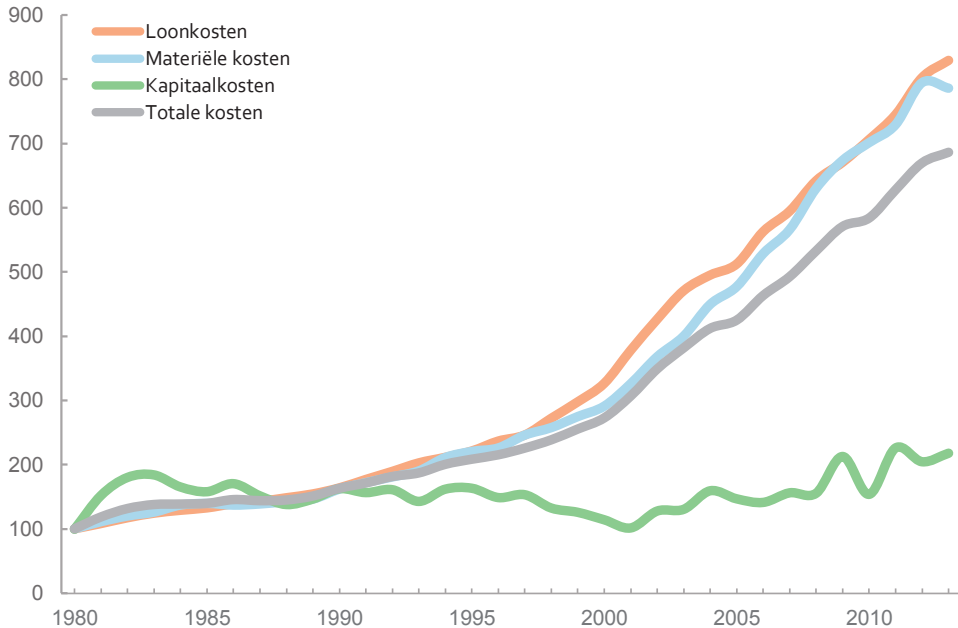
Productie 1980 ($\times 1000$): verblijfdagen: 14.891; dagbehandelingen: 1825.
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Uit figuur 4-1 blijkt dat de productie van de ghz tussen 1980 en 2013 aanzienlijk stijgt. Het aantal verblijfdagen groeit tussen 1980 en 2013 gestaag van ruim 20.000 dagen naar bijna 30.000 dagen. Het aantal dagbestedingen vertoont een veel opvallender verloop. Tot eind jaren negentig stijgt het aantal dagbestedingen vrij constant. Tussen 2000 en 2008 neemt het aantal dagbestedingen echter een enorme vlucht: het verdrievoudigt. Er is een aantal mogelijke verklaringen (Woittiez et al., 2005). Ten eerste is tussen 2000 en 2004 het boter-bij-de-visbeleid van kracht. Ook heeft de modernisering van de AWBZ en de functiegerichte indicering een aanzuigende werking gehad op patiënten uit andere sectoren, zoals de ggz. Bovendien hebben diverse ontwikkelingen bijgedragen aan een toename van het aantal indicaties. Vanaf 2008 daalt het aantal dagbestedingen weer. Dan zijn de zogenoemde pakketmaatregelen AWBZ ingevoerd om de groei van extramurale productie te beperken.

Ontwikkeling kosten en volumes

Figuur 4-2 geeft de ontwikkeling weer van de totale kosten en de verschillende kosten-typen. De ontwikkelingen worden ook hier uitgedrukt in indexcijfers met als basisjaar 1980 = 100.

Figuur 4-2 Ontwikkeling kosten ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

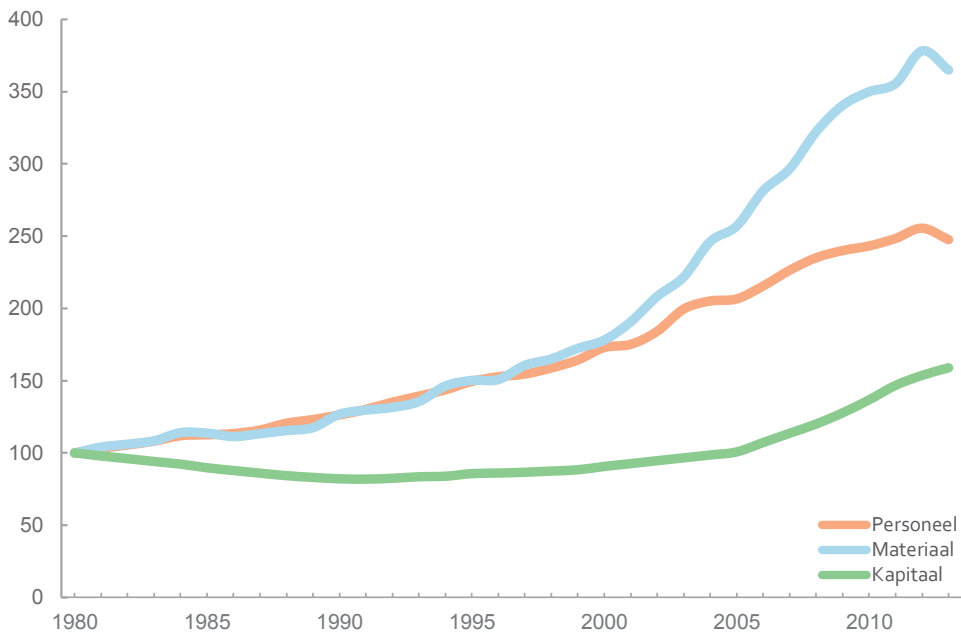


Kosten 1980 (× miljoen euro): personeel = 686; materiaal = 243; kapitaal = 261; totaal = 1.190.
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

De totale kosten van de ghz stijgen van 1,1 miljard euro in 1980 naar 8,1 miljard euro in 2013. Dat komt neer op een toename van de nominale kosten met een factor 7. De ontwikkeling van de loonkosten en materiële kosten laat een vergelijkbaar patroon zien, al stijgen deze kosten, met een factor 8, nog iets harder. De kapitaalkosten kennen een veel vlakker verloop. Tussen 1980 en 2013 stijgen zij van 260 miljoen naar 570 miljoen euro, een ruime verdubbeling.

De kostengroei wordt voor een groot deel verklaard uit de groei van de productie. Ook prijsontwikkelingen drijven de kosten op. Om een beeld te krijgen van de ontwikkelingen in de volumes van de verschillende ingezette middelen kunnen de verschillende typen kosten worden gedefleerd met hun prijsindexcijfers. De volumes zijn weergegeven in figuur 4-3, ook weer in indexcijfers met basisjaar 1980 = 100.

Figuur 4-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

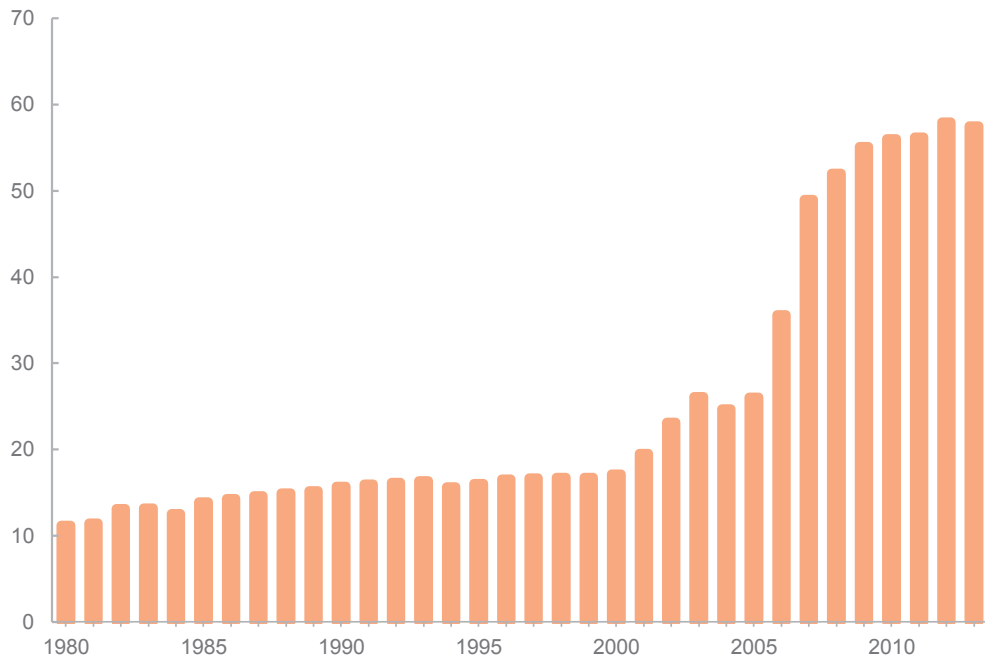
Uit figuur 4-3 blijkt dat de inzet van materiaal de sterkste toename kent. De prijs van personeel stijgt over het algemeen sneller dan de prijs van materiaal. De mogelijkheid tot substitutie van personeel door materiaal is natuurlijk wel beperkt door de aard van de dienstverlening. In de afgelopen jaren wordt bovendien ook steeds vaker personeel ingehuurd. In de praktijk worden de hiermee gemoeide kosten vaak onder een materiële component weggeschreven.

Het ingezette kapitaal laat een opvallend beeld zien. Hoewel de kapitaalinzet over de hele periode met een factor 1,5 toeneemt, is er tot 1992 een (lichte) daling waar te nemen. Er is vrijwel de gehele periode sprake van capaciteitsregulering. Een voor de hand liggende verklaring is dat in de krappe jaren tachtig terughoudend is omgesprongen met nieuwbouwplannen en dat doelmatiger is omgegaan met het beschikbare kapitaal, bijvoorbeeld door meer mensen op een locatie te huisvesten. De groei na de eeuwwisseling is vooral toe te schrijven aan het beleidsprogramma om de kwaliteit van woongebouwen van grootschalige instellingen in de ghz te verbeteren. Dit verbeterprogramma, ook bekend als 'de aanpak van de oranje/rood scorende woongebouwen in de ghz', gaat in 2003 van start (VWS, 2010).

Ontwikkeling instellingsgrootte

Figuur 4-4 toont de ontwikkeling van de instellingsgrootte op basis van de kosten in constante prijzen. Het blijkt overigens niet eenvoudig om eenduidig vast te stellen wat het aantal instellingen in deze sector is tussen 1980 en 2013.

Figuur 4-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte van ghz-instellingen in kosten (× miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013



Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

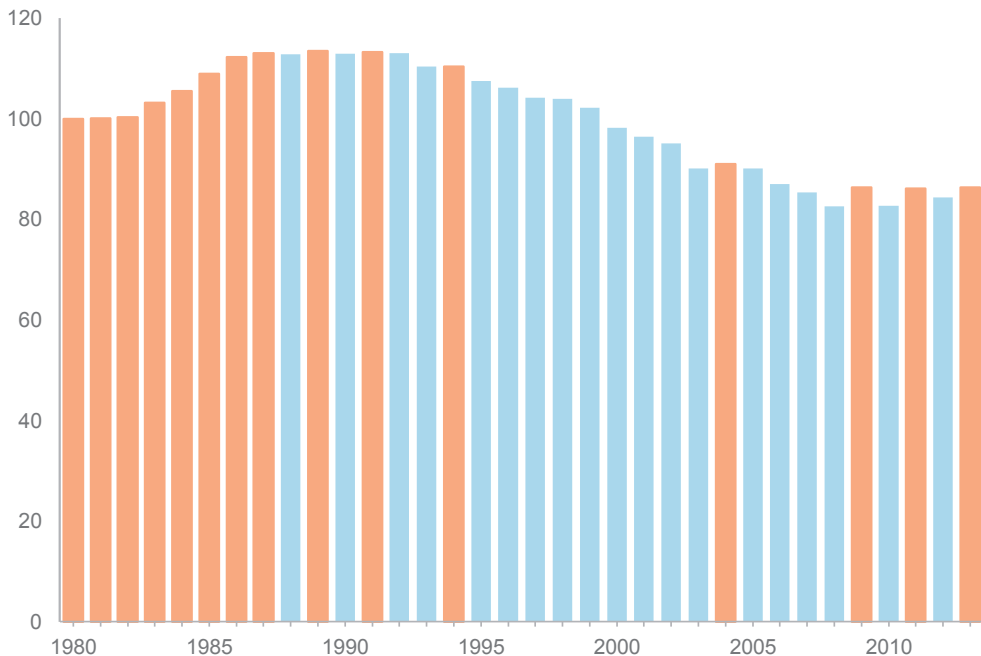
Uit figuur 4-4 blijkt dat de schaalgrootte tussen 1980 en 2000 gestaag toeneemt, maar vervolgens explosief stijgt. Deze ontwikkeling is te herleiden tot de omvangrijke fusiegolf die zich vanaf 2000 voltrekt. De gemiddelde schaalgrootte neemt toe van iets meer dan 10 miljoen euro in 1980 tot bijna 60 miljoen euro in 2013. Zoals hiervoor al is opgemerkt vindt tegelijkertijd op zorgniveau een schaalverkleining plaats. De bewoner van een intra- of semimurale instelling woont tegenwoordig op een aanzienlijk kleinere locatie dan voorheen (Boot, 2015).

4.3 Beleid en productiviteit

Uit de ontwikkelingen in de productie, kosten en prijzen wordt de productiviteitsontwikkeling afgeleid. De productiviteitsontwikkeling wordt in figuur 4-5 weergegeven.

Hierbij moet opgemerkt worden, dat er indicaties zijn dat de zorgintensiteit is afgenomen, doordat er steeds meer zwakbegaafde zorgvragers zijn bij gekomen, terwijl het aantal ernstig beperkten redelijk constant is gebleven. Dit kan leiden tot een onderschatting van de productiviteitsontwikkeling.

Figuur 4-5 Productiviteitsontwikkeling ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Over de gehele periode bezien is sprake van een lichte productiviteitsdaling (14%). Het tijdvak 1980-2013 is grosso modo in vier periodes te verdelen. Tussen 1980 en 1986 groeit de productiviteit met gemiddeld 4,2 procent per jaar. Het bezuinigingsbeleid en de daarmee gepaard gaande instellingsbudgettering lijken daarvoor belangrijke verklaringen. Vervolgens stopt de productiviteitsontwikkeling tussen 1986 en 1992, en is dan nagenoeg nihil. Tussen 1992 en 2008 daalt de productiviteit aanzienlijk. De gemiddelde daling per jaar is 1,7 procent. In deze periode is sprake van een transitie van aanbod- naar vraagsturing en verruimt het zorgaanbod aanzienlijk. Door een omvangrijke fusiegolf ontstaan steeds meer grote transmurale instellingen, maar tegelijkertijd neemt het aantal zorglocaties toe. Stimulering van de vraag en het boter-bij-de-visbeleid, dat geldt tussen 2000 en 2004, zorgen voor een forse stijging van de productie en daarmee van de zorgkosten. Vanaf 2008 lijkt sprake van een kentering. Tot 2013 groeit de productiviteit gemiddeld weer met 1 procent per jaar. De periode 2008-2013 kenmerkt zich met name door de verdergaande vermaatschappelijking van de ghz en de transitie van aanbod- naar vraagsturing.

4.4 Kwaliteit en productiviteit

In het jaarverslag over 1985 spreekt de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV), de toenmalige toezichthouder op de zorg voor verstandelijk gehandicapten, grote zorgen uit over de kwaliteitsachteruitgang in 'zwakzinnigeninrichtingen' als gevolg van de bezuinigingen van het kabinet-Lubbers. Volgens de inspectie leiden de bezuinigingen tot een dalende personeelsbezetting, waardoor veel instellingen grote moeite hebben om goede zorg te verlenen. Dit geldt in het bijzonder voor inrichtingen met patiënten met ernstige problemen (GIGV, 1986).

Dat de zorg voor met name deze groep patiënten in de jaren tachtig te wensen overlaat, komt in 1988 pijnlijk aan het licht door de affaire Jolanda Venema. Deze affaire leidt tot veel commotie en een onderzoek naar meer van dit soort misstanden in de zorg voor verstandelijk gehandicapten (Lans en Linde, 2014). Uit het onderzoek, in 1990 uitgevoerd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI), blijkt dat bij ongeveer 1600 bewoners van zwakzinnigeninrichtingen (5,5% van alle bewoners) sprake is van zeer ernstige tot extreem ernstige problematiek. Bij veel van deze bewoners wordt zware medicatie en/of separeren en fixeren toegepast. Uit het onderzoek komt ook naar voren dat men deze maatregelen vooral neemt vanwege personeelstekort. Daarnaast speelt het gebrek aan gekwalificeerd personeel een rol (Schuring et al., 1990).

De publiciteit rond de misstanden brengt belangrijke veranderingen teweeg in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Er volgt in de jaren daarna een cultuuromslag bij de instellingen, die zich meer gaan richten op het individu en minder op de leefgroep, meer op perspectief en kwaliteit van leven, met daarin ook een belangrijke plaats voor zinvolle dagbesteding. Voor cliënten met complexe gedragsproblemen worden consultatieteams van deskundigen in het leven geroepen die de instellingen van advies dienen bij de behandeling (Lans en Linde, 2014). Tegelijkertijd streeft de overheid in deze periode naar meer gelijkwaardigheid, participatie en emancipatie van gehandicapten. Om deze ontwikkeling te stimuleren en daarmee de zelfstandigheid van de gehandicapten te vergroten wordt onder meer het persoonsgebonden budget (pgb, oude stijl in 1995, nieuwe stijl in 2003) ingevoerd en zet het beleid in op het scheiden van wonen en zorg (Ras et al., 2010). Daarbij speelt deconcentratie van voorzieningen oftewel afbouw van grootschalige instellingen een belangrijke rol. Via kleinschalige, op woningbouw lijkende woonvormen, met groepen van maximaal zes bewoners kan beter worden ingespeeld op de individuele behoeften van de cliënten. Daarnaast ontstaat een gevarieerder aanbod van dagbestedingsvoorzieningen, zowel op instellingsterreinen als daarbuiten (Staalduinen en Voorde, 2011).

Vanaf het eind van de jaren negentig wordt dit beleid nog verder geïntensiveerd, onder andere door het stimuleren van substitutie en extramuralisering van verblijfszorg en andere maatregelen om de zorg te vermaatschappelijken en aan de cliënten op maat aan te bieden. De afgelopen jaren lijkt aan deze ontwikkeling een einde gekomen, wat

zich bijvoorbeeld manifesteert in het terugverhuizen van een deel van de cliënten van de wijk naar het instellingsterrein en een toenemende vraag naar wonen op de hoofdlocatie. Ook is er als gevolg van de crisis minder geld beschikbaar om de relatief dure kleinschalige woonvoorzieningen te financieren (Staalduinen en Voorde, 2011).

Bovendien is de kwaliteit van de huisvesting van grootschalige instellingen in de ghz inmiddels belangrijk verbeterd. De woongebouwen van deze grote instellingen blijken rond 2000 vanuit het oogpunt van privacy op verschillende punten tekort te schieten. Vooral op het gebied van het sanitair, de groepsgrootte per kamer en te kleine eenpersoonskamers. Het gaat om woongebouwen met in totaal ruim 10.000 plaatsen, die ruim onvoldoende (rood) of onvoldoende (oranje) scoren op deze punten. Om dit aan te pakken gaat in 2003 een verbeterprogramma van start. In 2010 zijn bij iets minder dan de helft van de plaatsen voorzieningen getroffen om de problemen te verhelpen. In de jaren daarna volgt een versnelling van de aanpak van oranje/rood scorende woongebouwen. Kleinschalige en semimurale locaties (< 50 plaatsen) scoren op deze aspecten van privacy in 2003 aanzienlijk beter. Daarom zijn deze locaties niet in het verbeterprogramma opgenomen (VWS, 2010).

Al met al kan worden vastgesteld dat er vanaf omstreeks 1990 een substantiële kwaliteitsverbetering in de ghz plaatsvindt. Laat de kwaliteit van de zorg in de jaren tachtig, versterkt door de bezuinigingen, nog veel te wensen over, in de jaren negentig verzet de sector, (financieel) ondersteund door de overheid (Ministerie van VWS, 2001), veel werk om de kwaliteit van het bestaan van de cliënten te verhogen. Deze ontwikkeling lijkt ook te worden weerspiegeld in de geschetste productiviteitsontwikkeling. Zo lijkt de productiviteitsstijging in de jaren tachtig, als gevolg van de bezuinigingen, deels ten koste te gaan van de zorgkwaliteit. De (gemeten) productiviteitsdaling die vervolgens vanaf het begin van de jaren negentig optreedt en tot 2008 aanhoudt, is waarschijnlijk voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de verhoogde inzet van middelen ten behoeve van de verbetering van de leefomstandigheden van de cliënten.

Hoewel er dus sprake is van een samenhang tussen de ontwikkelingen in productiviteit en kwaliteit, is het niet mogelijk dit verband te kwantificeren. Anders dan voor de productiviteit zijn er voor de hele periode namelijk erg weinig gegevens beschikbaar waarmee de kwaliteit in de ghz in kaart kan worden gebracht. Deze lacune wordt in 2001 ook in de beleidsnotitie *Kwaliteit in de gehandicaptenzorg* opgemerkt: 'een systematisch beeld hoe het met de kwaliteit van de gehandicaptenzorg is gesteld, ontbreekt', constateert de staatssecretaris van VWS (Ministerie van VWS, 2001). Dit terwijl in de voorafgaande jaren de nodige initiatieven zijn genomen om de kwaliteitszorg vorm en inhoud te geven (GIGV, 1991). Ook zijn de instellingen na de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 verplicht de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren. Ook in de jaren na 2001 boekt de sector nog weinig voortgang met het meetbaar en zichtbaar maken van de kwaliteit(sontwikkeling) van de zorg, al wordt daartoe in 2007 wel een belangrijke stap gezet

via de presentatie van het *Visiedocument kwaliteitskader gehandicaptenzorg* (TK, 2007-2008).

Het belang van een goed inzicht in de zorgkwaliteit wordt in hetzelfde jaar nog onderstreept door de resultaten van een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar de kwaliteit van zorg in instellingen waar verstandelijk gehandicapten dag en nacht verblijven. Daaruit blijkt dat veel instellingen geen goede zorg leveren. Bij een kwart van de instellingen is zelfs sprake van een zorgelijke situatie. Volgens de inspectie speelt hierbij met name de beschikbaarheid van voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel een belangrijke rol (TK, 2007-2008). Kennelijk heeft de verhoogde inzet van middelen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren nog onvoldoende vruchten afgeworpen.

Voor de verantwoordelijke staatssecretaris zijn de (onverwachte) bevindingen van de inspectie een extra reden om haast te maken met het zichtbaar maken van de kwaliteit in de ghz. Dit gebeurt vooral via indicatoren die prestaties op de uitkomsten van de zorg in beeld brengen, waardoor meer gerichte actie op verbetering van de zorgverlening mogelijk is (TK, 2007-2008). Na de nodige strubbelingen om alle veldpartijen op één lijn te krijgen slaagt men er uiteindelijk in 2011 in om hieraan gevolg te geven. Sindsdien vindt het landelijk meten en verbeteren van kwaliteit in de ghz plaats aan de hand van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

4.5 Conclusies

Tussen 1980 en 2013 daalt de productiviteit van de ghz met 14 procent. Dat is gemiddeld 0,7 procent per jaar. Twee deelperiodes onderscheiden zich daarbij het sterkst. In de jaren tachtig is er aanvankelijk sprake van een forse productiviteitsgroei van 4,2 procent per jaar. De productiviteitsgroei in de jaren tachtig is te herleiden tot het bezuinigingsbeleid van de kabinetten-Lubbers. Instellingen worden gebudgetteerd en de hand wordt op de knip gehouden. Dit beleid leidt tot een hogere productiviteit. De (gemeten) productiviteit in deze periode is waarschijnlijk een overschatting van de feitelijke groei. Er zijn immers aanwijzingen dat de kwaliteit van de zorg in deze jaren afneemt. Deze daling komt niet tot uitdrukking in de productiviteitsmaatstaf. Vanaf eind jaren tachtig lijkt het onderste uit de kan te zijn gehaald en stopt de productiviteitsgroei vervolgens enkele jaren.

In vergelijking met andere zorgsectoren vinden er in de ghz relatief weinig financieel-economische hervormingen plaats. De periode van grofweg 1995 tot 2005 vormt een uitzondering. Om meer maatwerk te faciliteren is er in financiering en regulering meer en meer sprake van vraagsturing. Er vindt in deze periode een omvangrijke fusiegolf plaats, waarbij steeds meer transmurale instellingen ontstaan met een gedifferentieerd zorgaanbod. Daarmee lijkt sprake van kwaliteitsverbeteringen. Het zorgaanbod in de ghz wordt gedifferentieerder en zorggebruikers krijgen meer maatwerk. In deze

periode worden de middelen van instellingen tijdelijk verruimd om wachtlijsten terug te dringen. Dat uit zich behalve in een toename van de productie ook in een forse groei van de kosten. Vanaf 2003 nemen de kosten nog verder toe als gevolg van verbeteringen in de huisvesting van grote instellingen. Deze ontwikkelingen gaan echter wel gepaard met een aanzienlijke productiviteitsdaling: tussen 1992 en 2008 daalt de productiviteit met 30 procent.

Vanaf 2008 komt de productiviteit in rustiger vaarwater en groeit weer met gemiddeld 1 procent per jaar. Er is op dat moment in feite weer sprake van budgettering. Marktwerving doet zich in de praktijk nog weinig voor. Zo zijn instellingen tot 2012 nog gebudgetteerd en worden de prijzen pas vanaf 2013 definitief vrijgegeven.

5 Geestelijke gezondheidszorg

5.1 Institutionele ontwikkelingen

Sectorbeschrijving

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een deelgebied binnen de gezondheidszorg dat behandeling biedt aan mensen met psychische of psychiatrische problemen. Binnen de zorgverlening in de ggz kan onderscheid worden gemaakt naar intramurale oftewel klinische zorg, extramurale oftewel ambulante zorg, en het hiertussen gelegen gebied, dat van de semimurale zorg (zie bijvoorbeeld Boot, 2010). Bij intramurale zorg is er doorgaans sprake van opname, terwijl cliënten bij extramurale zorg doorgaans ambulant worden behandeld. De tussenvorm van semimurale zorg is gericht op mensen voor wie extramurale zorg ontoereikend is, maar voor wie een opname niet noodzakelijk wordt geacht. In de ggz komt deze zorg tot uiting in de beschermde woonomgeving (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen, RIBW).

Oorspronkelijk was er tussen de verschillende typen instellingen een duidelijk onderscheid te maken naar zorgintensiteit en was er sprake van een sterk gedifferentieerd aanbod (Boot en Knapen, 2005). Zo is er eind jaren tachtig op het terrein van de klinische zorg nog een groot aantal algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en) in bedrijf, maar ook algemene en academische ziekenhuizen hebben afdelingen die intramurale zorg aanbieden: de psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ) en de psychiatrische universiteitskliniek (PUK). Daarnaast zijn er kinder- en jeugdklinieken, verslavingsklinieken en TBS-klinieken, waar klinische zorg wordt aangeboden. Ambulante zorg wordt veelal aangeboden door Regionale instellingen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riaggs), door vrijevestigde psychiaters, de ziekenhuisafdelingen en tal van specialistische instellingen. De Riaggs zijn in 1982 ontstaan uit een samenvoeging van de Sociaal Psychiatrische Diensten (SPD's), Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB's), Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen (LGV's), en Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP's). Daarnaast zijn er RIBW's werkzaam, die als semimuraal kunnen worden getypeerd. Er is binnen de ggz nog een heel scala aan specialistische instellingen werkzaam, waarin verschillende vormen van ggz worden verzorgd, zoals maatschappelijke opvang en alcoholconsultatiebureaus, maar ook tal van gemeentelijke instellingen. Vandaag de dag wordt een groot gedeelte van de ggz verzorgd door geïntegreerde ggz-instellingen, waarin vanaf midden jaren negentig veel APZ'en, Riaggs en RIBW's zijn opgegaan.

In de uiteindelijke empirische analyse worden de specifieke, gefinancierde ggz-instellingen meegenomen: geïntegreerde instellingen, Riaggs, RIBW's, psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en, maar ook kinder- en jeugdklinieken en verslavingsklinieken), TBS-klinieken en de instellingen voor ambulante verslavingszorg. Deze keuze wordt

bepaald door de beschikbare gegevens. Voorgaande tekst is bijna integraal ontleend aan Niaounakis (2013). Hetzelfde geldt voor de beschrijving van de sectorontwikkelingen. Het navolgende is grotendeels een beknopte samenvatting van teksten uit genoemde publicatie.

Sectorontwikkelingen

Tot de jaren zeventig waren er enerzijds de psychiatrische inrichtingen met een wettelijk verankerd financieringsstelsel en was er anderzijds de extramurale ggz, die wordt bestempeld als een 'organisatorische en financiële lappendeken' (Bakker, 2009). In de *Structuurnota* (1974) worden de regionalisatie en integratie van ggz-instellingen hoog op de agenda gezet, voornamelijk om zo tot meer samenhang in de ggz te komen. Als uitvoering van het regionalisatiebeleid wordt in 1982 ook de eerste Riagg geopend, waarin verschillende op dat moment bestaande instellingen voor ambulante gezondheidszorg worden ondergebracht. Hiermee wordt een duidelijk organisatorische structuur voor ambulante gezondheidszorg neergezet, waarbij elke regio van 300.000 mensen toegang moet hebben tot een Riagg (Hutschemaekers en Oosterhuis, 2004). Een stimuleringsregeling om de samenhang in de ggz te verbeteren via de vorming van Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG's) heeft in de jaren tachtig weinig effect. Pas in de jaren negentig komt het tot een echte ontschotting tussen instellingen (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, 2008).

Belangrijke pijler in het beleid vanaf de jaren tachtig is de bevordering van de extramuralisering van de ggz, onder andere verwoord in de in 1984 uitgebrachte *Nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg* (Ministerie van Welzijn, 1984). De capaciteit van APZ'en, het aantal bedden, wordt omlaag bijgesteld ten gunste van de ambulante zorg.

Vanaf 1990 wordt samenwerking bevorderd door de zogenoemde Multifunctionele Eenheid (MFE) – aanvankelijk kleinschalige samenwerking tussen Riaggs, PAAZ'en en APZ'en (Boot en Knapen, 2005). Dit leidde in het begin niet tot de beoogde resultaten op het gebied van de extramuralisering. Ook op het terrein van de beoogde samenwerking tussen Riaggs en APZ'en lieten de resultaten te wensen over (Boot en Knapen, 2005). De beddenreductiedoelstelling wordt in de jaren negentig nog eens met nadruk vermeld in de nota *Onder anderen* (WVC, 1993).

In 1990 wordt onder de noemer *zorgvernieuwing* (vanaf 1998 'zorg op maat') begonnen met het verstrekken van subsidies ten behoeve van het ontwikkelen van transmurale, nieuwe zorgvormen. Het ministerie geeft hiertoe vanaf 1994 nog sterkere financiële prikkels door het instellen van het Zorgvernieuwingsfonds. APZ'en moesten een gedeelte van hun budget inleveren en konden dit terugverdienen door met andere instellingen regionale zorgvernieuwingsprojecten op te zetten (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, 2008). Vanaf midden jaren negentig wordt de samenwerking dan ook steeds intensiever. Zo fuseren vanaf ongeveer 1995 in rap tempo veel APZ'en, Riagg's en soms

ook RIBW's buiten de RIGG-constructie tot geïntegreerde ggz-instellingen en ontstaan er veel regionale centra en MFE's (Boot en Knapen, 2005). Er treedt dus een forse schaalvergroting op.

Eind jaren negentig worden de eerste stappen gezet richting een meer vraaggerichte sturing in de ggz, onder andere door invoering van het persoonsgebonden budget (pgb). Vanaf 2001 wordt het pgb definitief ingevoerd. Zo kan een patiënt met een bepaalde zorgindicatie een bijbehorend budget ontvangen en naar eigen keuze zorg inkopen. Het pgb krijgt in 2003 een nieuwe regeling, waardoor in de ggz in meer gevallen een aanvraag kan worden ingediend. Uiteindelijk wordt in 2006 de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd, waarin de curatieve ggz uiteindelijk in 2008 wordt ondergebracht. Er is sprake van een geleidelijke invoering van gereguleerde marktwerking, die wordt geregeld in de nieuwe Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) (die de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) vervangt) en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De toezichthouder van het stelsel is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die toeziet op de informatievoorziening aan partijen in de zorg. Zoals hierna zal blijken, worden de marktprikkels eigenlijk nog maar mondjesmaat in de sector geïmplementeerd. De NZa heeft zo in deze overgangsfase ook nog vat op de (maximum)tarieven in de zorg.

De bekostiging van de ggz vindt in de loop van de jaren plaats via de AWBZ en sinds kort via de Wet langdurige zorg (Wlz), die per 1 januari 2015 de AWBZ vervangt. Aanvankelijk is ook nog sprake van bekostiging via de Ziekenfondswet (behandeling in een APZ). Stapsgewijs worden in de decennia erna steeds meer instellingen voor extramurale ggz onder de AWBZ gebracht (Bakker, 2009). De AWBZ wordt zo gebruikt om de verschillende ggz-onderdelen in één stelsel onder te brengen en wordt geleidelijk van een financieel instrument een organisatorisch instrument (Bakker, 2009). Uiteindelijk valt op basis van het rapport *Bereidheid tot verandering* vanaf 1989 ook de kortdurende klinische ggz onder de AWBZ. Een lange periode valt vrijwel de gehele ggz onder de AWBZ.

In 1984 wordt de budgettering ingevoerd. Inrichtingen krijgen dan te maken met een kostenplafond. Hiermee komt een einde aan de eerdere openeinderegeling. De overheid heeft dan ook al vat op de tarieven via de in 1982 ingevoerde Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg).

In 1997 vindt een herijking plaats door de ontwikkeling van een nieuwe, integrale systematiek waarbij meer rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte van patiënten (Pol van den, 2004). Hiermee wordt ook een stap gezet naar een verdergaande integratie van de bekostigingssystematiek van de intra- en extramurale ggz. Die was belangrijk voor de verdere integratie van instellingen (Pol van den, 2004).

Uiteindelijk wordt in 2003 de budgetmaximering officieel losgelaten. In dat jaar krijgt ook de ggz in navolging van de andere AWBZ-sectoren te maken met de boter-bij-de-visregeling (Ministerie van Volksgezondheid, 2004). De werkelijke productie wordt nu gebruikt om het budget van een instelling na te calculeren en de kosten van alle verleende zorg worden aanvaard.

In 2003 wordt met de modernisering van de AWBZ begonnen. De AWBZ verandert van een aanbod- naar een vraaggericht instrument (Pol van den, 2002). De nadruk komt te liggen op een functiegerichte indicatie. Verder geldt er ook een nieuwe systematiek voor de eigen bijdragen.

Tot 2006 bekostigt de AWBZ vrijwel de gehele ggz. De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 doorbreekt deze trend, door de kosten voor de curatieve ggz (alle ambulante zorg en het eerste jaar klinisch verblijf) te verwerken in de basisverzekering. Er wordt begonnen met de ontwikkeling van een systeem van diagnose-behandelcombinaties (DBC's), die complete zorgtrajecten vanaf het eerste consult tot en met de laatste behandeling bevatten. Productprijzen vervangen de functiegerichte budgetparameters en er ontstaat een duidelijkere productmarkt. In 2008 wordt de overheveling van de curatieve ggz naar de Zvw voltooid. De gereguleerde marktwerking wordt geleidelijk ingevoerd. In het begin is nog sprake van vastgestelde tarieven en zijn de DBC's alleen van belang als declaratie-eenheid (NZa, 2009a). Hierbij is het budget op basis van de gerealiseerde productie dus nog leidend voor de finale bekostiging (NZa, 2011). Nieuwe instellingen en vrijgevestigde behandelaars worden al wel bekostigd via de DBC's. De overige ggz (niet-geneeskundig, opname langer dan een jaar) blijft in de AWBZ en wordt vanaf 2010 via zogenoemde zorgzwaartepakketten (ZZP's) gefinancierd. Een klinisch verblijf langer dan één jaar leidt dus tot een overstap van DBC- naar ZZP-bekostiging. Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015, die in de plaats komt van de AWBZ, treedt hierin verandering op. Voortaan valt de intramurale klinische behandeling tot drie jaar onder de Zvw, klinisch verblijf langer dan drie jaar valt onder de Wlz.

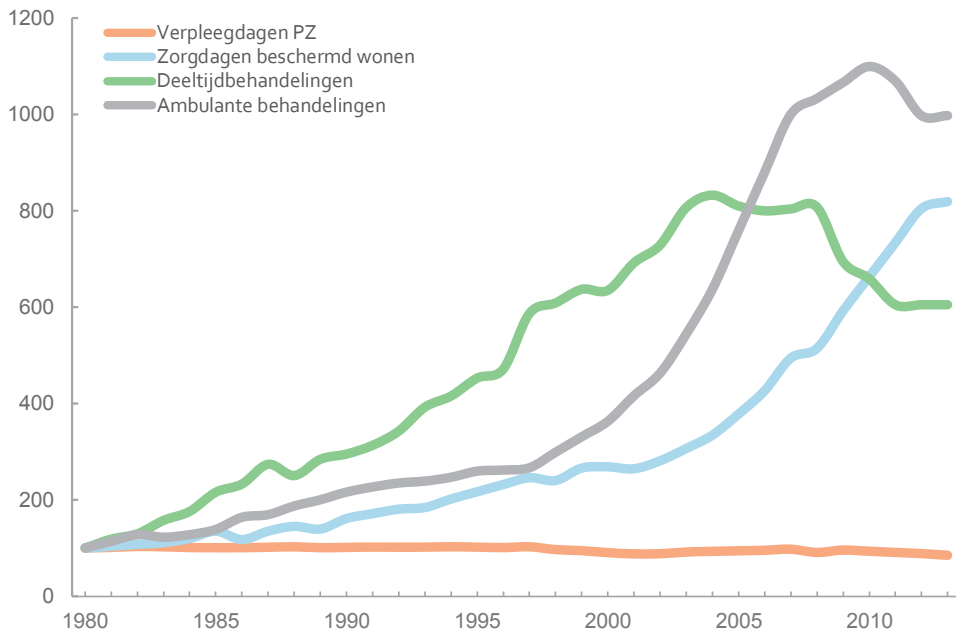
5.2 Kerncijfers geestelijke gezondheidszorg, 1980-2013

Ontwikkeling productie

Figuur 5-1 geeft de ontwikkelingen weer van de belangrijkste producten: verpleegdagen psychiatrische ziekenhuizen, zorgdagen beschermd wonen, deeltijdbehandelingen en ambulante behandelingen. De gegevens voor de verschillende productindicatoren zijn over de gehele periode niet altijd even consistent geregistreerd. Zo blijken voor verschillende jaren de gegevens zonder aanwijsbare reden te ontbreken. In de meest recente periode (2012 en 2013) ontbreken bijvoorbeeld de gegevens over het aantal deeltijdbehandelingen. De ontbrekende waarden zijn opgevuld via methoden van intra- en extrapolatie. Deze imputaties hebben tot gevolg dat de resultaten minder betrouw-

baar worden. Deze worden zichtbaar in de geschatte standaardfouten. De productieontwikkeling wordt weergegeven in indexcijfers met als basisjaar 1980 = 100.

Figuur 5-1 Ontwikkeling productie ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



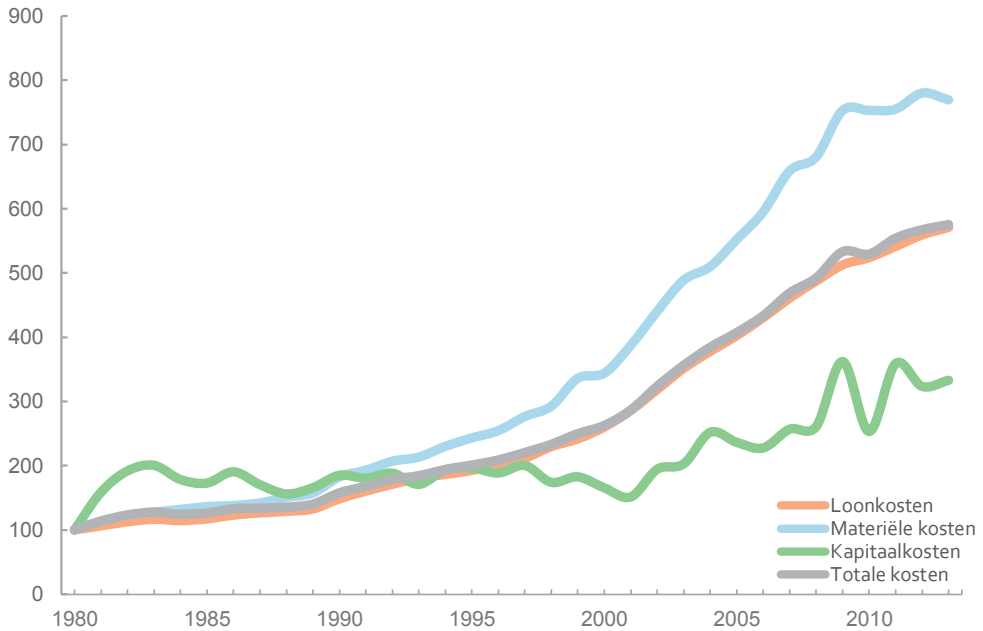
Productie 1980 (× 1000): verpleegdagen psychiatrische ziekenhuizen: 8316; zorgdagen beschermd wonen 800; deeltijdbehandelingen: 187; ambulante behandelingen: 63. Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Uit figuur 5-1 blijkt dat de productie van de ggz tussen 1980 en 2013 aanzienlijk stijgt. Uitzondering hierop vormt de ontwikkeling van het aantal verpleegdagen in de psychiatrische ziekenhuizen. Over de gehele periode daalt dit aantal met 12 procent. Het aantal zorgdagen beschermd wonen neemt met een factor 8 toe, het aantal deeltijdbehandelingen met een factor 6 en het aantal ambulante behandelingen met een factor 10. Opvallend is verder nog dat het aantal deeltijdbehandelingen in eerste instantie veel fors toeneemt, maar vanaf 2004 is daar een kentering zichtbaar. Vanaf 2010 daalt de productie van zowel het aantal deeltijdbehandelingen als het aantal ambulante behandelingen. De oorzaken hiervan zijn niet duidelijk. Waarschijnlijk hangt het voor een deel samen met de hogere eigen risico's en eigen bijdragen.

Ontwikkeling kosten en volumes

Figuur 5-2 geeft de ontwikkeling weer van de totale kosten en de verschillende kosten-typen. De ontwikkelingen worden ook hier uitgedrukt in indexcijfers met als basisjaar 1980 = 100.

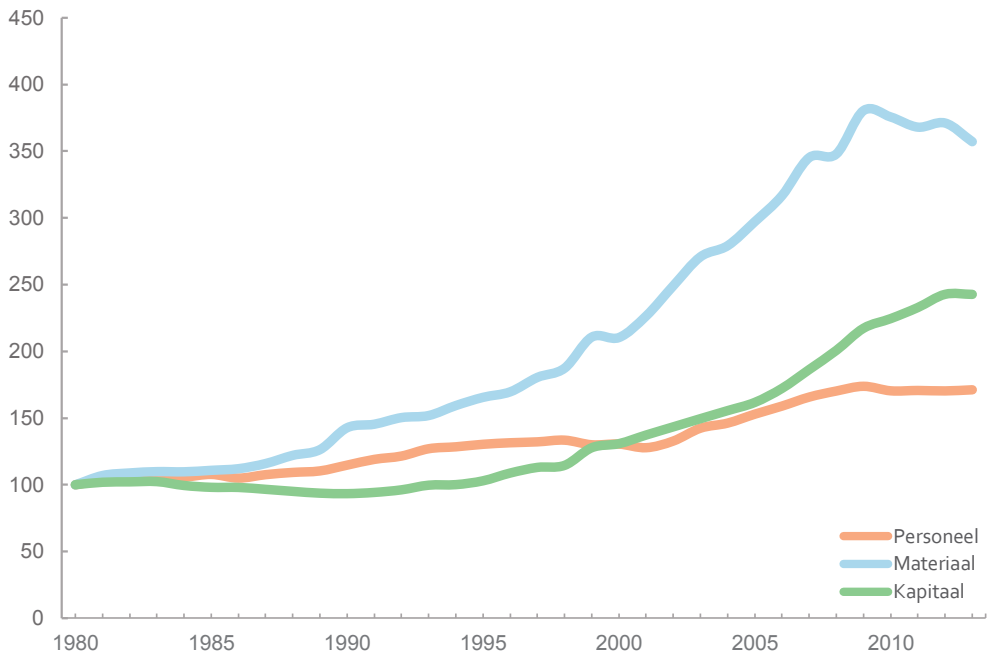
Figuur 5-2 Ontwikkeling kosten ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Kosten 1980 (× miljoen euro): personeel = 719; materiaal = 152; kapitaal = 109; totaal = 980.
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Uit figuur 5-2 blijkt dat de totale kosten tussen 1980 en 2013 met een factor 5,75 groeien. Het grootste deel komt voor rekening van de materiële kosten die bijna verachtvoudigen. De geringste groei van de kosten is te zien bij de kapitaalkosten (ruime verdrievoudiging). De kostenontwikkelingen zijn voor een groot deel terug te voeren op prijsstijgingen. Om een beeld te krijgen van de ontwikkelingen in de volumes van de verschillende ingezette middelen kunnen de verschillende typen kosten worden gedefleerd met hun prijsindexcijfers. De volumes zijn weergegeven in figuur 5-3, ook weer in indexcijfers met als basisjaar 1980 = 100.

Figuur 5-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

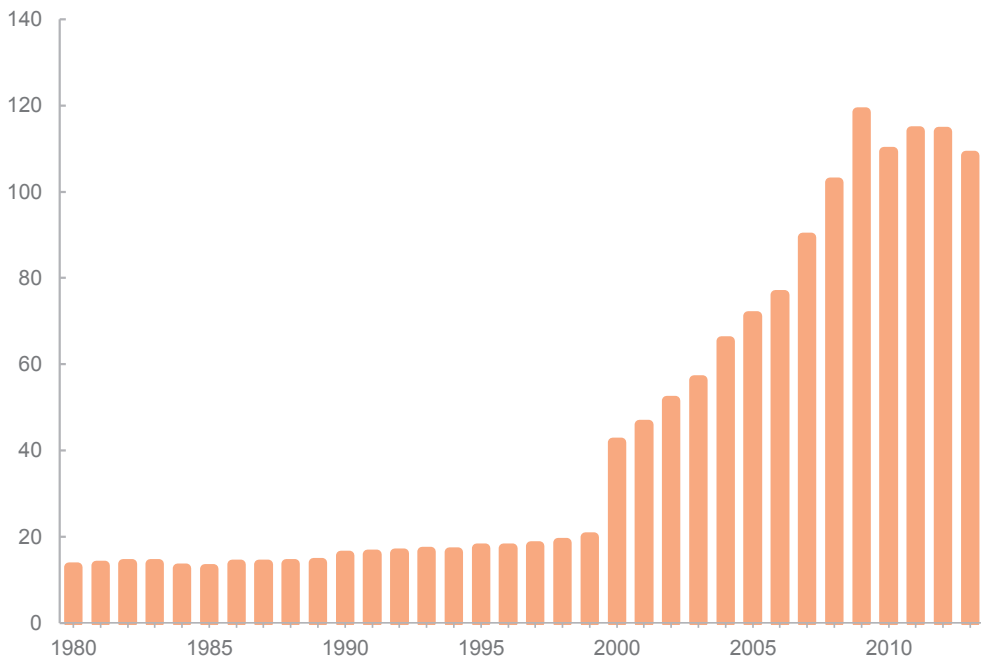
Uit figuur 5-3 blijkt dat het volume van materiaal het sterkst groeit tussen 1980 en 2013 (groefactor = 3,6). Het volume van kapitaal groeit in die periode met een factor 2,4 en de inzet van personeel met een factor 1,7. Uit deze ontwikkeling blijkt dat er een behoorlijke vorm van substitutie plaatsvindt in dit tijdvak. Voor een deel is dit terug te voeren op economische overwegingen, waarbij duur personeel wordt vervangen door voordeliger in te zetten middelen. De verandering is waarschijnlijk ook een gevolg van de verschuiving van de productie van intramurale zorg naar extramurale zorg. Figuur 5-1 liet bijvoorbeeld al zien dat het aantal verpleegdagen in de psychiatrische ziekenhuizen in de loop van de tijd daalt. De sterke groei van het kapitaal ontstaat vooral in de periode na 1998. Sindsdien worden grote organisatorische veranderingen doorgevoerd en wordt de huisvesting van veel ggz-instellingen gemoderniseerd (zie § 5.4).

Ontwikkeling instellingsgrootte

Figuur 5-4 toont de ontwikkeling van de instellingsgrootte op basis van de kosten in constante prijzen. Het blijkt overigens niet eenvoudig om het aantal instellingen in deze sector eenduidig vast te stellen. Verschillen in afbakening en definities in de loop van de tijd nopen tot een aantal rigoureuze veronderstellingen om deze reeks volledig te

krijgen. De gemiddelde schaalgrootte speelt in de productiviteitsberekeningen geen rol, maar wordt hier gepresenteerd als een globale indicatie van de schaalontwikkeling.

Figuur 5-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte van ggz-instellingen in kosten (× miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013



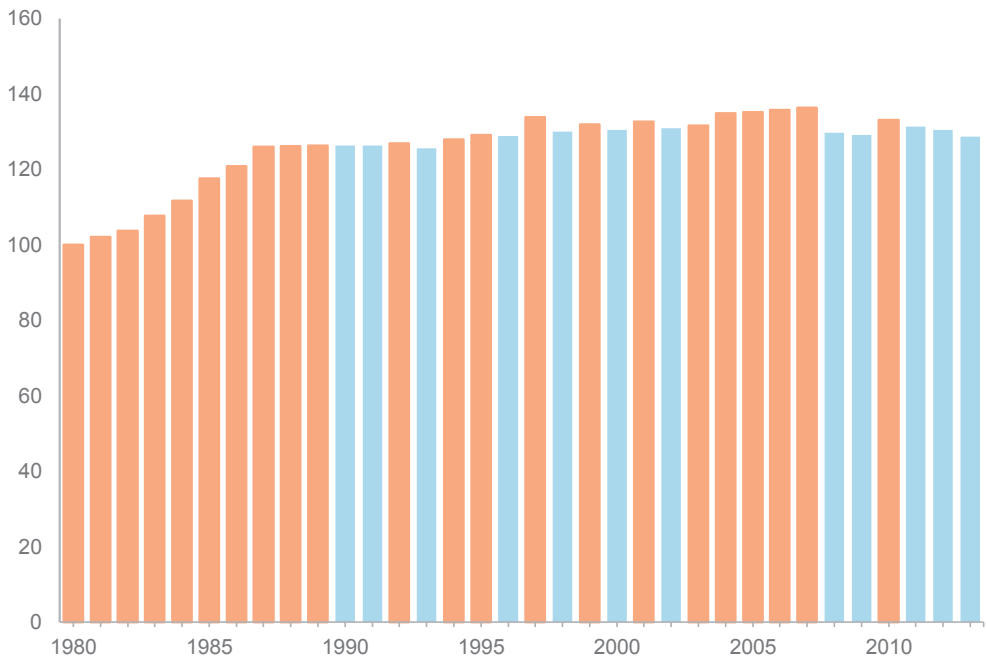
Bron: CBS/DPS, bewerking IPSE Studies

Uit figuur 5-4 blijkt dat de gemiddelde schaalgrootte in de loop van de jaren fors toeneemt. In 1980 bedragen de kosten van een gemiddelde instelling, uitgedrukt in prijzen van 2013, bijna 13 miljoen euro. In 2013 is dit bedrag gelijk aan 108 miljoen euro. Dat is meer dan een verachtvoudiging. De ontwikkeling van de schaalgrootte is niet gelijkmatig geweest. Tot aan 1999 was er sprake van een bescheiden groei van de schaal (ongeveer +50% ten opzichte van 1980). In 2000 treedt een grote sprong op als gevolg van de integratie van de verschillende vormen van ggz. De verdere groei na 2000 is voor een belangrijk deel terug te voeren op de hoge groeicijfers van de productie. Het aantal instellingen daalt na 2000 weliswaar ook nog met ongeveer 35 procent, maar dat verklaart dus maar een bescheiden deel van de groei van de gemiddelde schaalgrootte. In 2013 neemt de gemiddelde schaalgrootte enigszins af als gevolg van de teruglopende zorgvraag.

5.3 Beleid en productiviteit

Figuur 5-5 geeft de productiviteitsontwikkeling weer in de ggz-sector tussen 1980 en 2013. De productiviteitsontwikkeling is (het omgekeerde van) de resultante van de kosten na correctie voor de ontwikkeling in het volume van de productie en de ontwikkeling van de prijzen. Dit betekent dus dat als de kosten na genoemde correcties gegroeid zijn met 5 procent, de productiviteit met 5 procent is gedaald. De cijfers worden uitgedrukt in indexcijfers met 1980 als basisjaar, dat op 100 wordt gesteld. Het productievolume is een gewogen index van de eerdergenoemde productindicatoren verpleegdagen psychiatrische ziekenhuizen, zorgdagen beschermd wonen, deeltijdbehandelingen en ambulante behandelingen.

Figuur 5-5 Productiviteitsontwikkeling ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Figuur 5-5 laat zien dat de productiviteit door de jaren een bescheiden groei kent. Zo is de productiviteit in 2013 ruim een kwart hoger dan in 1980. De ontwikkeling is niet gelijkmatig geweest. Zo groeit de productiviteit sterk in de jaren tot 1997 met een stevig accent op de periode tot en met 1987. Hier geldt dat het sterke bezuinigingsbeleid uit de jaren tachtig zijn invloed doet gelden. In 1984 wordt ook de budgettering van kracht. Rondom 2000 zakt de productiviteit terug om zich daarna weer enigszins te herstellen. Vanaf 2007 is weer sprake van een daling. Tussen 2007 en 2013 daalt het indexcijfer van 136 naar 129: een gemiddelde jaarlijkse daling van bijna 1 procent. Dit is deels toe te schrijven aan de afgenomen vraag in deze periode. Zo daalt het aantal deeltijdbehandelingen en vanaf 2010 ook het aantal ambulante behandelingen. De

dalende vraag hangt waarschijnlijk samen met de invoering van de eigen bijdragen en de hogere eigen risico's.

5.4 Kwaliteit en productiviteit

Zoals we hiervoor al constateerden, is de productiviteitswinst die in de periode tot 1997 wordt geboekt vooral te danken aan de snelle groei die in de jaren tachtig optreedt. De bezuinigingen van de kabinetten-Lubbers dragen hier sterk aan bij. Net als de andere zorgsectoren krijgt de ggz, en dan met name de intramurale sector, te maken met budget- en investeringsbeperkingen en beddenreducties (Ministerie van WVC, 1984). Uiteraard leidt dit tot onvrede binnen de sector, waar men vooral vreest voor een verslechtering van de kwaliteit van de zorg. Ook de toenmalige toezichthouder op de ggz, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV), toont zich hierover ongerust. Zo schrijft de inspectie in haar jaarverslag over 1985 dat de bezuinigingen rechtstreeks leiden tot een inkrimping van het personeelsbestand, waardoor een vermindering van de kwaliteit zich aankondigt. Volgens de inspectie zal dit vooral ten koste gaan van de chronische zorgafhankelijke patiënt, terwijl juist bij deze patiënten, vanwege de vergrijzing in de langdurige zorg, een grotere behoefte aan verpleegkundige zorg bestaat. De inspectie noemt de bezuinigingen dan ook een 'zorgelijke aangelegenheid' en onderstreept dat met verschillende voorbeelden. Zo signaleert de inspectie 'ouderwetse verwaarlozingsverschijnselen', vooral bij patiënten op chronische verblijfsafdelingen, als gevolg van te krappe budgetten. Ook constateert de inspectie een toenemende weerstand bij de psychiatrische ziekenhuizen om aan de opnameverplichting te voldoen, omdat het daarvoor benodigde personeel door de bezuinigingen ontbreekt, waardoor de opgenomen patiënt 'slechts weinig ondersteuning in een separeerverblijf wacht' (GIGV, 1991).

Deze en nog verschillende andere observaties van de inspectie over de negatieve gevolgen van de bezuinigingen doen vermoeden dat de snelle productiviteitsgroei in de jaren tachtig voor een deel ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. In welke mate dat het geval is geweest is echter op grond van dit soort waarnemingen moeilijk te zeggen. Het zou dan ook beter zijn als we de kwaliteitsontwikkeling in cijfers konden uitdrukken. Adequate kwantitatieve gegevens over de kwaliteit van de ggz zijn voor deze periode echter niet of nauwelijks beschikbaar. Voor zover er wel cijfers voorhanden zijn die enig zicht kunnen bieden op de kwaliteitsontwikkeling, beperken die zich meestal tot het aantal door de inspectie ontvangen klachten en het aantal suïcides. Helaas zijn de registraties hiervan weinig systematisch, inconsistent en vaak alleen op regionaal niveau beschikbaar.

Ook in de jaren daarna komen er weinig data beschikbaar waarmee de kwaliteitsontwikkeling van de ggz op de langere termijn in beeld kan worden gebracht. Dit ondanks verscheidene pogingen om de kwaliteitsbewaking en -bevordering systematisch aan te pakken. Deze initiatieven vinden vooral plaats onder invloed van de veranderende visie

op de rolverdeling tussen overheid en veldpartijen bij de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. Terwijl de zorgkwaliteit voorheen voornamelijk werd bewaakt en gestimuleerd door de overheid – onder andere via een erkenningensysteem, beleid ten aanzien van opleidingen, planning en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (TK, 1979-1980) – komen deze taken in de jaren negentig vooral bij zorgaanbieders, zorgfinanciers en patiëntenorganisaties te liggen. Zij moeten in onderling overleg uitmaken wat verantwoorde kwaliteit van zorg inhoudt en hoe deze geborgd kan worden. De overheid schept en bewaakt slechts de randvoorwaarden, die in de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) van 1996 worden vastgelegd (IGZ, 2001).

De verschillende initiatieven om de kwaliteit te bewaken en verbeteren richten zich echter voornamelijk op processen en structuren, terwijl er weinig aandacht is voor de vraag of deze maatregelen ook echt bijdragen aan de kwaliteit van de geboden zorg (Nijssen, 2000). De informatie over de zorgkwaliteit is in de jaren negentig dan ook nog steeds schaars en bovendien gefragmenteerd. Eerst rond de eeuwwisseling komt daarin verandering en wordt de focus in het kwaliteitsbeleid verplaatst naar zorguitkomsten en prestaties van zorginstellingen. Dit moet resulteren in transparante zorg en het door aanbieders van zorg en verzekeraars afleggen van verantwoording over de geleverde prestaties. Om deze prestaties te kunnen meten worden prestatie-indicatoren ontwikkeld, waarmee de prestaties van zorgaanbieders onderling zijn te vergelijken en te relateren aan de kosten (Nuijen, 2013). Ook kan daarmee de ontwikkeling op landelijk niveau en in de tijd worden gevolgd.

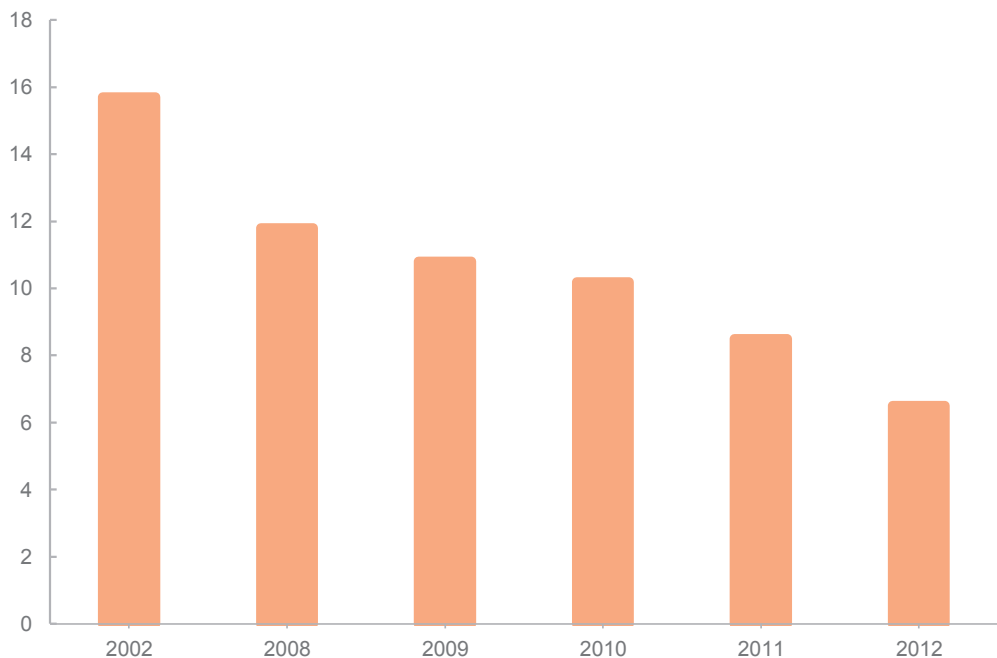
De ontwikkeling en empirische invulling van kwaliteitsindicatoren in de ggz blijkt echter niet eenvoudig en de RIVM constateert dan ook in haar *Zorgbalans 2010* dat de ggz wat dit betreft duidelijk achterloopt op de andere zorgsectoren (RIVM, 2010). Uit de trendrapportage over de kwaliteit en effectiviteit van de ggz van het Trimbos-instituut uit 2012 blijkt dat de sector nog steeds niet veel vooruitgang boekt. Terugblikkend op de periode vanaf 2006, het jaar waarin men de eerste basisset prestatie-indicatoren voor de ggz introduceert, constateert het instituut dat er sindsdien weliswaar veel werk is verzet om tot een bruikbare set indicatoren te komen, maar dat de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de gemeten uitkomsten nog omstreden zijn (Nuijen, 2013).

Het komt er dus op neer dat er, ondanks alle inspanningen om daarin verandering te brengen, nog altijd geen goed zicht is op de kwaliteit van de ggz en al helemaal niet op de ontwikkelingen daarin op de langere termijn. De enige kwantitatieve gegevens die we gevonden hebben waarmee een indicatie van de kwaliteitsontwikkeling kan worden verkregen, zijn de cijfers over het aantal separaties en suïcides in de ggz. Deze beperken zich echter tot de laatste tien jaar.

Separatie is een zeer ingrijpende maatregel. Deze vorm van eenzame insluiting in een separeerocel betekent een vergaande inperking van de vrijheid van een patiënt en zorgt

voor grote risico's op psychische en fysieke schade. De incidentie van separaties lijkt dan ook een goede graadmeter van de kwaliteit van de ggz-instellingen. Figuur 5-6 brengt de ontwikkeling van het aantal separaties sinds 2002 in beeld. Uit de figuur blijkt dat het aantal separaties, hier weergegeven in procenten van de gemeten ggz-populatie, in het afgelopen decennium aanzienlijk afneemt. Wordt in 2002 nog 15,7 procent van het aantal opgenomen patiënten gesepareerd, in 2012 is dat percentage gedaald naar 6,5. In vergelijking met andere Europese landen bevond Nederland zich in 2012 hiermee onder het gemiddelde. Eerder werden in ons land verhoudingsgewijs meer psychiatrische patiënten gesepareerd tijdens een opname dan elders in Europa. Behalve een afname van het aantal separaties is er in deze periode sprake van een daling van het gemiddelde aantal uren separatie: van 128 uur in 2008 (in 2002 wordt dit niet geregistreerd) tot 58 uur in 2012 (Janssen et al., 2014; IGZ, 2015).

Figuur 5-6 Incidentie separaties in de ggz in procenten, 2002-2012



Bron: Janssen et al., 2014

Beide ontwikkelingen zijn voor een belangrijk deel toe te schrijven aan het beleid dat hierop het afgelopen decennium wordt gevoerd. In 2004 kondigt brancheorganisatie GGZ Nederland aan het separeren jaarlijks met 10 procent terug te dringen. Vanaf 2006 ondersteunt het Ministerie van VWS deze ambitie met extra financiële middelen. Ook is het verminderen van separatie, als onderdeel van het streven de dwang en drang in de

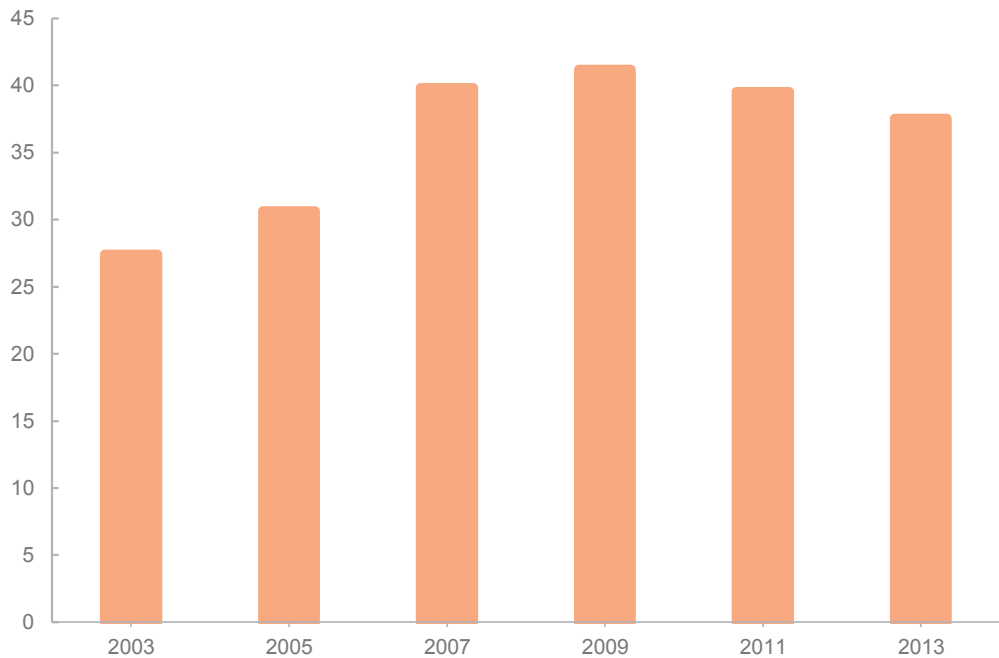
ggz terug te dringen, een belangrijk onderwerp in het landelijke patiëntveiligheidsprogramma ggz, dat vanaf 2008, eveneens met subsidie van VWS, wordt uitgevoerd. De kosten die met deze maatregelen gepaard gaan verklaren deels de productiviteitsdaling die vanaf 2007 optreedt.

Tegelijkertijd wordt in deze periode ook meer geïnvesteerd in verbetering van de gebouwkwaliteit van de ggz-instellingen. Hoewel vanaf eind jaren negentig al sprake is van modernisering en verbetering van de huisvesting, constateert het College bouw ziekenhuisvoorzieningen in 2004 nog de nodige gebreken op dit gebied in de ggz. Zo voldoet de huisvesting van 45 procent van de cliënten niet aan de basiskwaliteitseisen. Het betreft vooral cliënten die op te kleine kamers verblijven. Ook verblijft meer dan een kwart van de cliënten in meerpersoonskamers. Zeven procent van de ggz-clieënten deelt de kamer zelfs nog met twee of meer personen. Uit het onderzoek blijkt bovendien dat de separeervoorzieningen niet aan alle (nieuwbouw)eisen voldoen (CBZ, 2004a). Mede op aandringen van het bouwcollege worden sindsdien diverse maatregelen getroffen om de bouwkundige situatie te verbeteren, wat onder andere een bijdrage levert aan het terugdringen van dwang en drang.

Naast het beperken van dwang en drang vormt de preventie van suïcide een belangrijk aandachtspunt in het patiëntveiligheidsprogramma. Ook de *Beleidsagenda suïcidepreventie* van het Ministerie van VWS (2008) kondigt maatregelen aan om zorginstellingen te stimuleren het aantal zelfdodingen terug te dringen, niet alleen in de ggz maar ook in de ziekenhuizen. Van oudsher komt suïcide echter vooral in de ggz veel voor. Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op suïcidaliteit. Het aandeel van het aantal zelfdodingen in ggz-instellingen op het totaal aantal suïcides in ons land is dan ook al decennialang relatief hoog. Zo blijkt uit een in 1982 gepubliceerd onderzoek (Graaf, 1982), dat in de periode 1970-1977 jaarlijks gemiddeld ongeveer 20 procent van het totaal aantal zelfdodingen plaatsvindt in de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en).

Niet bekend is of hierin in de jaren tachtig en negentig belangrijke verschuivingen optreden. Voor zover te achterhalen, worden er in deze periode geen onderzoeken uitgevoerd naar de ontwikkeling van het aantal suïcides in de ggz. De afgelopen jaren werden er wel enkele studies naar verricht, al gaan die niet verder terug dan 2003. Op basis van deze studies, aangevuld met eigen onderzoek, valt te constateren dat er sinds 2003 sprake is van een aanzienlijke toename van het aantal zelfdodingen in de ggz ten opzichte van het totaal aantal suïcides in Nederland. Figuur 5-7 geeft deze ontwikkeling weer.

Figuur 5-7 Aandeel suïcides in de ggz op het totaal aantal suïcides in procenten, 2003-2013



Bron: IGZ, CBS

Uit de figuur blijkt dat in 2003 ruim 27 procent van het totaal aantal zelfdodingen is toe te schrijven aan suïcides van cliënten van ggz-instellingen. Het overgrote deel daarvan betreft cliënten van algemene psychiatrische ziekenhuizen. Ongeveer 23 procent van het totaal aantal suïcides vindt in deze instellingen plaats, een percentage dat weinig afwijkt van het gemiddelde percentage in de periode 1970-1977. In de jaren na 2003 zien we dat het aantal zelfdodingen in de ggz-instellingen snel toeneemt, tot meer dan 40 procent van het totaal aantal suïcides in 2009. Sindsdien is een lichte daling waar te nemen, een ontwikkeling die wellicht samenhangt met het suïcidepreventiebeleid van de afgelopen jaren.

Hoewel het door gebrek aan gegevens moeilijk is een oordeel te vellen over de ontwikkeling van de kwaliteit (in enge zin), is wel duidelijk dat de huidige zorgverlening over het algemeen beter is dan in de jaren tachtig. Niettemin zijn er ook aanwijzingen dat de kwaliteit van de zorg ook na deze periode nog regelmatig onder druk staat.

5.5 Conclusies

Tussen 1980 en 2013 kent de productiviteit een bescheiden groei. Zo is de productiviteit in 2013 ruim een kwart hoger dan in 1980. De productiviteit groeit sterk in de jaren tot

1997 met een stevig accent op de periode tot en met 1987. Hier doet het sterke bezuinigingsbeleid uit de jaren tachtig zijn invloed gelden. Dit gaat waarschijnlijk wel ten koste van de kwaliteit, al is dat vanwege de zeer beperkt beschikbare gegevens niet hard te maken. De gemeten productiviteit in deze periode (1980-1987) overschat daarmee de feitelijke productiviteit.

Rondom 2000 zakt de productiviteit terug als gevolg van een ingrijpende herstructurering in de sector. Daarna is weer sprake van beperkt herstel, maar vanaf 2007 volgt opnieuw een productiviteitsdaling (bijna 1% per jaar). Dit hangt voor een deel samen met de afgenomen vraag in deze periode. Zo daalt het aantal deeltijdbehandelingen en vanaf 2010 ook het aantal behandelingen in de ambulante zorg. Waarschijnlijk is dit deels een gevolg van de invoering van de eigen bijdragen en hogere eigen risico's.

6 De Nederlandse zorg in samenhang

6.1 Algemene zorgtrends

Inleiding

Uit de voorgaande hoofdstukken is duidelijk geworden dat er de afgelopen decennia in alle zorgsectoren grote (institutionele) veranderingen hebben plaatsgevonden die in veel gevallen ook hun sporen hebben achtergelaten op de productiviteitsontwikkeling van de verschillende sectoren. Om beter zicht te krijgen op deze relatie, worden in dit hoofdstuk de voornaamste ontwikkelingen in de verschillende zorgsectoren in hun onderlinge samenhang beschouwd.

Als eerste volgt een schets van de voornaamste veranderingen die zich tussen 1980 en 2013 in het Nederlands zorgbeleid hebben voorgedaan. Hieraan gaat een beknopte beschrijving van een aantal relevante maatschappelijke ontwikkelingen vooraf. Tegen de achtergrond van deze ontwikkelingen behandelt paragraaf 6.2 de belangrijkste trends in de inzet van middelen en productie van de verschillende zorgsectoren. Als resultante van deze ontwikkelingen vergelijkt paragraaf 6.3 de productiviteitstrends van de verschillende zorgsectoren met elkaar, waarbij de fluctuaties in de productiviteit in verband worden gebracht met het gevoerde beleid. Aangezien de kwaliteit hierbij vaak een belangrijke rol heeft gespeeld, besteedt paragraaf 6.4 aandacht aan de relatie tussen kwaliteitsbeleid en productiviteit. In paragraaf 6.5 vindt ten slotte de synthese van de meta-analyse plaats.

Maatschappelijke trends

Terugblikkend op alle veranderingen die het Nederlandse zorglandschap de afgelopen decennia heeft ondergaan, is er een groot aantal maatschappelijke ontwikkelingen aan te wijzen die hierbij een rol hebben gespeeld. Het voert te ver om op al deze trends in te gaan. We concentreren ons hier op de ontwikkelingen die de beleidsagenda de afgelopen decennia het meest hebben beheerst: de sterke toename van het zorggebruik en de vermaatschappelijking van de zorg.

De sterke groei van het zorggebruik en de daarmee gepaard gaande stijging van de zorguitgaven is de afgelopen decennia een voortdurende bron van zorg geweest voor de overheid. Volgens het Centraal Planbureau (CPB) groeien de zorguitgaven in de periode 1981-2010 met 5,6 procent per jaar. Deze groei wordt, behalve door prijsstijgingen (2,6% per jaar), vooral veroorzaakt door de toename van het zorgvolume. De groei van het zorgvolume bedraagt in deze periode 3 procent per jaar. Slechts een beperkt deel daarvan is toe te schrijven aan bevolkingsgroei en andere demografische factoren (vergrijzing). De grootste groei wordt veroorzaakt door de stijging in het

gebruik per hoofd van de bevolking. In de periode 1981-2010 groeit het zorggebruik per Nederlander jaarlijks met bijna 2 procent (Horst et al., 2011).

Hoewel het moeilijk is een eensluidend oordeel te geven over de ontwikkeling van de gezondheid van de Nederlandse bevolking, lijkt het groeiend zorggebruik niet direct samen te hangen met een verslechtering van de gezondheidstoestand. Eerder lijkt sprake van een verbetering. Een van de aanwijzingen daarvoor is de toegenomen levensverwachting van Nederlanders. Vooral de levensverwachting van Nederlandse mannen is sinds 1980 aanzienlijk gestegen: van 72,5 jaar in 1980 tot bijna 79,5 jaar in 2013. De levensverwachting van Nederlandse vrouwen was met ruim 79 jaar in 1980 al vrij hoog, maar neemt sindsdien toch nog verder toe, zij het langzaam. In 2013 is hun levensverwachting bij geboorte gestegen tot 83 jaar. Ook de gezonde levensverwachting, oftewel de levensverwachting bij als goed ervaren gezondheid, van mannen en vrouwen is tussen 1980 en 2013 toegenomen: van bijna 60 jaar bij mannen en 62,5 jaar bij vrouwen in 1980 tot respectievelijk 64,5 jaar en 63,5 jaar in 2013. De stijging van de gezonde levensverwachting is wel een stuk lager dan de toename van de 'gewone' levensverwachting. De gemiddelde Nederlander wordt dus wel steeds ouder, maar met het klimmen van de jaren gaat de (als goed ervaren) gezondheid ook achteruit. Daardoor moet vaker gebruik worden gemaakt van zorgvoorzieningen. De toegenomen levensverwachting, oftewel de 'vergrijzing', is hiermee een van de factoren die bijdragen aan de toename van het zorggebruik.

De invloed van vergrijzing is echter minder groot dan vaak wordt verondersteld. Er zijn namelijk nog diverse andere ontwikkelingen die hieraan bijgedragen hebben. Deze ontwikkelingen hangen, evenals de vergrijzing, in feite allemaal samen met de welvaartsgroei die de afgelopen decennia heeft plaatsgevonden. Ondanks de crisis van de afgelopen jaren heeft de gemiddelde Nederlander tegenwoordig een aanzienlijk hoger inkomen dan in 1980. Daarvan kan dus ook een groter deel worden uitgegeven aan zorg, zoals er ook meer geld beschikbaar is voor bijvoorbeeld vakanties en uit eten gaan. Omdat vrijwel iedereen een goede gezondheid belangrijk vindt heeft men er ook relatief veel voor over. We zien dan ook dat met het stijgen van de welvaart de zorguitgaven eveneens toenemen. Dat is overigens niet alleen in Nederland het geval, ook in andere landen is sprake van een sterk verband tussen de welvaart en de zorguitgaven. Voor alle (westerse) landen geldt: hoe hoger het inkomen per inwoner, hoe groter de zorguitgaven per inwoner (Ministerie van VWS, 2012).

De achterliggende reden voor dit verband is dat we met het toenemen van de welvaart steeds minder bereid zijn ongemakken te accepteren. We zijn daardoor steeds sneller geneigd een beroep op de zorg te doen. Ook als het gaat om ongemakken die in het verleden geen reden waren om zorgverleners in te schakelen, zoals dyslexie en lichte psychische problemen. Bovendien stelt men steeds hogere eisen aan de kwaliteit van de zorg. Daarom is er in de afgelopen decennia ook veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van nieuwe medische technologie. Als gevolg hiervan is het mogelijk om steeds

meer mensen te behandelen en te verzorgen. Ziekten en ongemakken die voorheen onbehandelbaar waren, kunnen nu vaak wel worden verholpen. Ook heeft de technologische ontwikkeling ervoor gezorgd dat behandelingen vaak minder ingrijpend zijn geworden. Hierdoor is het mogelijk patiënten te behandelen die daar eerder niet voor in aanmerking zouden komen, met name mensen met een hogere leeftijd. Bovendien biedt de medische techniek steeds betere mogelijkheden om ziekten op te sporen. Er worden in de loop van de tijd dan ook meer ziekten en aandoeningen gediagnosticeerd en vervolgens in veel gevallen ook behandeld (Ministerie van VWS, 2012).

Met het stijgen van de welvaart en de stand van de medische techniek vindt er ook een verandering plaats in de epidemiologie. Een belangrijke verschuiving betreft de chronische ziekten. Het aantal langdurig zieken is in de loop van de tijd flink toegenomen. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door de vergrijzing maar ook door een veranderde levensstijl. Zo zijn veel mensen, onder invloed van de groeiende welvaart, meer gaan eten en drinken. Daarbij gaat het vaak om ongezonde producten en hoeveelheden, waardoor het risico op ziekten, bijvoorbeeld diabetes, hart- en vaatziekten en kanker, toeneemt. Door betere behandelingsmogelijkheden zijn veel van deze ziekten tegenwoordig niet meer levensbedreigend, maar dikwijls ook niet volledig te genezen. Veel acute ziekten zijn daardoor chronisch geworden, waardoor deze patiënten veel langer een beroep doen op zorg dan voorheen. Dit geldt niet alleen voor oude mensen, steeds vaker komen deze chronische aandoeningen al op vrij jonge leeftijd voor. Ook deze ontwikkeling heeft de afgelopen decennia bijgedragen aan de groei van het zorggebruik in ons land (Ministerie van VWS, 2012).

De tweede trend die belangrijke invloed heeft gehad op het zorgbeleid is de vermaatschappelijking van de zorg. Met vermaatschappelijking van de zorg wordt bedoeld op het geheel van veranderingen die in de loop van de tijd in gang zijn gezet om het mogelijk te maken dat mensen met beperkingen zelfstandig kunnen wonen en aan de samenleving deel kunnen nemen. Aan de basis van dit veranderingsproces ligt de omslag van het denken over de positie van mensen met beperkingen in de samenleving in de jaren zestig en zeventig. In deze periode verblijven de meeste psychiatrische patiënten en gehandicapten in inrichtingen in bossen en duinen ver van de 'bewoonde wereld'. Van maatschappelijke integratie en participatie is nauwelijks sprake. Deze situatie wordt door steeds meer mensen in het veld als ongewenst beschouwd, een opvatting die in de loop van de jaren zeventig ook in bredere kring aanhang krijgt. Sindsdien worden verschillende initiatieven ondernomen om de maatschappelijke integratie en participatie van mensen met beperkingen, onder wie ook ouderen, te bevorderen.

Aanvankelijk richt dit vermaatschappelijkingsproces zich voornamelijk op het extramuraliseren van de zorg: het buiten de muren van de instellingen verlenen van zorg aan ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten. Na verloop van tijd groeit echter het inzicht dat extramuralisering niet voldoende is voor maatschappelijke integratie en

participatie. Zo beseft men dat met het verlaten van de intramurale instelling de zorgvrager niet meer 'verzekerd' is van een integraal voorzieningenaanbod. Dit leidt ertoe dat veel zorginstellingen zelf nieuw aanbod gaan ontwikkelen. De binnen de muren geboden zorg wordt nu ook bij de hulpvragers thuis aangeboden. Daarnaast bouwen zorginstellingen in eigen beheer zelfstandige wooneenheden of appartementen en creëren zij centra voor dagbesteding of beschutte werkgelegenheid. Tegelijkertijd wordt een beweging in gang gezet om tot de-categorisatie (of ontschotting) van de zorg te komen – het opheffen van het onderscheid tussen de verschillende typen zorgverlening (vvt, ghz, ggz) – en wordt gestreefd naar de totstandkoming van een lokaal en integraal voorzieningenaanbod op de terreinen zorg, wonen, werk en welzijn (Koops en Kwekkeboom, 2005).

Hoewel veel initiatieven tot vermaatschappelijking van de zorg vanuit het veld zelf tot stand komen, speelt de overheid hierbij vaak een belangrijke en initiërende rol. Dit gebeurt niet alleen vanuit de wens de deelname van mensen met beperkingen aan de samenleving te stimuleren, maar wordt ook ingegeven door het streven de kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden.

Zoals hiervoor al aangegeven, vormt sinds 1980 de beheersing van de groei van het zorggebruik en de zorguitgaven steeds een belangrijk motief voor overheidsingrijpen. Dit is echter ook al eerder het geval. Al vanaf het begin van de jaren zeventig is sprake van toenemende ongerustheid over het groeiend zorggebruik (WRR, 1997). In de voorafgaande periode, vooral na de inwerkingtreding van de Ziekenfondswet in 1966 en de invoering van de AWBZ in 1968, stijgt het aantal zorggebruikers sterk. Er bestaat in deze jaren, waarin sprake is van een ongekende welvaartsgroei, een zeer breed draagvlak voor een voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit. Dit verandert echter als vanaf 1973, als gevolg van de oliecrisis, de economische groei begint te stagneren. Sindsdien zijn de (financiële) grenzen aan de zorg steeds vaker onderwerp van het maatschappelijke en politieke debat en doet de overheid voortdurend pogingen om deze grenzen te bewaken.

Trends in zorgbeleid

In eerste instantie ziet de overheid daarbij voor zichzelf een hoofdrol weggelegd. Dit komt vooral tot uitdrukking in de invoering van een nieuw wettelijk beheersinstrumentarium in 1982. In dat jaar treden de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) en de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) in werking. Met de WVG, waarmee de toedeling van financiële, materiële en personele middelen over alle zorgvoorzieningen tot in detail door de overheid kan worden gepland, komt het primaat van de besluitvorming over de zorg bij de overheid te liggen. De tarifiering via de Wtg zou de strakke overheidsplanning moeten gaan volgen (Boot, 2013).

Deze sterk sturende rol van de overheid, ten koste van het particulier initiatief en verzekeraars, blijkt echter op onvoldoende draagvlak te kunnen rekenen. Temeer omdat in deze periode sprake is van een snel veranderend politiek-maatschappelijk klimaat, waarin steeds meer kritiek ontstaat op de verzorgingsstaat en de bijbehorende grote overheidsbemoediging met de samenleving. Meer markt, minder overheid wordt het nieuwe adagium, dat in 1987 ook door de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (beter bekend als de commissie-Dekker) wordt uitgedragen. Om de doelmatigheid van de gezondheidszorg te bevorderen, pleit de commissie in haar rapport *Bereidheid tot verandering* voor de introductie van marktwerking in de zorg, een advies dat door de politiek wordt omarmd. Sindsdien neemt de overheid tal van initiatieven om het nieuwe sturingsmodel te verwezenlijken (Boot, 2013). Al spoedig verdwijnt daarmee de WVG, die overigens nooit volledig in werking is getreden, uit beeld en wordt deze uiteindelijk in 1996 ingetrokken.

Ondanks de vele beleidsinitiatieven richting marktwerking, die na het advies van de commissie-Dekker volgen, duurt het nog tot 2006 voordat hiervan 'officieel' sprake is. In de jaren daarna moeten bovendien nog veel hindernissen worden overwonnen om deze (gereguleerde) marktwerking in praktijk te brengen, een proces dat tot op de dag van vandaag voortduurt.

Budgettair kader Gedurende de overgang van overheidsregulering naar gereguleerde marktwerking blijft de overheid steeds haar invloed aanwenden om te trachten de groei van (de kosten van) de zorg te beteugelen. Daarbij zijn met name de financiële overzichten (gezondheids)zorg een belangrijk hulpmiddel (Hermans, 1992). Begonnen als inventarisatie van de uitgaven voor gezondheidszorg aan het eind van de jaren zeventig, groeien de financiële overzichten in de eerste helft van de jaren tachtig uit tot een min of meer taakstellend budgettair kader. Weliswaar heeft het financieel overzicht juridisch geen andere status dan die van een beleidsnota en bindt het formeel alleen de opstellers, maar het ministerie kan het door middel van verschillende maatregelen een verplichtend karakter geven. In combinatie met deze maatregelen wordt het financieel overzicht een werkzaam instrument voor kostenbeheersing (Grinten en Kasdorp, 1999).

Sinds het aantreden van het eerste paarse kabinet in 1994 probeert de overheid haar controle op de groei van de zorguitgaven te versterken door jaarlijks een macrobudget vast te stellen: het zogenoemde Budgettaire Kader Zorg (BKZ). Het BKZ, dat in 1995 wordt ingevoerd, omvat niet alleen de collectief gefinancierde zorg, maar ook het grootste deel van de privaat gefinancierde zorg. Overschrijdingen van het budgettair kader moeten in principe binnen de zorgsector zelf worden gecompenseerd, hetzij door afname van het aanbod, verlaging van de prijs of door verhoging van de doelmatigheid (Schut, 2003a; Rekenkamer, 2011).

Bekostiging Om de daadwerkelijke zorguitgaven in de pas te laten lopen met de budgettaire kaders, zet de overheid vooral in op maatregelen in de sfeer van de bekostiging van de zorgaanbieders. Mede als gevolg van de slechte economische conjunctuur en de daarmee samenhangende noodzaak tot bezuinigingen op de overheidsuitgaven wordt in 1982 de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) ingevoerd. In deze wet worden de tarieven voor individuele verrichtingen vastgelegd om daarmee de kosten te beheersen. In de jaren erna volgen aanpassingen, waardoor behalve prijzen, ook volumes met de Wtg konden worden gereguleerd (Schut, 2003). Kort na de inwerking-treding van de Wtg voert de overheid in 1983 een taakstellende budgettering in voor algemene en categorale ziekenhuizen (Ministerie van WVC, 1985). Hiermee komt een einde aan het tot dan toe bestaande openeindesysteem waarbij de ziekenhuizen alle medische verrichtingen vergoed krijgen.

Na de invoering van de taakstellende budgettering van ziekenhuizen in 1983 krijgen het jaar daarop ook de overige intra- en semimurale zorginstellingen met budgettering te maken. Tot 1984 geldt in deze sectoren (de verpleging, de ggz en ghz), net als bij de ziekenhuizen, een openeinderegeling.

De bekostiging van de verzorgingshuizen en de thuiszorg vindt in deze periode onder een ander regime plaats dan de overige zorgsectoren. Tot 1984 is bij de verzorgingshuizen sprake van zogenoemde indirecte financiering via de Algemene Bijstandswet (ABW). Hierdoor heeft de bekostiging van de verzorgingshuizen (destijds bejaarden-oorden genoemd) in feite het karakter van een openeindefinanciering. In het kader van de bezuinigingen besluit de overheid de indirecte bijstandsfinanciering te beëindigen en te vervangen door een direct (beleids- en) financieringskader (Ministerie van WVC, 1985). Daarvoor wordt in 1985 de Wet op de bejaardenoorden (WBO) gewijzigd. Sindsdien wordt de bekostiging van alle verzorgingshuizen via deze wet geregeld. De uitvoering hiervan, evenals van de andere maatregelen in de WBO, komt in handen van de provincies en de vier grote steden. Vooruitlopend op de wijziging van de WBO wordt de begroting van WVC al in 1984 uitgebreid met een budgetpost voor bejaardenoorden. In dit jaar is dus feitelijk al een eind gekomen aan de openeindebekostiging van de verzorgingshuizen (Ministerie van WVC, 1985). De bekostiging van verzorgingshuizen onder het regime van de WBO blijft tot 1997 bestaan. In dat jaar wordt de WBO afgeschaft en vervangen door de Overgangswet verzorgingshuizen, waarmee vooruit wordt gelopen op de wens de verzorgingshuizen in de AWBZ onder te brengen. Dit gebeurt uiteindelijk in 2001. Sindsdien wordt de bekostiging van de verzorgingshuizen, net als die van verpleeghuizen en andere langdurige zorgaanbieders, geregeld via de AWBZ (Kluit, 2010). Met de vervanging van de AWBZ door de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015, vindt de bekostiging voortaan plaats via de Wlz.

Bij de bekostiging van de thuiszorg bestaat lange tijd een onderscheid tussen de financiering van gezinsverzorging en kruiswerk. Tot 1984 kent de gezinsverzorging een systeem van exploitatiesubsidies voor de uitvoeringskosten en een budgetsysteem

voor de overheadkosten. In 1984 wordt overgegaan op een budgetstelsel voor alle kosten, waardoor voor de instellingen grotere beleidsvrijheid in de organisatie van de hulpverlening ontstaat. Aan de overheadkosten wordt een maximum gesteld (Ministerie van WVC, 1985). In 1989 wordt deze subsidieregeling in de AWBZ ondergebracht. De bekostiging van het kruiswerk is al eerder, in 1980, onder AWBZ-regime geplaatst. De kruiswerkorganisaties krijgen hun geld op lumpsumbasis. Dit bekostigingsmodel blijft men ook nog lang na de integratie van het kruiswerk en de gezinsverzorging (vanaf 1990) hanteren. Daardoor is in de jaren negentig bij veel thuiszorginstellingen een (groot) deel van het budget vrijgesteld van productieafspraken. Over dit zogeheten lumpsumdeel hoeven instellingen met het zorgkantoor nog geen afspraken te maken. In de jaren daarna wordt dit afgebouwd. Vanaf 2001 zijn alle thuiszorginstellingen verplicht over het gehele budget productie- of bestedingsafspraken te maken. De hoogte van dit budget wordt bepaald door de zogenoemde beleidsregelwaarden, de geldelijke waardering van diverse zorgproducten en de volumeafspraken tussen instellingen en het zorgkantoor.

Om de toewijzing van financiële middelen aan de ziekenhuizen beter te laten verlopen, ontwikkelt het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) medio jaren tachtig een stelsel van functiegerichte budgettering (FB). Dit bekostigingssysteem wordt in 1988 ingevoerd. In het FB-systeem stellen ziekenhuizen en zorgverzekeraars op lokaal niveau een budget vast per ziekenhuis, aan de hand van een beperkte set parameters, zoals vastgoedkosten, aantal inwoners in het verzorgingsgebied, aantal opnamen en aantal polikliniekbezoeken.

Vanaf 1989 worden medisch specialisten aan een afzonderlijk macrobudget gebonden. Na een wijziging van de Wtg krijgt de overheid in 1992 de mogelijkheid om jaarlijks voor alle vrijgevestigde specialisten een afzonderlijk macrobudget per beroepsgroep vast te stellen. Bij overschrijding hiervan volgen tariefskortingen. Om dit te vermijden, gaan de medisch specialisten in 1995 akkoord met een nieuw honoreringssysteem. In plaats van betaling per verrichting, krijgen zij sindsdien elk jaar een vast budget, de zogenoemde lumpsum. Vanaf 2000 maakt dit budget deel uit van het totale ziekenhuisbudget (Schut, 2003).

Hoewel het FB-systeem beter functioneert dan zijn voorganger, kleven er nog verschillende bezwaren aan. Het belangrijkste nadeel is dat het systeem niet goed aansluit op de vraag, waardoor er wachtlijsten ontstaan. Om hier een einde aan te maken introduceert VWS in 2001 de zogenoemde boter-bij-de-visregeling. Met deze regeling, waarmee in principe elke behandeling wordt vergoed, keert men in feite terug naar de outputbekostiging van voor 1983. Behalve voor de ziekenhuizen geldt de boter-bij-de-visregeling ook voor de andere zorgsectoren, waar eveneens sprake is van wachtlijsten. Hoewel de wachtlijsten in de zorg hierdoor inderdaad afnemen, leidt dit ook tot een forse kostenstijging. In 2005 wordt de boter-bij-de-visregeling dan ook beëindigd en de budgettering in ere hersteld. Althans gedeeltelijk, want in hetzelfde jaar start de

ziekenhuissector met het geleidelijk vervangen van de budgettering door een bekostiging op basis van zorgproducten, de zogenoemde diagnose-behandelcombinaties (DBC's).

Marktwerking Met de introductie van de DBC's probeert de overheid niet alleen meer en beter inzicht te krijgen in behandelingskosten, maar ook de gereguleerde marktwerking in de (ziekenhuis)zorg te stimuleren. Zorgaanbieders en zorginkopers kunnen aan de hand van DBC's onderhandelen over de kwaliteit, de prijs en het aantal behandelingen. Het is de bedoeling dat de consument uiteindelijk profiteert van afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken over kwalitatief goede en betaalbare zorg. De DBC's bestaan uit twee segmenten: een A-segment en een B-segment. DBC's in het A-segment blijven bekostigd via het FB-systeem. De NZa stelt een maximumtarief vast per DBC, maar voor het ziekenhuis is het FB-budget (de productieafspraken) nog steeds leidend. Het B-segment kent vrije prijzen. Hierover moeten ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar onderhandelen. Het B-segment omvat aanvankelijk nog maar een klein deel (ongeveer 10%) van de ziekenhuiszorg, maar wordt in de loop van de jaren uitgebreid. In 2012 betreft het B-segment 70 procent van de zorg.

Enkele jaren na de introductie van de DBC's in de ziekenhuizen wordt ook in de andere zorgsectoren een persoonsvolgende bekostiging van de zorg en daarmee de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing, ingevoerd. Zo stappen de intramurale verpleging en verzorging, ghz en ggz vanaf 2009 geleidelijk over van een bekostigingssysteem per bed op bekostiging van de zorgzwaarte per cliënt, uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (ZZP). De invoering van de ZZP's maakt 70 procent tot 85 procent van het budget persoonsvolgend (NZa, 2009b).

Naast het invoeren van DBC's en ZZP's neemt de overheid tal van andere maatregelen om gereguleerde marktwerking in de zorg te stimuleren. De belangrijkste daarvan zijn vervat in drie wetten die in 2006 in werking treden (Boot, 2013):

- Zorgverzekeringswet (Zvw);
- Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Met de Zvw wordt de invoering van een nieuw, privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel voor de curatieve zorg voor alle burgers geregeld. Binnen publieke randvoorwaarden als toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, moet de wet condities scheppen voor het ontstaan van gereguleerde marktwerking in de zorg. De spelregels daarvoor, de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de zorgmarkten, staan beschreven in de Wmg. In de Wmg worden ook de instelling en de taken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geregeld. De NZa is belast met markttoezicht en -ontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg. Vanwege deze taken speelt de NZa een belangrijke rol bij de invoering van gereguleerde marktwerking in zorg. De

WTZi, die de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vervangt, regelt de toelating van instellingen tot de zorgmarkten.

Deregulering bouw Met de vervanging van de WZV, die sinds de jaren zeventig de bouw en verbouw van zorginstellingen reguleerde, door de WTZi, wil de overheid haar bemoeienis bij het bouwen voor de zorg verminderen. Ten tijde van het WZV-regime (bouwregime) krijgen zorginstellingen hun kapitaalslasten, na het bemachtigen van een vergunning van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ), jaarlijks vergoed op basis van de werkelijke kosten. Na de invoering van de WTZi is met ingang van 1 januari 2008 het bouwregime, oftewel de vergunningverlening door de overheid voor bouwprojecten, afgeschaft. Sindsdien zijn de zorginstellingen in principe zelf verantwoordelijk voor beheer en financiering van de bouw. De overheid dekt de financiering van nieuwbouw en verbouwprojecten in de zorg niet langer af; de instellingen moeten deze investeringen zelf terugverdienen via hun zorgproducten. De kapitaalslasten, waaronder die van de huisvesting, moeten daarom onderdeel gaan vormen van de productprijzen (CBZ, 2008; Kriek en Dooyeweerd, 2009). Hieraan ligt de gedachte ten grondslag dat als instellingen zelf de lusten en lasten van hun investeringsbeslissingen dragen, zij geprikkeld worden om beter in te spelen op de individuele zorgvraag.

Om deze ingrijpende verandering goed te laten verlopen, wordt gekozen voor een gefaseerde aanpak. Vanaf 2008 geldt het oude bouwregime niet meer voor de ziekenhuizen en vanaf 2009 vervalt het bouwregime ook voor de overige zorginstellingen. In de jaren daarna wordt de budgetgarantie voor de kapitaalslasten van instellingen via een overgangsregeling stapsgewijs afgebouwd. De instellingen kunnen nog tot 2018 een beroep doen op deze regeling.

Overigens wordt het bouwregime in de extramurale zorg, in het kader van de modernisering van de AWBZ, al eerder, per 1 april 2003, afgeschaft. Ook hiervoor wordt een overgangsregeling getroffen (CBZ, 2004b). Vanaf 2007 worden de kapitaallasten verdisconteerd in het integrale tarief voor de extramurale zorg.

Schaalvergroting Hoewel de overheid onmiskenbaar een rol heeft gespeeld bij de omvangrijke schaalvergroting die de afgelopen decennia in de zorg heeft plaatsgevonden, is er betrekkelijk weinig bekend over de manier waarop dit is gebeurd. Wat de schaalvergroting in de ziekenhuissector betreft staat wel vast, dat het sinds 1988 gehanteerde bekostigingsmodel hieraan een grote bijdrage levert. Dit oude bekostigingssysteem met functiegerichte budgettering bevat jarenlang (tot 2002) een sterke prikkel tot opschaling, omdat grote ziekenhuizen een hogere vergoeding per opname krijgen dan kleinere ziekenhuizen. Dit gebeurt vanuit de gedachte dat grotere ziekenhuizen meer intensieve, specialistische zorg kunnen bieden en dus duurdere patiënten aantrekken. Door deze prikkel wordt het aantrekkelijker om te fuseren, wat dan ook vanaf eind jaren tachtig veelvuldig gebeurt. Om die reden duidt men deze (onbewuste) prikkel ook wel aan als fusiebonus of schaalgroottetoeslag.

Toch zien we dat ook na het afbouwen van de schaalgroottetoeslag, vanaf 2003, het schaalvergrotingsproces in de ziekenhuissector voortschrijdt. Waarschijnlijk is dit vooral toe te schrijven aan de introductie van geregleerde marktwerking. De (drievoudige) concurrentie lijkt veel ziekenhuisbestuurders te prikkelen het effect hiervan voor de eigen organisatie te minimaliseren. Het aangaan van fusies is een beproefde manier om de concurrentiepositie, met name ten opzichte van de zorgverzekeraars, te verstevigen, wat dan ook het afgelopen decennium vaak plaatsvindt (Stoopendaal, 2008).

Hetzelfde geldt overigens voor de andere zorgsectoren. Ook hier is in deze periode sprake van een fusiegolf, vooral na de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006. Evenals bij de ziekenhuizen vindt in deze sectoren al in de voorafgaande jaren een omvangrijke schaalvergroting plaats. Zo fuseert in de ghz tussen 1995 en 2004 bijna een derde van de organisaties binnen de eigen 'bedrijfsklasse' en ging 14 procent van deze grote instellingen samen met dagverblijven voor gehandicapten. In de ggz fuseert in dezelfde periode 30 procent binnen de eigen bedrijfsklasse en 40 procent van de ggz-organisaties verenigt zich met andere typen ggz-instellingen. Ook in de verpleging en verzorging vindt vooral vanaf 1995 een groot aantal fusies (en overnames) plaats. Het betreft zowel horizontale, verticale als intersectorale fusies. Eind 2004 is 36 procent van de verpleeghuizen met andere verpleeghuizen gefuseerd. Daarnaast is meer dan de helft van de verpleeghuizen op dat moment een fusie met een verzorgingshuis aangegaan (Stoopendaal, 2008).

In de thuiszorg wijkt de schaalontwikkeling enigszins af van de andere sectoren. Als gevolg van de integratie van het kruiswerk en de gezinsverzorging, vanaf 1990, vindt in de thuiszorg al in de eerste helft van de jaren negentig een grote fusiegolf plaats. Het aantal instellingen neemt daardoor tussen 1990 en 1995 met 70 procent af (Stoopendaal, 2008). Hoewel ook in de periode daarna sprake is van schaalvergroting, vindt er tegelijkertijd schaalverkleining plaats. Dit wordt veroorzaakt doordat er in deze periode vele honderden kleine organisaties tot de thuiszorgmarkt mogen toetreden. Maar ook elders in de zorg is, naast schaalvergroting, een tendens tot schaalverkleining waar te nemen. Zo verblijft in 2010 een kwart van de ouderen met dementie in kleinschalige woon- en zorgvoorzieningen. Dit is een stijging van bijna 180 procent in vergelijking met de situatie van 2005. In de ghz is al veel langer sprake van dergelijke kleinschalige voorzieningen. Dit is vooral te danken aan het beleid om de integratie van gehandicapten in de maatschappij te stimuleren. De kleinschalige woon- en zorgvoorzieningen maken overigens vaak deel uit van een overkoepelende, grootschaliger organisatie (Postma et al., 2012).

De genoemde ontwikkelingen in de schaalomvang van de instellingen in de verschillende sectoren zijn vrijwel allemaal op enigerlei wijze beïnvloed door de overheid. Zo is de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging nadrukkelijk gestimuleerd door de overheid, onder andere door het beschikbaar stellen van begrotingsmiddelen om het

integratieproces te ondersteunen. Het is echter, zoals gezegd, niet altijd duidelijk welke rol de overheid hierbij speelt. Neemt de overheid zelf het initiatief tot schaalvergroting of treedt men hierbij meer volgend op? Vaak lijkt sprake van het laatste, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het beleid ten aanzien van de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging. Volgens de hiervoor verantwoordelijke staatssecretaris is het streven naar integratie vooral ingegeven door zorginhoudelijke ontwikkelingen in het veld zelf. De maatregelen die de overheid neemt zijn slechts bedoeld om deze ontwikkelingen (het integratieproces en daarmee de schaalvergroting) te 'vergemakkelijken en te versterken' (TK, 1990-1991). Het lijkt er dan ook op dat de overheid de schaalvergroting in de zorg niet zozeer expliciet heeft gestimuleerd, als wel dat ze hier, via het scheppen van allerlei voorwaarden, vaak impliciet op inspeelde.

Extramuralisering In tegenstelling tot haar vrij bescheiden rol bij het schaalvergrotingsproces, drukt de overheid wel een duidelijk stempel op de extramuralisering van de zorg. Het buiten de muren van de instellingen verlenen van zorg geldt vanaf omstreeks 1980 als belangrijk middel om de vermaatschappelijking van de zorg, de maatschappelijke integratie en participatie van mensen met beperkingen, te bevorderen. Daarnaast ziet de overheid extramuralisering als instrument om de kosten van de zorg te beheersen. Door substitutie van 'dure' intramurale zorg door goedkopere zorgverlening buiten de instellingen zou er op de zorgkosten kunnen worden bespaard.

Om het proces van extramuralisering en daarmee kostenbesparing te stimuleren, maakt de overheid onder andere gebruik van instrumenten in de sfeer van bekostiging. Zo wordt in 1988 de subsidieregeling Substitutie verpleeghuiszorg ingesteld, die een aantal jaren later wordt opgevolgd door de Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad substitutie verpleeghuiszorg. Op grond van deze regeling kunnen voor verpleeghuizen bestemde middelen uit de AWBZ worden ingezet voor onder meer verpleeghuiszorg aan huis en ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen en/of ontlasting van de mantelzorg door tijdelijke zorg (dagbehandeling, nachtopvang). Ook kan het geld worden gebruikt voor een alternatief zorgpakket buiten het ziekenhuis voor verpleeghuisgeïndiceerde ouderen die bij gebrek aan plaats in een verpleeghuis anders langer in een ziekenhuis zouden moeten verblijven dan medisch noodzakelijk is ('verkeerd-bedproblematiek'). De AWBZ-gelden kunnen bijvoorbeeld beschikbaar komen door bestaande verpleeghuiscapaciteit met 2 à 4 procent te verhogen en de extra middelen in te zetten in een thuissituatie ('vrije-margeregeling'). Een andere mogelijkheid is financiële middelen voor verpleeghuiscapaciteit niet of pas later te gebruiken voor de bouw van een verpleeghuis en structureel of tijdelijk in te zetten in de thuissituatie: de zogenoemde zwevende bedden.

Voor verzorgingshuizen (bejaardenoorden) bestaat in deze periode de mogelijkheid om met WBO-gelden zorg aan ouderen te leveren die niet in het verzorgingshuis verblijven. Deze substitutie is sinds 1984 mogelijk in het kader van het zogenoemde flankerend bejaardenbeleid. Dit beleid is erop gericht opname in een verzorgingstehuis te voorko-

men of uit te stellen. Onder flankerend beleid vallen voorzieningen als kortdurende opname, dagverzorging en nachtopvang.

Vanaf medio jaren negentig worden de verschillende financiële regelingen om de extramuralisering van de verpleging en verzorging te stimuleren ondergebracht in een 'Zorgvernieuwingsfonds' (in 1995 in de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorgvernieuwing verpleging en verzorging, het jaar daarop omgevormd tot Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat verpleging en verzorging). Behalve voor substitutie worden de fondsgelden ook ingezet om innovatie en vraaggerichtheid te bevorderen. Ook voor de ggz (1994) en ghz (1996) worden in deze periode dergelijke zorgvernieuwingsfondsen in het leven geroepen. Net als in de verpleging en verzorging zijn deze fondsen er vooral op gericht het proces van extramuralisering in deze sectoren meer vaart te geven. En dat blijkt inderdaad te lukken. Sinds de instelling van de zorgvernieuwingsfondsen medio jaren negentig is zowel in de ggz, ghz als de vvt sprake van een aanzienlijke groeiversnelling van de extramurale productie.

Kwaliteitsbeleid Bij alle pogingen van de overheid om de groei van de zorg te beheersen speelt de kwaliteit van de zorg steeds een belangrijke rol. Juist vanwege de snel toenemende zorgvraag en bijbehorende uitgavengroei ontstaat er bij de overheid al in de jaren zeventig een steeds grotere behoefte meer zicht te krijgen op de doeltreffendheid en daarmee ook op de kwaliteit van de zorgverlening. Bovendien leiden in deze periode maatschappelijke ontwikkelingen als ontzuiling, democratisering en individualisering tot een kritischer blik van de burgers op zorgverlening. De vraag naar controle van het medisch handelen groeit, evenals de verwachting van burgers dat de overheid hiervoor de juiste condities schept. Dit streven, de verantwoordelijkheid van de overheid voor een goed gestructureerd, democratisch en efficiënt werkend stelsel van gezondheidszorg, inclusief de kostenontwikkeling, wordt in 1983 zelfs in de Grondwet vastgelegd. Hierdoor wordt de overheid verplicht tot het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. De overheid krijgt zodoende formeel de taak toe te zien op een kwalitatief goede en financieel bereikbare gezondheidszorg.

Wat als goede kwaliteit moet worden gezien, is echter onderwerp van discussie. Om daarover meer duidelijkheid te krijgen, brengt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) in 1985 de discussienota *Begrippenkader Kwaliteit Beroepsuitoefening* uit, waarmee de kwaliteit van zorg nadrukkelijk op de politieke agenda komt te staan. Dit wordt nog versterkt door het advies van de commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (commissie-Dekker) uit 1987 om tot een wet op de kwaliteit van zorg te komen. Onder druk hiervan neemt eind jaren tachtig een aantal wetenschappelijke verenigingen het initiatief voor de ontwikkeling van een kwaliteitsvisië, wat in de jaren negentig brede navolging vindt. Daarnaast wordt in deze periode door een aantal ziekenhuizen gewerkt aan een accreditatiestelsel. In dat kader wordt in 1998 het Nederlands Instituut voor Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ) opgericht en een overkoepelende kwaliteitsnorm geformuleerd. Ook wordt er in de jaren negentig veelvuldig

gesproken over de ontwikkeling van een landelijk kwaliteitsbeleid voor de zorg. Bij dit overleg, bekend als de Leidschendamconferenties, worden alle spelers uit het veld van de zorg betrokken: patiëntenorganisaties, zorgaanbieders (instellingen en professionals), zorgverzekeraars, inspectie en overheid (Vos, 2014).

In het verlengde van de Leidschendamconferenties komt in 1996 de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) tot stand, die globale eisen formuleert om de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren. Daarnaast worden drie wetten ingevoerd die de positie van patiënten versterken. Ook de invoering van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) in 1997 levert een bijdrage aan de kwaliteit van de zorg. Behalve wet- en regelgeving probeert de overheid de kwaliteit van de zorg ook via subsidies te stimuleren. Zo start in 2003 het eerste grote landelijke subsidieprogramma 'Sneller Beter', dat verbeteringen in de curatieve zorg beoogt te stimuleren op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid. In de jaren daarna volgen meer van dergelijke subsidieprogramma's (Vos, 2014).

Of de verschillende maatregelen om het kwaliteitsbeleid te ontwikkelen ook hun vruchten afwerpen, blijft echter nog onduidelijk. Dit heeft vooral te maken met het ontbreken van een transparant stelsel van normen en indicatoren. Pas in 2002 worden de eerste serieuze stappen gezet om zo'n stelsel op te zetten. In dat jaar start de IGZ in samenwerking met andere partijen met het ontwikkelen van een basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen, die in 2003 tot stand komt. In 2005 ontwikkelt het Nivel een systeem voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg, de zogenoemde CQ-Index (Consumer Quality Index). Daarnaast start de IGZ in opdracht van VWS in 2007 het programma Zichtbare Zorg (ZiZo), met als doel voor alle zorgsectoren heldere kwaliteitskaders en -indicatoren vast te stellen.

Dit leidt echter niet tot de gewenste transparantie. Begin 2011 geven de bewindspersonen van VWS aan dat de veelsoortigheid van indicatoren een goed inzicht in de kwaliteit van zorg belemmert. Hierop besluit de minister van VWS in 2011 tot de oprichting van een Kwaliteitsinstituut (als onderdeel van het Zorginstituut) dat in 2013 van start gaat. Per 1 april 2014 is het Zorginstituut formeel operationeel. De taak van het Kwaliteitsinstituut is verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland te stimuleren en ervoor te zorgen dat iedereen toegang heeft tot begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. Om deze taak uit te voeren stimuleert en ondersteunt het instituut partijen in de zorg bij het maken en naleven van kwaliteitsstandaarden en de bijbehorende meetinstrumenten én maakt het de kwaliteit van de verleende zorg inzichtelijk. Daarvoor verzamelt het instituut gegevens over de kwaliteit van zorg en stelt deze beschikbaar. Deze informatie helpt patiënten bij hun keuzes in de zorg en is daarnaast belangrijk voor het toezicht in de zorg.

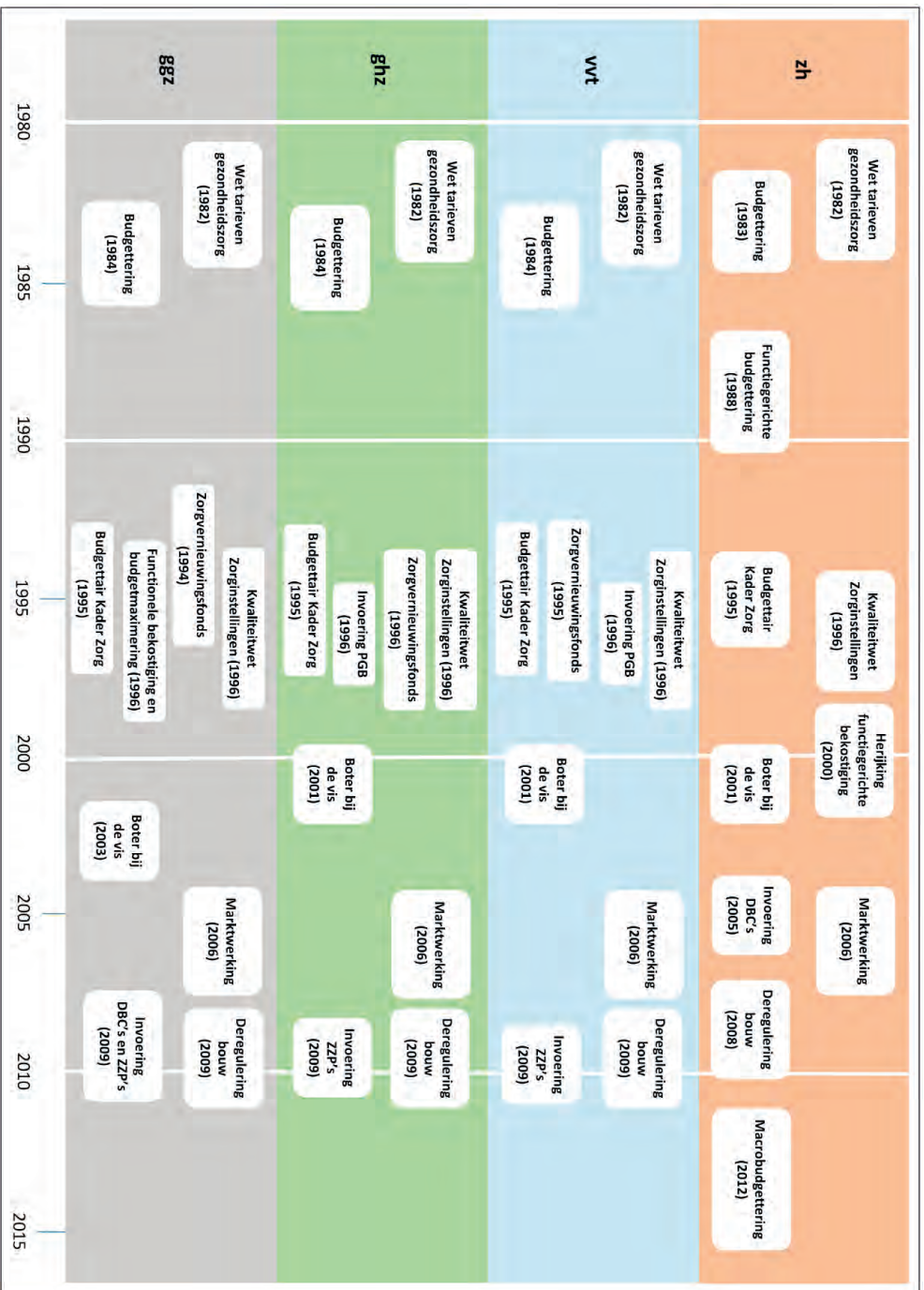
In aansluiting op de informatievoorziening over de kwaliteit door het Kwaliteitsinstituut wil de minister een zorgbreed informatiestelsel realiseren (Ministerie van VWS, 2013).

Dit informatiesysteem moet zich concentreren op data van 'publiek belang', die het individueel belang van een cliënt, instelling of bedrijf overstijgen. Het gaat hier dan vooral om optellingen, vergelijkingen, sectorale overzichten en onderzoeksinformatie. Deze gegevens zouden niet alleen gebruikt kunnen worden door patiënten (om prestaties van zorginstellingen te vergelijken), verzekeraars en instellingen (om contracten te sluiten) en de IGZ (om toezicht te houden), maar ook door beleidsmakers (om effecten van voorgenomen en ingevoerd beleid in te schatten), onderzoekers (voor trendanalyses en het op scherp stellen van nieuwe onderzoeksprogramma's) en ondernemers (voor het ontwikkelen van nieuwe zorg- en behandelconcepten). Om het zorgbrede informatiesysteem van de grond te krijgen, wordt in 2014 het zogenoemde Informatieberaad in het leven geroepen: een door VWS georganiseerd bestuurlijk overleg met (publieke en private) spelers in de zorg. Doel van dit overleg is stap voor stap meer samenhang in de zorgbrede informatievoorziening te realiseren.

Zorghervormingen in beeld In figuur 6-1 zijn de belangrijkste beleidsingrepen in de verschillende zorgsectoren schematisch weergegeven. Uit de figuur blijkt dat de meeste maatregelen voor alle zorgsectoren tegelijk gelden, al vindt de invoering in de ene sector soms iets eerder plaats dan in de andere. Zo wordt het Zorgvernieuwingsfonds in de ggz al in 1994 ingesteld, terwijl dit in de vvt een jaar later gebeurt en in de ghz pas in 1996. Overigens worden maatregelen vaak niet in één keer ingevoerd, maar gefaseerd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de invoering van de DBC's.

Met de term 'marktwerking' wordt kortheidshalve verwezen naar de drie wetten die aan de basis liggen van de introductie van gereguleerde marktwerking en die alle drie in 2006 van kracht worden: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Figuur 6-1 Schematisch overzicht van de belangrijkste beleidsingrepen in de zorg, 1980-2013

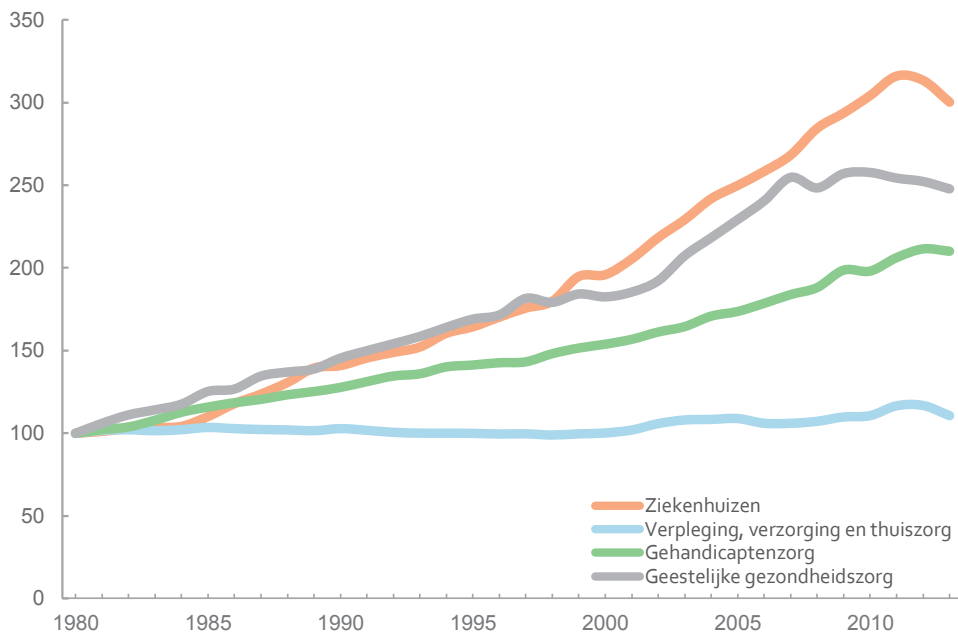


6.2 Sectorcijfers in vergelijkend perspectief

Ontwikkeling productie

Figuur 6-2 brengt de ontwikkeling van de productie van de verschillende sectoren in beeld. De daarvoor gebruikte cijfers zijn afgeleid uit gegevens over aantallen opnames, verpleeg- en zorgdagen en behandelingen. Details over de constructie van de verschillende indices zijn te vinden in de voorgaande hoofdstukken.

Figuur 6-2 Ontwikkeling productie zorg, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Figuur 6-2 laat zien dat de patronen van productieontwikkeling in de verschillende zorgsectoren nogal uiteenlopen. Ziekenhuizen, ghz en de ggz zijn duidelijk groeisectoren. De groei van de vvt-sector is zeer bescheiden geweest, vooral als gevolg van de sterke daling in de aanvankelijk omvangrijke groep verzorging (zvp 1-4). De groei in de verpleging (zvp > 4) en de thuiszorg is wel substantieel geweest. Dit is een opvallend gegeven, vooral gezien de toename van het aantal ouderen in de Nederlandse bevolking.

De productie van ziekenhuizen neemt tussen 1980 en 2013 met een factor 3,5 toe. Deze sterk gestegen productie reflecteert de groeiende zorgvraag door demografische ontwikkelingen (vergrijzing), gestegen welvaart (meer geld voor gezondheid) en de medisch-technologische vooruitgang (uitbreiding behandelmogelijkheden).

De productie van de ghz verdubbelt in de onderzoeksperiode. Deze groei wordt veroorzaakt door een samenspel van factoren, zoals de toelating van mensen met lichtere verstandelijke handicaps tot de zorg, de verbetering en uitbreiding van de AWBZ-zorg, de verbetering van de diagnostiek en de hogere eisen die de maatschappij aan het functioneren van burgers stelt. Ook de toegenomen levensverwachting van gehandicapten is van invloed.

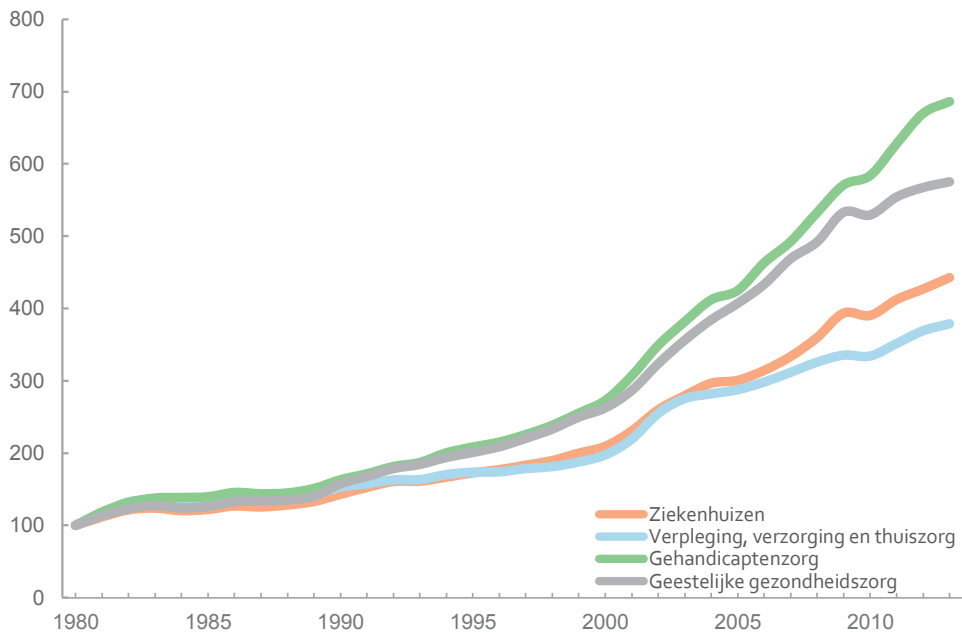
De productie van de ggz-sector groeit met een factor 2,5. Een belangrijke oorzaak hiervoor is de verhoogde toegankelijkheid van de sector. Het Ministerie van VWS en brancheverenigingen voeren actief beleid om de ggz toegankelijker te maken. Daarnaast spelen veranderingen in de samenleving een belangrijke rol. Zo is de maatschappij steeds complexer geworden en wordt er steeds meer geestelijke arbeid verricht, waardoor mensen eerder belemmeringen ondervinden van psychische problemen.

De beperkte productiegroei in de vvt-sector is vooral een gevolg van het gevoerde restrictieve beleid en de veel hogere eigen bijdragen. De aanspraken zijn in de loop van de tijd drastisch verminderd. Een enkel voorbeeld ter illustratie: in 1980 krijgt een kraamvrouw tien dagen kraamzorg, terwijl in 2013 de aanspraak nog maar zes dagen is. In 1983 is de maximale eigen bijdrage voor een opname in een verpleeghuis 613 euro (1.350 gulden) per maand. Dit geldt bovendien alleen voor verpleeghuisbewoners die geen partner (in verpleeghuis) hebben. Woont de partner nog thuis dan betaalt men slechts een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van 81 euro per maand (180 gulden). In 2015 is de maximale eigen bijdrage opgelopen tot ruim 2.248 euro per maand. Daarnaast leidt de extramuralisering van de verpleging en verzorging ertoe dat ouderen tegenwoordig minder zorg krijgen dan in 1980. In de nieuwe Wlz wordt ook expliciet gewezen op de belangrijke rol van de omgeving van een hulpbehoevende in de verzorging.

Ontwikkeling kosten

Uit figuur 6-3 blijkt dat tussen 1980 en 2013 in alle zorgsectoren sprake is geweest van een stijging van de kosten. Deels is deze groei toe te schrijven aan de prijsontwikkeling en voor een ander belangrijk deel aan de ontwikkeling van de productie.

Figuur 6-3 Ontwikkeling kosten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980=100)



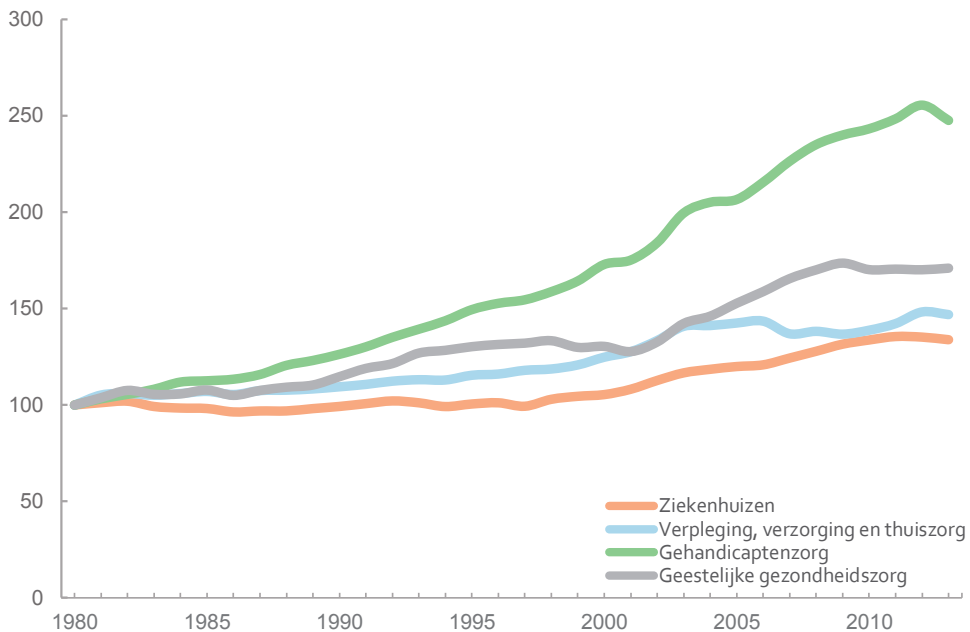
Kosten 1980 (× miljoen euro): zh 5.679; vvt 4.617; ghz 1.190; ggz 980.

Uit figuur 6-3 blijkt dat de ghz de snelst groeiende kosten kent, gevolgd door de ggz. De kosten van de ghz groeien met een factor 7 tussen 1980 en 2013. Voor de ggz geldt een groeifactor van bijna 6. De ziekenhuizen met een factor van 4,4 en de vvt-sector met een factor 3,8 blijven hier ruim achter. De relatief geringe kostenstijging van de ziekenhuizen is opvallend, omdat in deze sector, zoals bleek uit figuur 6-2, wel de grootste productiegroei plaatsvindt. Dit is deels het gevolg van een geringer effect van de prijsontwikkeling, omdat bij ziekenhuizen sprake is van relatief veel kapitaal dat weinig in prijs stijgt. Voor een ander deel is dit te danken aan de hogere productiviteitsgroei in de ziekenhuissector. Op beide ontwikkelingen wordt hierna nog ingegaan.

Ontwikkeling personeelsinzet

De kosten van de zorg bestaan voor een groot deel uit personeelskosten. In de ontwikkelingen van de personeelsinzet in de verschillende zorgsectoren komen dan ook deels dezelfde patronen terug als in de kostenontwikkelingen. Dit blijkt uit figuur 6-4, waarin de ontwikkelingen in het aantal voltijdbanen (gecorrigeerd voor arbeidsduurverkorting) zijn weergegeven.

Figuur 6-4 Ontwikkeling volume personeel, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

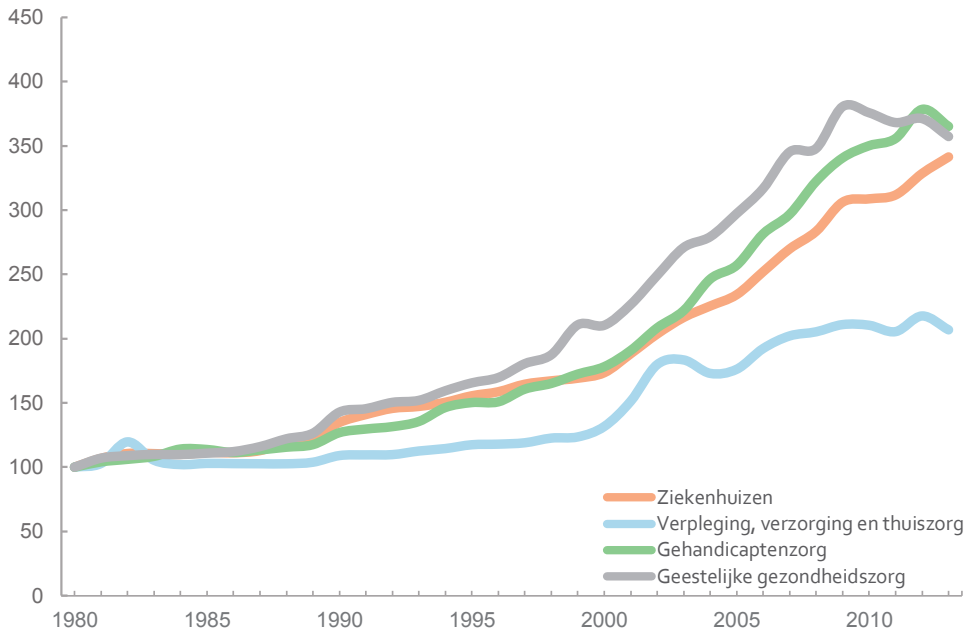


Uit figuur 6-4 blijkt dat de sterkste groei zich voordoet in de ghz (factor 2,5). De ontwikkelingen van het personeelsvolume in de andere sectoren liggen dicht bij elkaar. De groeifactoren variëren daar tussen de 1,3 en 1,7. Het personeelsvolume in de ziekenhuizen groeit in de periode 1980-2013 met gemiddeld slechts 0,9 procent per jaar.

Ontwikkeling materiaalvolume

Figuur 6-5 geeft de ontwikkeling van het volume van materiaal weer. De figuur laat zien dat er een duidelijke verschuiving in de allocatie van middelen optreedt. De groeifactoren van het volume van materiaal liggen aanzienlijk hoger dan van personeel. Zo groeit de inzet van materiaal in de ziekenhuizen, ghz en ggz met een factor van ongeveer 3,5. Alleen in de vvt-sector is de groeifactor lager, maar ook hier is nog sprake van een verdubbeling. Outsourcing, inhuur van tijdelijk personeel en een toename van het medicijngebruik zijn de belangrijkste verklaringen voor deze verschuiving. Hieraan liggen technologische veranderingen ten grondslag, maar ook is sprake van economische rationaliteit. De prijs van materiaal stijgt namelijk minder dan die van personeel, waardoor er prikkels voor substitutie ontstaan.

Figuur 6-5 Ontwikkeling materiaalvolume, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

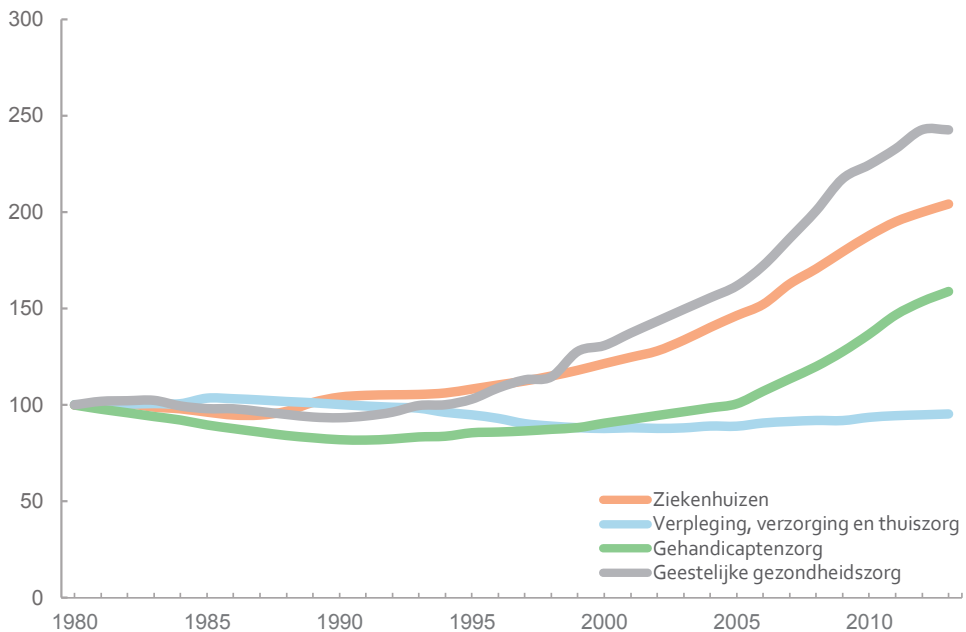


Ontwikkeling kapitaalvolume

In figuur 6-6 worden de ontwikkelingen van het kapitaalvolume in de verschillende zorgsectoren in beeld gebracht. De figuur laat een interessant patroon zien. In alle sectoren is een patroon zichtbaar van daling of geringe groei van de inzet van kapitaal tot aan 1995. Met uitzondering van de vvt-sector begint na 1995 de inzet van kapitaal fors te groeien. Uiteindelijk gebruikt de ggz 2,4 keer zo veel kapitaal als in 1980. Voor de ziekenhuizen geldt een groeifactor van 2,0 en voor de ghz van 1,6.

De jaren tachtig kenmerken zich door bezuinigingen. De eenvoudigste manier van bezuinigen is het uitstellen van investeringen. Dat is op grote schaal gedaan. Het mes snijdt op dat moment aan twee kanten, omdat in die periode de rente ook relatief hoog is. Eind jaren negentig – de jaren van overvloed ten tijde van het tweede paarse kabinet – gebeurt precies het tegenovergestelde. Er wordt ruim geïnvesteerd. In de nieuwe eeuw geldt bovendien dat de rente relatief laag is. Bovendien ontstaat in deze periode meer vrijheid voor instellingen om zelf om hun kapitaalinzet te bepalen. Ook technologische ontwikkelingen zijn waarschijnlijk debet aan de gesignaleerde ontwikkeling. Ziekenhuizen krijgen steeds meer de beschikking over kostbare apparatuur voor behandelingen en diagnostiek.

Figuur 6-6 Ontwikkeling kapitaalvolume, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)

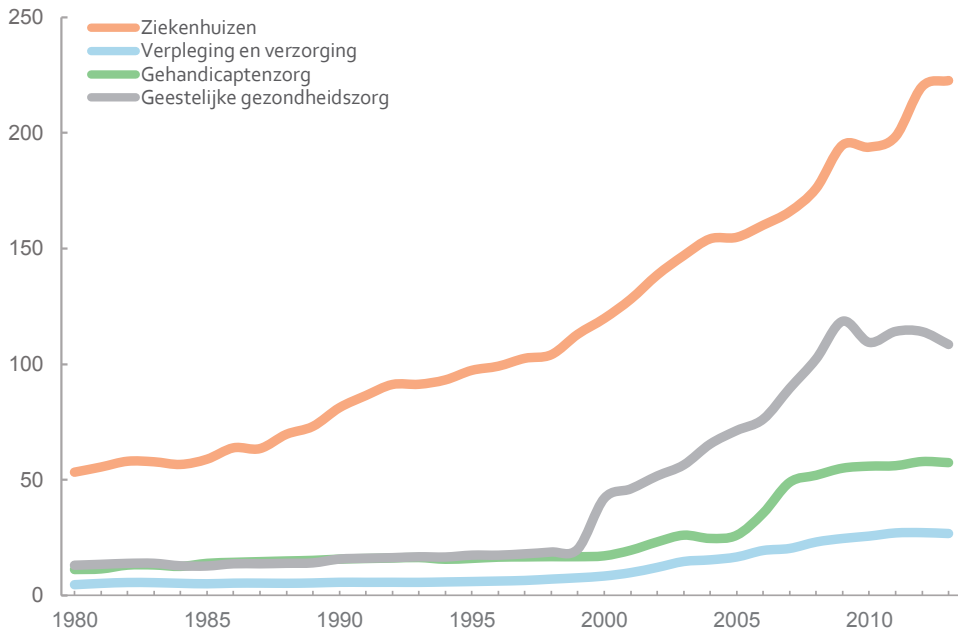


Ontwikkeling schaalgrootte

Figuur 6-7 laat de ontwikkeling van de gemiddelde schaal zien in de verschillende sectoren, uitgedrukt in de kosten per instelling (in constante prijzen van 2013). In alle onderzochte zorgsectoren is, zoals blijkt uit figuur 6-7, sprake van een aanzienlijke schaalvergroting. Ziekenhuizen groeien in die periode van ongeveer 50 miljoen euro naar 220 miljoen euro. Deze sector is relatief niet eens de snelste groeier. Zo groeit de ggz van 14 naar 108 miljoen euro. Dit is bijna een verachtvoudiging. Ook in de ghz en de verpleging en verzorging (exclusief thuiszorg) groeien de instellingen fors. In beide sectoren is sprake van een verviervoudiging van de schaalgrootte.

De achtergronden van deze groei zijn niet altijd even eenduidig aan te geven. De toename van de omvang van een gemiddeld ziekenhuis wordt tot 2000 waarschijnlijk grotendeels gedreven door de zogenoemde fusiebonus. De in deze periode gehanteerde bekostigingssystematiek bevoordeelt grote ziekenhuizen, die voor dezelfde behandeling een hogere vergoeding krijgen dan een klein ziekenhuis. In de jaren daarna leiden marktprikkels tot een drang naar meer marktmacht en tot een sterke impuls voor schaalvergroting. Dit geldt niet alleen voor de ziekenhuizen, maar zeker ook voor de verpleging en verzorging.

Figuur 6-7 Schaal instellingen in kosten (in constante prijzen van 2013), 1980-2013



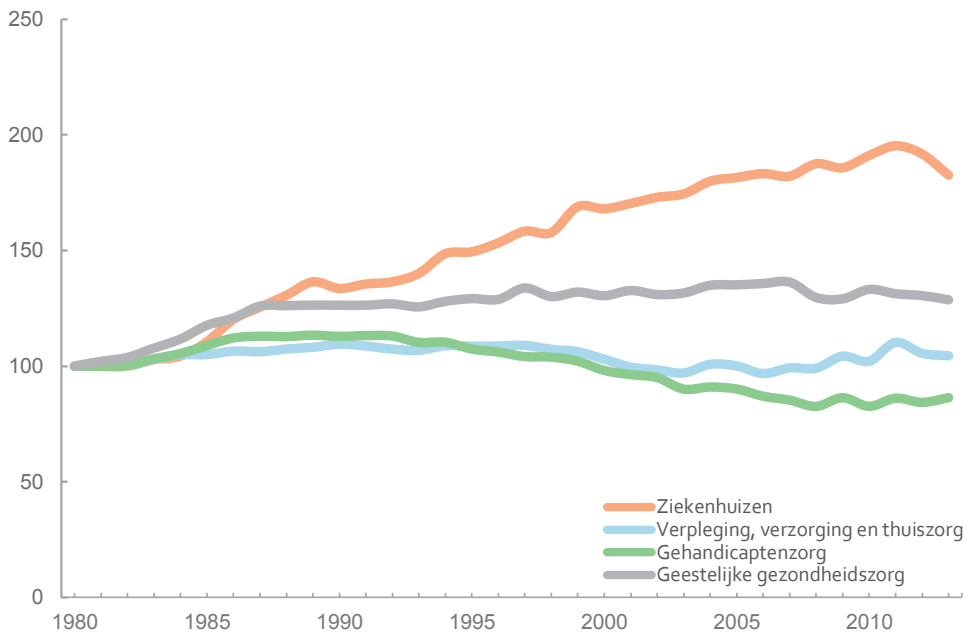
Een belangrijke impuls gaat ook uit van het beleid van ontschotting, waardoor het doelmatig lijkt het aanbod van verschillende typen zorg onder één dak te brengen. De ontschotting speelt vooral een rol in de vvt-sector, de ggz en de ghz. De schaalvergroting in de zorg blijkt overigens te passen in een algemeen beeld over schaalvergroting in de publieke sector (zie bijvoorbeeld Blank, 2015; Blank en Van Heezik, 2015). Opvallend is overigens dat de schaalvergroting bij huisartsen – die vanwege een gebrek aan gegevens hier niet aan bod komt – heel beperkt blijft in de onderzoeksperiode (Blank, 2015: p.71).

6.3 Beleid en productiviteit

Ontwikkelingen in de tijd

Figuur 6-8 presenteert de ontwikkelingen in de productiviteit van de zorgsectoren sinds 1980. De productiviteit weerspiegelt de geleverde productie per ingezette euro, waarbij het cijfer gecorrigeerd is voor de ontwikkeling van de prijzen. De productie is, zoals eerder aangegeven, een gewogen maat van verschillende productindicatoren. Daarnaast is bij de schattingen, waar mogelijk, rekening gehouden met de case mix (als maat voor de kwaliteit).

Figuur 6-8 Ontwikkeling productiviteit, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)



Uit figuur 6-8 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 (+6%) en ghz (-14%) aanzienlijk. De hoge productiviteitsgroei van de ziekenhuizen is vooral een gevolg van belangrijke medisch-technische ontwikkelingen, waardoor de verpleegduur in de loop van de tijd kon afnemen, maar ook door bekostigingsprikkelers die de verkorting van de verpleegduur bevorderden. Technologie speelt in de andere sectoren vanzelfsprekend een minder belangrijke rol.

De beperkte productiviteitsgroei in de andere sectoren is wellicht ook voor een deel toe te schrijven aan een veranderde case mix. In de verpleging en verzorging blijven door de extramuralisering de relatief zwaardere patiënten over. Er zit in de berekening wel een correctie voor verschuivingen in de case mix, maar de vraag is of die de verschuivingen voldoende adequaat meet. Verder geldt dat er in de loop van de jaren in alle zorgsectoren in meer of mindere mate sprake is van kwaliteitsverbetering. Deze verbetering komt niet tot uitdrukking in de cijfers. Dit betekent dat de gepresenteerde productiviteitscijfers van de nodige kanttekeningen zijn te voorzien. Hierop wordt later nog teruggekomen.

Ontwikkelingen per sturingsvariabele: een integrale benadering

Nu de belangrijkste ontwikkelingen in de relatie tussen productiviteit en beleid in de verschillende sectoren naast elkaar zijn geplaatst, kan vervolgens worden bekeken of er tussen de verschillende sectoren parallellen zijn te trekken voor de effecten van de gebruikte instrumenten op de productiviteitsontwikkeling. Dit gebeurt aan de hand van een integrale productiviteitsanalyse over alle sectoren. Uitspraken over de resultaten moeten dan ook als zodanig worden geïnterpreteerd. Het gaat erom te toetsen of bepaalde beleidsinstrumenten een generieke werking hebben. Het kan dus goed zijn dat bijvoorbeeld gereguleerde marktwerking in de thuiszorg geen effect heeft en in de ziekenhuiszorg wel; in dat geval wordt marktwerking als generiek instrument verworpen.

De integrale analyse is als volgt opgebouwd. Voor iedere zorgsector is over de periode 1980-2013 de productiviteit berekend. Hieruit is voor ieder jaar de verandering van de productiviteit af te leiden. Deze groeifactor fungeert als afhankelijke variabele in de analyse.

Elke sector is in de loop van de tijd in meer of mindere mate geconfronteerd met vergelijkbare beleidsveranderingen, zoals de invoering van de budgettering, de introductie van elementen van gereguleerde marktwerking en de deregulering van de bouw. Daarnaast kennen de sectoren ieder een eigen ontwikkeling in de productie. De invloed van de productiegroei wordt als een afzonderlijke (controle)variabele meegenomen, evenals de groei van de gemiddelde schaal. Deze set van variabelen vormt gezamenlijk de verklarende variabelen in het te toetsen model. De invulling van de variabelen in het model is in tabel 6-1 samengevat.

De meeste beleidsinstrumenten worden als een 0-1 (of dummy) variabele gepresenteerd: het instrument wordt wel of niet ingezet. Bij een paar instrumenten wordt de toepassing iets nauwkeuriger weergegeven. Dat geldt bijvoorbeeld voor de gereguleerde marktwerking in de ziekenhuissector. In dit onderzoek is als criterium voor marktwerking aangehouden, of het mogelijk is over prijzen te onderhandelen. Bij de ziekenhuizen is dat aanvankelijk nog maar in beperkte mate het geval. In 2005 betreft dit 10 procent van de markt (uitgedrukt in kosten), in de jaren daarna wordt dit stapsgewijs opgevoerd tot 70 procent van de markt in 2013. Aan de hand van deze percentages wordt de mate van (gereguleerde) marktwerking in de ziekenhuissector vastgesteld.

Overigens geldt de gefaseerde invoering voor alle beleidsinstrumenten en alle sectoren. Iedere verandering vindt in fases plaats en geldt dikwijls maar voor een deel van een voorziening. Veelal ontbreekt echter de informatie om een correct aandeel vast te stellen. Daardoor is waarschijnlijk sprake van een aantal flinke meetfouten.

Tabel 6-1 Lijst van variabelen in integrale analyse

variabele	omschrijving	sector	periode	meeteenheid ^a
productiviteitsgroei	relatieve verandering van de productiviteit van jaar op jaar	alle		
budgettering	mate van budgettering	zh	1983-1988	aandeel alg. zh
			1989-1996	aandeel alg. zh + spec.
			1997-2000	1
			2005-2007	0,90
			2008	0,80
			2009-2011	0,66
		vvt	1984-2000	1
			2005-2013	1
		ghz	1985-2000,	1
			2005-2013	1
		ggz	1984-2000,	1
2005-2013	1			
marktwerking	mate van gereguleerde marktwerking	zh	2005-2007	0,10
			2008	0,20
			2009-2011	0,34
			2012-2013	0,70
		vvt	1980-1984	aandeel verzorging
			1994-2003	aandeel thuiszorg
		ghz	2010-2013	1
			2010-2013	1
ggz	2010-2013	1		
	2010-2013	1		
deregulering bouw	beëindiging rijksregulering vastgoed zorginstellingen (bouwregime)	zh	2008-2013	dummy
			2008-2013	dummy
		vvt	1980-2001,	aandeel verzorging
			2009-2013	1
		ghz	2009-2013	1
ggz	2009-2013	1		
productiegroei	relatieve groei van de per sector berekende productie-index	alle		
groei schaal	relatieve groei van de gemiddelde kosten per instelling (constante prijzen)	alle		

^a In niet-genoemde periodes geldt dat de waarde gelijk is aan 1.

Voor iedere sector wordt vervolgens een wiskundige vergelijking opgesteld waarin de relatie tussen de productiviteitsgroei en de verklarende variabelen wordt vastgelegd.

Deze set van vergelijkingen wordt ten slotte simultaan geschat op basis van de beschikbare gegevens. Er zijn verschillende sets van verklarende variabelen gehanteerd om te kijken welke tot de beste schattingen leiden. Ook zijn verschillende zogenoemde diagnostische toetsen berekend om de schattingsresultaten op hun merites te beoordelen. Daarbij is het belangrijk het verschil te onderscheiden tussen incidentele en structurele effecten. In het geval van een incidenteel effect leidt het beleidsinstrument tot een eenmalige verbetering (of verslechtering) van de productiviteit. Bij een structureel effect heeft het beleidsinstrument een permanente invloed op de productiviteitsgroei.

Naast deze variabelen is voor iedere sector een sectorspecifieke constante geschat. Deze geeft de gemiddelde groei van de productiviteit weer nadat deze is gecontroleerd voor de andere factoren. In feite gaat het hier om de autonome groei. Er wordt een specifieke constante geschat omdat iedere sector, gegeven de aard van de zorg, zijn eigen mogelijkheden heeft voor productiviteitsverbetering. Het is wellicht zo dat een ziekenhuis wat technische mogelijkheden betreft sterk afwijkt van een vvt-instelling. De schattingsresultaten staan vermeld in tabel 6-2.

Tabel 6-2 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

De schattingen van de verschillende modellen, waarbij gevarieerd is met de opgenomen variabelen, leveren een weinig consistent beeld op. Tekens en (overwegend lage) significanties springen alle kanten op. De verklaarde varianties zijn laag, wellicht met uitzondering van de vergelijking voor ziekenhuizen (45%). De verklaarde varianties voor de overige sectoren bedragen respectievelijk 20 procent (vvt), 19 procent (ghz) en 26 procent (ggz). Het meest robuuste beeld volgt uit de in tabel 6-2 gepresenteerde schattingen.

Uit tabel 6-2 blijkt dat vooral de groei van de productie een positief effect op de productiviteitsgroei heeft. Dit duidt op het na-ijlen van de inzet van middelen op de productie, waardoor tijdelijk hoge bezettingsgraden ontstaan en dus een hogere productiviteitsgroei. Het effect van de budgettering is tamelijk robuust. Het incidentele effect is positief. Dit duidt erop dat er in een regime van budgettering een prikkel is om relatief doelmatiger te werken. Met andere woorden: er is een eenmalig positief effect op de productiviteit. Het structurele effect is daarentegen negatief. Dit wijst erop dat de budgettering de productiviteitsgroei structureel blijkt af te remmen. Budgettering leidt dus tot weinig dynamiek en innovaties in de sector. Van de gereguleerde marktwerking is geen significant (generiek) effect aan te tonen, incidenteel noch structureel.

Het effect van de deregulering bouw is niet vast te stellen omdat de invoering hiervan nagenoeg parallel loopt met de invoering van de gereguleerde marktwerking. Het effect van veranderingen in de schaal is eveneens niet vast te stellen. Het gehele proces van schaalvergroting in de zorg verloopt in de onderzoeksperiode tamelijk sluiserend. Er is namelijk geen beleidshervorming geweest die binnen een paar jaar heeft geleid tot een drastische vermindering van het aantal instellingen, zoals in het middelbaar beroepsonderwijs (Blank en Van Heezik, 2015: p. 130). Wellicht hangt dit samen met het ontbreken van expliciet beleid om de schaal te vergroten. Hierdoor zijn mogelijk positieve of negatieve effecten van schaalvergroting 'verscholen' in de autonome ontwikkeling. Uit microanalyses blijkt echter dat er wel degelijk schaaffecten zijn opgetreden. Zo worden de meeste ziekenhuizen in de loop van de tijd groter dan de zogenoemde optimale schaal (Van Hulst, 2016; Blank et al., 2011).

Uit het voorgaande zijn de volgende conclusies te trekken. Verreweg de betrouwbaarste invloed is afkomstig van de productiegroei. Dit geeft aan dat wanneer instellingen in een situatie terechtkomen waarin zij worden gedwongen om de productiviteit te verhogen, dit dan ook gebeurt. Bestaande capaciteiten worden beter benut en personeel efficiënter ingezet. Van budgettering is niet veel meer effect te verwachten dan een eenmalige verbetering van de productiviteit. Blijkbaar dwingt budgettering instellingen om er een meer gelijkvormige bedrijfsvoering op na te houden en leidt het niet tot een aanhoudende verbetering van de productiviteit. De introductie van gereguleerde marktwerking lijkt zelfs helemaal geen effect te hebben op de productiviteit in de zorg. Met de beschikbare gegevens is dat althans niet te traceren. Hetzelfde geldt voor de schaalvergroting en deregulering van de bouw.

Er vinden in de loop van de tijd veel beleidswijzigingen plaats die sturen op de vraag. Het lijkt er sterk op dat juist deze beïnvloeding van de vraag effecten heeft op de productiviteitsgroei. De sturing van de vraag is uiteraard geen beleidsinstrument om de productiviteit te sturen, maar vindt bijvoorbeeld plaats om de kosten te beheersen. Het effect op de productiviteit is een bijverschijnsel. Het ziet er dus naar uit dat, wellicht met uitzondering van de budgettering, weinig is te verwachten van de instrumenten die rechtstreeks de productiviteit zouden kunnen beïnvloeden. Drie van de vier sectoren

laten dan ook een matige productiviteitsgroei zien. Vanaf eind jaren negentig is in de ghz zelfs een negatieve groei waar te nemen. De ziekenhuissector vormt hierop een uitzondering. Het betreft hier echter een sector waar dit, vanwege de hoge graad van technologische innovatie, te verwachten is.

Bij voorgaande conclusies is het goed te realiseren dat zij gebaseerd zijn op de uitkomsten van een tijdreeksanalyse. Beleidsveranderingen zijn in deze analyse gekoppeld aan bepaalde periodes. In elke periode kunnen ook nog andere veranderingen een rol spelen waardoor de geschatte effecten worden beïnvloed (het zogenoemde 'weggelaten variabelenprobleem'). Verder is van belang dat het hier gaat om een generieke toetsing van de verschillende beleidsinstrumenten over de verschillende sectoren. Dat zegt nog niets over de mogelijke werking van een instrument in een specifieke sector of zelfs deelsector. Een ander niet te veronachtzamen aspect is dat de beleidsmaatregelen zelden rigoureuus zijn ingevoerd. In bijna alle gevallen is sprake geweest van een gedeeltelijke en gefaseerde invoering. Dit geldt in het bijzonder voor de introductie van gereguleerde marktwerking. Bovendien gaat het om verschillende aspecten van marktwerking. Nergens is sprake van 'echte' marktwerking. Zoals hiervoor aangegeven, is in dit onderzoek als criterium voor marktwerking aangehouden of er over prijzen onderhandeld kan worden. Marktwerking gaat uiteraard ook over zaken als vrije hoeveelheden van productie, de mogelijkheid van vrije toetreding en voldoende concurrentie. Deze aspecten worden echter niet meegewogen. Dat er geen effect is gevonden, betekent dus niet dat marktwerking in algemene zin geen effect heeft op de productiviteit. Het is dan ook van belang met aanvullend kwalitatief onderzoek en empirisch micro-onderzoek meer zicht te krijgen op de achtergronden van de gevonden ontwikkelingen.

Bovendien zijn de conclusies conditioneel op de geleverde kwaliteit. De volgende paragraaf gaat dieper in op de relatie tussen kwaliteit en productiviteit.

6.4 Kwaliteit en productiviteit

Is de relatie tussen beleid en productiviteit vaak al moeilijk vast te stellen, nog veel lastiger is het een oordeel te vellen over de samenhang tussen kwaliteit en productiviteit. Zoals in de inleiding al is aangegeven, is het door de gebrekkige gegevens over de kwaliteit van de zorg, zeker op de lange termijn, niet mogelijk geweest om veranderingen in de kwaliteit te kwantificeren en in de productiecijfers te verdisconteren. Daardoor kan er sprake zijn van een vertekend beeld van de productiviteitsontwikkeling. Om een indicatie te krijgen van de mate van vertekening is, voornamelijk door middel van literatuurstudie, geprobeerd enkele lijnen te schetsen waarmee de ontwikkeling van de kwaliteit in de zorg enigszins kan worden geduid.

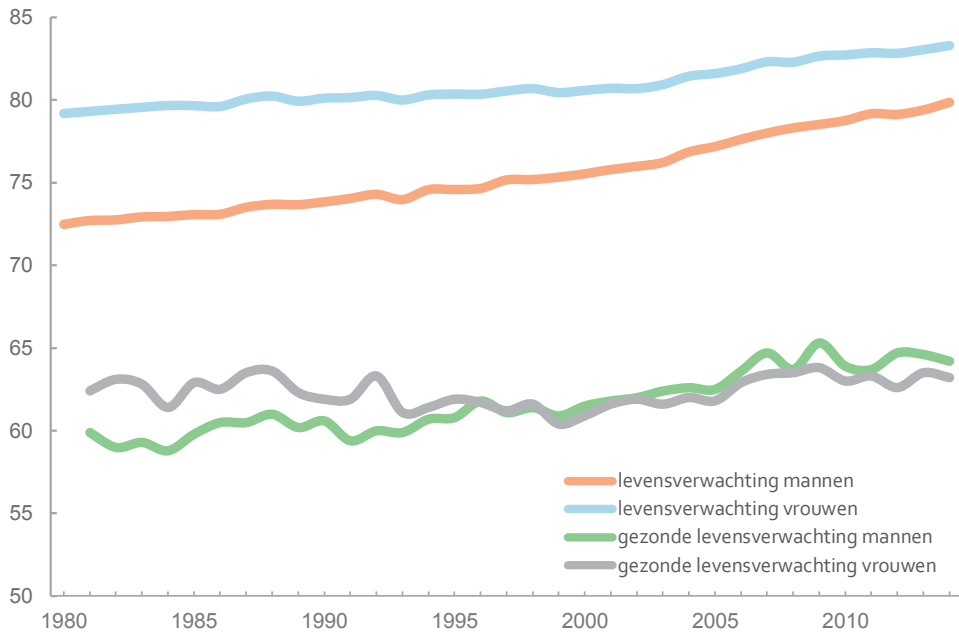
Het algemene beeld dat daaruit naar voren komt is dat er de afgelopen decennia steeds meer belangstelling is voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. En vooral sinds

de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen in 1996 wordt er ook hard gewerkt om deze kwaliteitsverbeteringen te realiseren. Of deze inspanningen ook effect sorteren, is echter moeilijk te zeggen. Niet alleen omdat de kwaliteitsgegevens vóór 1996 in veel gevallen ontbreken en er dus geen vergelijking mogelijk is, maar ook omdat het heel lastig blijkt adequate kwaliteitsindicatoren vast te stellen. Ondanks jarenlange pogingen om de kwaliteit van de zorg in kaart te brengen, slagen de meeste sectoren er niet in eenduidige kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, waardoor er geen goed inzicht is in de kwaliteit(sontwikkeling) van de zorg. Een situatie die in 2011 ook door de minister van VWS wordt vastgesteld. Om daar verandering in te brengen besluit zij onder andere tot de oprichting van het Kwaliteitsinstituut en (in 2013) tot de realisatie van een zorgbreed informatiestelsel.

Ondanks het gebrek aan sectorspecifieke kwaliteitsgegevens, lijkt er over het algemeen toch wel sprake van een kwaliteitsverbetering. Een belangrijke aanwijzing daarvoor kan worden gevonden in de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de Nederlandse burgers. Afgaande op de ontwikkeling van een veelgebruikte indicator van de gezondheidstoestand van de bevolking, de levensverwachting (zie figuur 6-9), zou de conclusie kunnen zijn dat de kwaliteit van de zorg in de loop der jaren verbetert. De levensverwachting van de Nederlanders neemt immers sinds 1980 aanzienlijk toe. Hierbij moet echter meteen de kanttekening worden geplaatst dat de gezonde levensverwachting tussen 1980 en 2013 slechts een zeer bescheiden groei kent. Bovendien is de gestegen levensverwachting niet alleen te danken aan verbeteringen in de kwaliteit van de zorg. Ook veranderingen in bijvoorbeeld leefstijl, werkomstandigheden, preventie spelen een belangrijke rol. Niettemin is de bijdrage van de gezondheidszorg aanzienlijk. Geschat wordt dat de toename van de levensverwachting tussen 1950 en 1990 voor zeker de helft aan verbeteringen in de zorg is toe te schrijven. In de periode daarna, en dan vooral na 2000, neemt de invloed hiervan nog verder toe (Boot 2013).

Dit effect is voor een groot deel te danken aan de medisch-technologische vooruitgang, die vooral in de ziekenhuiszorg in grote prestatieverbeteringen resulteert. Dit zien we bijvoorbeeld terug in de gestegen overlevingskansen van kankerpatiënten vanaf eind jaren tachtig en in de daling van 30-dagensterfte cijfers van patiënten met acute aandoeningen (hartinfarct of beroerte) sinds 2000.

Figuur 6-9 Levensverwachting Nederlanders, 1980-2013



In de andere zorgsectoren is de bijdrage aan de hogere levensverwachting minder evident. Wel zijn er enkele aanwijzingen dat de kwaliteit van de zorg ook in deze sectoren in verschillende opzichten is verbeterd. Zo is de prevalentie van decubitus onder cliënten van de vvt-sector sinds 1998 flink afgenomen. Ook bij de prevalentie van enkele andere zorgproblemen die zich met name in de vvt-sector voordoen (zoals ondervoeding, smetten) is een dalende trend waar te nemen. Bovendien vindt sinds 1996 een versnelde afbouw van het aantal meerpersoonskamers (kamers voor meer dan twee personen) plaats, waardoor de kwaliteit van leven voor veel bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen verbetert. Na de eeuwwisseling wordt ook in de ghz en de ggz beleid ingezet om de kwaliteit van de huisvesting van (grootschalige) instellingen te verbeteren. Tegelijkertijd worden ook andere maatregelen getroffen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zo wordt in de ggz in het afgelopen decennium veel werk gemaakt van het terugdringen van dwang en drang, wat onder andere resulteert in een sterke afname van het aantal separaties.

Een ander aan kwaliteit gerelateerd aspect dat tot vertekening kan leiden, betreft de zorgzwaarte. In de loop van de tijd treden nogal wat veranderingen op in de geïndiceerde hoeveelheid en intensiteit van de zorg. Zo heeft de gemiddelde bewoner in een verzorgingshuis tegenwoordig meer zorg nodig dan enkele decennia geleden, toen veel ouderen vaak ook zonder (grote) gezondheidsproblemen in bejaardenhuizen verbleven. Waar mogelijk hebben we bij de productiemeting wel rekening gehouden met deze veranderingen in de case mix (verhouding 'zware' en 'lichte' patiënten/cliënten),

maar daarmee is waarschijnlijk niet alle heterogeniteit gedekt. In de vvt-sector hante- ren we het aandeel 80-plussers dat in een tehuis verblijft. Hierin treedt in de loop van de tijd een aanzienlijke verschuiving op. Voor de ziekenhuizen wordt een case mix gehan- teerd op basis van het aantal opnamen per diagnosecategorie. Opvallend genoeg treden daarin door de tijd heen nauwelijks wijzigingen op.

Al met al ziet het ernaar uit dat er vooral na de jaren tachtig een flink aantal verbeterin- gen in de kwaliteit van de zorg plaatsvindt. Aangezien deze verbeteringen doorgaans gepaard gaan met een extra inzet van middelen, kan dit betekenen dat de productivi- teitsontwikkeling van de verschillende zorgsectoren in meer of mindere mate is onderschat. In de jaren tachtig is waarschijnlijk het omgekeerde het geval. De producti- viteitsgroei die in deze jaren, vooral als gevolg van de bezuinigingen, plaatsvindt, lijkt vaak ten koste te gaan van de zorgkwaliteit. Doordat dit niet is verdisconteerd in de productie is in deze periode vermoedelijke sprake van een overschatting van de productiviteitsontwikkeling.

6.5 Beschouwingen en conclusies

Dertig jaar zorgbeleid: manoeuvreren tussen kostenbeheersing, kwaliteit en productiviteit

De afgelopen decennia is er voortdurend sprake van ingrepen in de structuur en regelgeving van de zorg. Belangrijkste doel is het beheersen van kosten en tegelijkertijd de kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg te waarborgen. Centraal in het beleid staan budgettering, extramuralisering, ontschotting tussen sectoren en verbetering van de doelmatigheid via allerlei marktprikkels. Veel maatre- gelen grijpen ook rechtstreeks in op de aanspraken op (publieke) zorg. Indicatiestellin- gen worden in de loop van de tijd meerdere malen aangepast, maar ook eigen bijdragen en eigen-risicosystemen beïnvloeden de vraag.

Naast de toegenomen zorgvraag als gevolg van vergrijzing, stijgende welvaart en betere behandelingsmogelijkheden, stelt de burger steeds hogere eisen aan de kwali- teit van de zorg. In reactie hierop worden tal van maatregelen getroffen om de kwaliteit te verbeteren. Zo zijn in de loop van de tijd de privacy en medezeggenschap in tehui- zen, de kwaliteitsnormen en -registraties verbeterd en vooral de prestaties van het medisch-specialistische bedrijf sterk toegenomen. Daartegenover staat dat er regelma- tig ernstige kritiek is op een gebrek aan adequate zorg in verpleeghuizen (pyjama- dagen) of het te vroeg ontslaan van patiënten uit het ziekenhuis. Per saldo zal toch de conclusie moeten zijn dat de kwaliteit van zorg in de loop van de tijd, en dan vooral de laatste twee decennia, grosso modo verbetert. Kwaliteit kost dikwijls extra inzet van middelen. Als aan kwaliteit niet voldoende recht wordt gedaan in analyses zoals deze, dan ontstaat een onderschatting van de feitelijke productiviteit. De inschatting is, op basis van uitgebreid literatuuronderzoek, dat dit het geval is. Over de mate waarin er sprake is van onderschatting is moeilijk een uitspraak te doen.

Met deze notie over onderschatting van de feitelijke productiviteitsgroei in gedachten, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de ziekte van Baumol grotendeels aan de zorg-sector voorbijgaat. Vooral de ziekenhuizen laten een permanente productiviteitsgroei zien. Ook de vvt-sector en de ggz-sector kennen een (bescheiden) positieve productiviteitsontwikkeling. De enige zorgelijke ontwikkeling is te vinden in de ghz-sector.

Beïnvloeding productiviteitsgroei door overheid beperkt

De overwegend positieve productiviteitsontwikkeling in de onderzochte zorgsectoren is echter slechts voor een beperkt deel te danken aan (gericht) overheidsbeleid. De overheidsbeïnvloeding van de productiviteit vindt vooral plaats via ingrepen in de vraag, door aanpassingen van indicatiestellingen, invoering eigen bijdragen en eigen risico. Een ruimere indicatiestelling leidt bijvoorbeeld tot een groei van de vraag en daarmee tot een hogere productie. Dit resulteert in stijgende productiviteit omdat de toegenomen productie in eerste instantie met dezelfde middelen moet worden geleverd.

Ook al hebben dit soort maatregelen (indirect) effect op de productiviteit, vraagbeïnvloeding is natuurlijk geen instrument om de productiviteit te verbeteren. Instrumenten die daar wel voor in aanmerking komen blijken echter weinig of geen invloed uit te oefenen. Budgettering lijkt nog wel enig effect te sorteren. Van gereguleerde marktwerking is de invloed op de productiviteitsontwikkeling vooralsnog niet vast te stellen. Duidelijk is ook dat in de sector waar de hoogste productiviteitswinst is gerealiseerd, de ziekenhuizen, dit vooral is toe te schrijven aan de sterke medisch-technologische ontwikkelingen in deze sector. Wel worden deze ontwikkelingen deels via bekostigingsprikkels gestimuleerd.

Voorts is het van belang op te merken dat kostenbeheersing en productiviteitsverbetering geen synoniemen zijn. Uit het voorgaande wordt juist duidelijk dat wanneer kostenbeheersing wordt nagestreefd via reductie van het productievolume, de beoogde kostenbesparing niet wordt gerealiseerd vanwege de dalende productiviteit.

Budgettering: niet erg effectief

De invloed van de budgettering is zowel positief als negatief. Budgettering draagt bij aan een verbetering van de relatieve doelmatigheid. Instellingen laten ten opzichte van elkaar minder verspilling zien, waardoor eenmalig een positief effect optreedt. Op de lange termijn heeft budgettering een negatief effect op de productiviteitsgroei. Blijkbaar is budgettering geen stimulans om steeds productiever te worden, bijvoorbeeld via allerlei innovaties. Op de korte termijn is er dus wel een effect (de ondoelmattige instellingen worden doelmatiger), maar op de lange termijn niet (de sector als geheel verbetert niet).

Bekostigingssysteem: ziekenhuizen goede prikkels

De relatief hoge productiviteitsgroei in de ziekenhuissector ontstaat vooral door de groeiende technische mogelijkheden, maar ook omdat de overheid de bekostiging zodanig instelt dat ziekenhuizen worden gestimuleerd innovaties door te voeren. Omdat door de jaren heen opnamen en polikliniekbezoeken en recent de DBC's altijd de belangrijkste parameters zijn in de bekostiging van ziekenhuizen, is er altijd een prikkel aanwezig om de verpleegduur te verkorten. Dit heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de productiviteitsgroei. Een dergelijke prikkel ontbreekt in de andere onderzochte sectoren.

Marktwerking: effecten op productiviteit niet zichtbaar

De introductie van gereguleerde marktwerking moest de productiviteit verbeteren. Dit blijkt vooralsnog niet aan te tonen. Overigens is het lastig om het effect van marktwerking (geïsoleerd) vast te stellen. Tijdens de invoering van gereguleerde marktwerking vinden er ook andere beleidswijzigingen plaats, bijvoorbeeld nieuwe productregistratie of vrijere besteding van kapitaal. De marktwerking in de ziekenhuissector lijkt gesmoord door het *Hoofdlijnenakkoord* in 2012, waardoor men in feite terugkeert naar een vorm van budgettering. Er is dan de facto geen sprake meer van marktwerking. In zijn algemeenheid geldt dat er in de Nederlandse zorg geen volwassen vorm van marktwerking bestaat. Allerlei vormen van vergaande regulering ondermijnen een effectieve marktwerking. Ook daarom is het eigenlijk niet mogelijk een duidelijke uitspraak over de effecten van gereguleerde marktwerking te doen.

Schaalvergroting: negatieve effecten

Instellingen in de zorgsector worden in de afgelopen decennia veel groter. De schaal van de ziekenhuizen neemt tussen 1985 en 2013 met ruim een factor 5 toe. Voor een groot deel is dit het gevolg van de vele fusies in de zorg. Er is een aantal belangrijke prikkels aan te wijzen voor schaalvergroting, maar er wordt hier, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in het onderwijs, nooit heel expliciet beleid op gevoerd. In het kader van de extramuralisering verwijdert de overheid een aantal schotten tussen voorzieningen. Hierdoor krijgen instellingen de mogelijkheid om meer verschillende zorgvoorzieningen onder één dak te brengen. Dat gebeurt ook veelvuldig. Deze bundeling van voorzieningen komt vooral voor in de vvt- en de ggz-sector. Ook bestaat er in de ziekenhuissector lange tijd een onbedoelde 'fusiebonus' door een weeffout in de bekostigingssystematiek.

Er zijn studies, gebaseerd op microgegevens, die aantonen dat de schaalvergroting in de loop van de tijd in een aantal sectoren te ver doorschiet. Op basis van de analyses in dit onderzoek is dat niet direct zichtbaar te maken. Waarschijnlijk wordt dat door de

autonome component 'ingevangen'. De schaalvergroting manifesteert zich sluipenderwijs. Zo toont onderzoek aan dat maar liefst 5% van de productiviteitsgroei in de ziekenhuizen tussen 2003 en 2009 verdampt door de schaalvergroting.

Resumé: de sturingsmogelijkheden samengevat

Het verbeteren van de doelmatigheid en productiviteit van de zorg staat de afgelopen decennia steeds hoog op de beleidsagenda. Uit dit onderzoek komt echter naar voren dat de overheid nooit nadrukkelijk inzet op productiviteitsverbetering, al wordt in veel beleidsstukken betoogd dat dit een belangrijke bijdrage kan leveren aan het beheersen van de kostengroei. Ondanks verschillende pogingen om marktprikkels te introduceren en daarmee de productiviteit te stimuleren, slaagt de overheid er lange tijd niet in om dit te realiseren. Het beleid concentreert zich hoofdzakelijk op kostenbeheersing via volumebeheersing. De daarbij toegepaste instrumenten dragen maar weinig bij aan (een structurele) groei van de productiviteit. Hierin treedt echter ook geen verbetering op na de hervorming van het zorgstelsel in 2006, waardoor er uiteindelijk toch een zekere mate van marktwerking in de zorg wordt gerealiseerd. De marktwerking is echter zodanig gereguleerd en gebrekkig dat er geen effect op de productiviteit is vast te stellen. In feite is in alle zorgsectoren sprake van een hybride systeem. Hiervan zijn tal van voorbeelden aanwezig. Zo is er zogenaamd sprake van 'vrije prijzen', terwijl het bijvoorbeeld gaat om heel kleine vrije marges.

Overigens moet hier ook nog worden gewezen op de maatregelen die zijn genomen om substitutie tussen zorgvoorzieningen te realiseren. Dit zou ook moeten bijdragen aan een verbetering van de productiviteit van de zorg vanuit een breder perspectief. In feite geeft het beleid hiermee aan dat patiënten vanwege de verkokering zorg aangeboden krijgen die overbodig duur is. Deze vorm van productiviteitsgroei komt in de hier gepresenteerde cijfers nergens tot uitdrukking. Ten principale zou een dergelijke analyse wel te maken zijn, maar de kwaliteitsdimensie gaat dan een nog grotere rol spelen. Velen zullen een dergelijke substitutie ook interpreteren als kwaliteitsverlies.

Resumerend kan worden vastgesteld dat er vanuit historisch perspectief niet veel valt te zeggen over de mogelijkheden om de productiviteit in de zorg te stimuleren. Duidelijk is wel dat de in het verleden genomen maatregelen betrekkelijk weinig of geen effect sorteren op de productiviteit. Dit zijn dan ook meestal maatregelen die zich niet primair op productiviteitsverbetering richten, maar zich vooral concentreren op het terugdringen van het zorggebruik. Bij de introductie van geregleerde marktwerking is productiviteitsbevordering wel een belangrijk motief. Tot nu toe lijkt echter nog geen sprake van een dergelijke stimulerende werking. Daarmee is overigens niet gezegd dat marktwerking geen mogelijkheden biedt om de productiviteit in de zorg te verhogen. In de huidige hybride vorm lijkt de kans daarop weliswaar klein, maar als er een betere (geregleerde) marktwerking tot stand komt, kunnen de kansen misschien keren. Het is daarom aan te raden via nader kwalitatief en empirisch micro-onderzoek meer zicht te krijgen op de achtergronden van de gevonden ontwikkelingen.

Het is hierbij uiteraard wel van belang acht te slaan op de verschillen tussen de diverse zorgsectoren. Op basis van de productiviteitstrends die in deze studie zijn geschetst is duidelijk, dat de ziekenhuissector vermoedelijk de beste mogelijkheden heeft om de productiviteit verder te verbeteren. Dit vooral dankzij de grote technische mogelijkheden in deze sector, zeker in vergelijking met de andere zorgsectoren. Ook in de nabije toekomst zal dit verschil blijven bestaan en wellicht zelfs nog toenemen, vooral ook door het verschil in typen zorggebruikers. Anders dan in de ziekenhuizen gaat het in de andere zorgsectoren meestal om langdurig zieken, voor wie de zorg een stuk arbeidsintensiever is en techniek een bescheiden rol speelt. Daarnaast kunnen cultuurverschillen van invloed zijn. In de ziekenhuissector is men al sinds jaar en dag gewend met marktprikkels om te gaan. Denk bijvoorbeeld aan de zelfstandige specialisten, maar ook aan de verstrekking van medicijnen. Door al deze factoren zullen de economische gedragsreacties in de ziekenhuissector waarschijnlijk sterk verschillen van de andere sectoren en daardoor ook de mogelijkheden om de productiviteit te stimuleren.

Bijlage A Berekening kapitaalskosten

Deze bijlage bevat een uiteenzetting over de meting van kapitaal. Hier worden als verantwoording de modelbeschrijving en de belangrijkste parameters gegeven. Een uitgebreidere toelichting is te vinden in Blank en Van Heezik (2015).

Het algemene model

Eerst definiëren we hier een aantal variabelen en geven vervolgens met een aantal vergelijkingen aan hoe de verschillende variabelen met elkaar samenhangen.

We beschouwen de periode $t = 1, \dots, T$. We definiëren de volgende variabelen:

K_t	= volumemaat kapitaal op tijdstip t ;
AFS_t	= nominale afschrijvingen op tijdstip t (historische kostprijs);
I_t	= volume investeringen op tijdstip t ;
KI_t	= kosten van investeringen op tijdstip t ;
δ_t	= depreciatie op tijdstip t ;
r_t	= rente op tijdstip t ;
BW_t	= boekwaarde op tijdstip t (historische kostprijs);
$Kkap_t$	= nominale kosten kapitaal;
$Wkap_t$	= prijs van kapitaal;
$WInv_t$	= prijs van investeringen.

Merk op dat alle variabelen een tijdsindex hebben. Dat geldt dus ook voor de depreciatie en de rente. In de praktijk zal, vooral bij de depreciatie, meestal worden uitgegaan van een constante. Overigens zal in de verdere presentatie de tijdsindex worden weggelaten. Alle uitdrukkingen hebben dus betrekking op de hele reeks van waarnemingen. Als een vertraagde waarneming wordt gehanteerd, dan wordt deze aangegeven met $X(-1)$.

De belangrijkste vergelijking is ongetwijfeld de vergelijking die de opbouw van het volume kapitaal in de tijd weergeeft:

$$K = (1 - \delta)K(-1) + I \tag{A-1}$$

Of geformuleerd als:

$$K(-1) = \frac{K-I}{1-\delta} \quad (A-2)$$

Verder geldt:

$$KKap = (r + \delta) \cdot WInv \cdot K \quad (A-3)$$

De kosten van kapitaal zijn dus gelijk aan de som van de depreciatieratio en de rente vermenigvuldigd met de prijs van investeringen en het volume van kapitaal. Belangrijk is op te merken dat de kosten van kapitaal hier in feite worden 'opgeward' naar vervangingswaarde. De eerste twee componenten van (A-3) zijn op te vatten als de prijs van kapitaal:

$$WKap = (r + \delta) \cdot WInv \quad (A-4)$$

Vergelijking (A-1) kan worden gebruikt om vanaf $t = 1$, bij een gegeven startwaarde van het volume van kapitaal en een reeks van het volume van investeringen, een reeks voor het volume van kapitaal te berekenen. Dit is de zogenoemde Perpetuum Inventory Method (PIM). De depreciatieratio moet dan wel bekend zijn. Via vergelijking (A-3) en (A-4) zijn dan de kapitaalkosten en -prijzen af te leiden. Dit zijn dus de kapitaalkosten in nominale termen tegen vervangingswaarde! Hiervoor moeten dus ook nog reeksen voor de rente en voor de prijzen van investeringen beschikbaar zijn. De methode is ook toe te passen als we beschikken over een goede proxy voor het volume van kapitaal op het eindtijdstip. Dan passen we (A-2) toe via backcasting. Deze methode zal veelal de voorkeur hebben boven de eerste.

Merk op dat wanneer er goede gegevens beschikbaar zijn over het volume van kapitaal (bijvoorbeeld vierkante meters gebouwooppervlakte) we alleen (A-3) hoeven toe te passen. In de volgende paragrafen wordt uiteengezet hoe dit model toe te passen, wanneer we een of meerdere gegevens ontberen.

Metten via reeks van afschrijvingen

Indien er geen gegevens beschikbaar zijn over de investeringen, dan is het mogelijk deze reeks te simuleren. Dit gebeurt via de afschrijvingen als volgt:

$$I = \frac{AFS - (1-\delta) \cdot AFS(-1)}{\delta \cdot WInv} \quad (A-5)$$

Vergelijking (A-5) geeft aan dat de investeringen gelijk zijn aan de verandering in de afschrijvingen tussen twee perioden, via de depreciatiefactor 'geüpgraded' naar het volume en gecorrigeerd voor gestegen prijzen van kapitaalgoederen.

Dus als de afschrijvingen bekend zijn, dan is hier het volume van de investeringen te benaderen via (A-5) en vervolgens kunnen de andere variabelen via (A-2) en (A-3) worden berekend.

Het volume kapitaal op het eindtijdstip

Om de reeksen uit (A-3) en (A-4) te kunnen afleiden, is het noodzakelijk te beschikken over een eindwaarde van het volume van kapitaal KT. Hiervoor rekenen we de capaciteit, bijvoorbeeld vierkante meters, om naar (vervangings)waarde kapitaal in basisjaar T, door gebruik te maken van externe informatie over de prijs van een capaciteitsseenheid. Op basis van deze gegevens hebben we een schatting gemaakt van het brutovloeroppervlak en de kapitaalkosten (bouwkosten, kosten inventaris, installaties en dergelijke) van de verschillende zorgsectoren. De uitkomsten hiervan staan in tabel B-1 vermeld. In de tabel staan ook de depreciatieratio's (delta's) vermeld. Om het model te kunnen toepassen, wordt op voorhand een aantal relevante parameters geprikt, die gebaseerd worden op gegevens uit publicaties van het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB), Bouwstenen, Adviescentrum voor Zorghuisvesting (Stichting ACVZ), het Ministerie van VWS en Statline (CBS). De parameters zijn samengevat in tabel B-1.

Startpunt voor de berekening van de inzet van kapitaal is de vervangingswaarde. De vervangingswaarde wordt afgeleid uit het brutovloeroppervlak van het vastgoed in de sector en de kapitaalkosten per m². Van daaruit wordt teruggerekend naar eerdere jaren. Hierin speelt het afschrijvingspercentage een belangrijke rol. Het afschrijvingspercentage is af te leiden uit de verhouding tussen de afschrijvingen in 2013 en de aanschafwaarde in 2013 en wordt constant verondersteld voor de gehele periode (zie laatste kolom tabel B-1). Dit afschrijvingspercentage kan dus per sector verschillen. Dat is sterk afhankelijk van de samenstelling van de kapitaalgoederen (machines versus gebouwen) en bijvoorbeeld de toepassing van versnelde afschrijvingen (zoals vooral in de vvt-sector hebben plaatsgevonden). De uitkomsten van de berekeningen van de vervangingswaarde in 2013 worden ook nog eens gestaafd aan de hand van een aantal jaarverslagen uit 2013, waarin zowel de boekwaarde als de vervangingswaarde wordt vermeld. De verhouding tussen deze twee grootheden (ongeveer een factor 2 in de meeste gevallen) wordt vergeleken met de macrocijfers over boekwaarde (van het CBS) en de hier berekende vervangingswaarde.

De rente wordt gebaseerd op de rente op staatsleningen (jongste tienjarige; bron: DNB) in de periode 1987-2012. Voor de periode vóór 1987 wordt de rente gebaseerd op de rendementen op staatsleningen (bron: CBS, Statline).

Tabel B-1 Gegevens voor berekening kapitaalkosten

zorgsector	bruto vloeroppervlak 2013 (mln m²)	kapitaalkosten per m² in 2013 (euro)	vervangings- waarde 2013 (× miljoen euro)	delta (in %)
ziekenhuizen	6,4	5.000	32.000	5,2
vvt	8,4	2.500	21.000	7,0
ghz	3,9	2.500	9.700	4,5
ggz	2,5	2.500	6.200	4,5

Bijlage B Kostenmodel

Kostenfunctie

Het kostenmodel is gebaseerd op een hybride translog-kostenfunctie. Een translog-specificatie is een zeer flexibele vorm. Dat wil zeggen, dat hiermee een grote baaiert van verschillende vormen van kostenfuncties kan worden gedekt. Er worden dan a priori geen al te rigide beperkingen opgelegd, zoals een constante verhouding tussen ingezette middelen. Er is hier sprake van een hybride vorm, omdat niet alle parameters van het model kunnen worden geschat, vanwege het gebrek aan waarnemingen (zie ook de paragraaf Schattingsmethodiek). Om het aantal te schatten parameters te beperken, is hier een aantal tweede-ordeterminen geschrapt. De tweede-ordeterminen met de prijzen zijn wel verwerkt, omdat deze in een lineaire vorm in de vergelijkingen van de kostenaandelen terugkomen en zonder probleem kunnen worden geschat. Verder bevat de kostenfunctie een term die de groei van de productie meet. Deze term is toegevoegd om productiviteitsverschillen te verwerken die optreden als gevolg van veranderingen in de productie. In feite gaat het hier om een term waarmee de aanpassingsnelheid van de ingezette middelen aan productieveranderingen kan worden berekend. De bijbehorende parameter b_0 is op te vatten als een aanpassingscoëfficiënt. De kostenvergelijking luidt:

$$\ln(C) = \sum_{m=i}^M b_m \ln(y_m) + b_0 \sum_{m=i}^M b_m \ln\left(\frac{y_m}{y_{m(-1)}}\right) + \sum_{n=i}^N c_n \ln(w_n) + \quad (B-1)$$

$$\sum_{n'}^N \sum_{n''}^N c_{nn'} \ln(w_n) \ln(w_{n'}) + struc + \sum_{n=1}^N j_{1n} \cdot jaar \cdot \ln(w_n)$$

waarin:

y_m = productie dienst m ($m = 1, \dots, M$);

$y_{m(-1)}$ = productie dienst m ($m = 1, \dots, M$) in het voorgaande jaar $t - 1$;

w_n = prijs ingezet middel n ($n = 1, \dots, N$);

C = totale kosten;

$struc$ = structuurvariabele:

$$struc = \sum_{p=1}^P [a_p + aa_p * (jaar - T_p)] * (jaar \in I_p)$$

En:

$$a_p = a_1 + \sum_{q=1}^P aa_q * (T_q - T_{q-1})$$

waarin:

T_p = einde periode p;

T_o = beginjaar analyse;

α_i = te schatten parameter (constante);

α_p = te schatten parameter.

De structuurvariabele deelt de gehele waarnemingsperiode in een aantal deelperiodes op. De veronderstelling is dat binnen een periode sprake is van een bepaalde autonome ontwikkeling. De breukpunten worden zodanig vastgesteld dat het kostenmodel statistisch de maximale waarschijnlijkheid heeft. Hiervoor wordt een recursieve rekenmethode toegepast, die op zoek gaat naar de goede breukpunten. Deze methode is afgeleid van de theorie over het gebruik van zogenoemde *splines* of *segmented regression*.

De bijbehorende vergelijkingen voor de kostenaandelen (ook wel genoemd de vraagvergelijkingen voor de ingezette middelen) volgen uit Shephard's lemma en zien er als volgt uit:

$$S_n = c_n + \sum_{n'} c_{nn'} \ln(w_{n'}) + j_{1n} \cdot \text{jaar} \quad (\text{B-2})$$

Eisen van symmetrie leiden tot:

$$c_{nn'} = c_{n'n}$$

Verder geldt de homogeniteitseis, zodat een stijging in de prijzen gepaard gaat met een evenredige stijging in de kosten:

$$\sum_{n=1}^N c_n = 1; \sum_{n=1}^N c_{nn'} = 0 \quad \forall n'; \sum_{n=1}^N j_{tn} = 0 \quad \forall t$$

Naast deze voorwaarden moet aan een aantal standardeisen zijn voldaan die betrekking hebben op het verloop van een kostenfunctie. De kostenfunctie moet concaaf en niet-dalend zijn in de prijzen. Voor een nadere uitleg zie Blank en Valdmanis (2013). Meestal worden deze twee eigenschappen achteraf gecontroleerd in plaats van vooraf opgelegd. Een methode voor de controle van de concaviteit is gebruik te maken van de zogenoemde eigen vraagelasticiteit van de ingezette middelen. Als de prijs van bijvoorbeeld arbeid stijgt, dan ligt het voor de hand dat de betreffende instelling minder hiervan gaat gebruiken. De vraag naar dit ingezette middel daalt en de waarde van de eigen vraagelasticiteit moet dus negatief zijn. De vergelijking voor de eigen vraagelasticiteit luidt als volgt:

$$\eta_{nn} = c_n \left[1 + \frac{c_{nn}}{s_n^2} - \frac{1}{s_n} \right] \quad (\text{B-3})$$

waarin:

η_{nn} = eigen vraagelasticiteit ingezet middel n

Niet-dalend in prijzen houdt in dat de op basis van de parameters geschatte kosten-aandelen altijd positief moeten zijn.

De kostendecompositie volgt uit de volgende vergelijkingen. De relatieve verandering van de productie is gelijk aan:

$$dlny = \sum_m [b_m + \sum_n e_{mn} lnw_n] dlny_m \quad (\text{B-4})$$

De relatieve verandering van de prijs is gelijk aan:

$$dlnw = \sum_n [c_n + \sum_{n'} c_{nn'} lnw_{n'} + \sum_m e_{mn} lny_m] dlnw_n \quad (\text{B-5})$$

De relatieve (autonome) verandering is gelijk aan:

$$dT = \sum_t aa_t PER_t + \sum_n j_{1n} lnw_n \quad (\text{B-6})$$

De totale productiviteitsontwikkeling is gelijk aan:

$$dlnprod = -[dln c - dln y - dln w] \quad (\text{B-7})$$

De totale productiviteitsontwikkeling is het tegengestelde van de kostenontwikkeling, gecorrigeerd voor de ontwikkelingen in de productie en de prijzen van de ingezette middelen.

Metten van productie en prijzen

Ieder hoofdstuk bevat een uitgebreide beschrijving van de gekozen productievariabelen. Het betreft hier meestal gegevens over aantallen behandelde patiënten/cliënten of geleverde zorg in termen van uren of dagen, eventueel uitgesplitst naar verschillende typen behandeling/zorg. Ook wordt soms nog apart een soort case mix index toegevoegd om verschillen in zorgzwaarte te verwerken.

Voor ieder van de drie onderscheiden ingezette middelen (personeel, materiaal en kapitaal) wordt een afzonderlijke prijs vastgesteld. Voor personeel is dit de personeels-

kosten per gewerkt uur. Het aantal gewerkte uren is het product van het aantal geregistreerde voltijdbanen en de arbeidsduur volgens de cao. Het consumentenprijsindexcijfer dient als prijs voor materiaal. Bijlage A bevat een uitgebreide uiteenzetting over de vaststelling van kapitaal en de prijs van kapitaal. De prijs van kapitaal is in feite een afgeleide van de interestvoet en de depreciatievoet.

Schattingsmethodiek

Het voorgaande model kent een groot aantal parameters, vooral wanneer er een aantal verschillende diensten en ingezette middelen wordt onderscheiden. Zeker in een tijdreekscontext treedt bij het schatten van de parameters een groot aantal technische problemen op. Zo bevatten tijdreeksen maar een beperkt aantal waarnemingen. Het aantal vrijheidsgraden is dus beperkt. Verder geldt dat de meeste tijdreeksen niet stationair zijn, maar een trendmatige component hebben. Het toepassen van OLS zou in een dergelijk geval leiden tot zogenoemde schijn correlaties. De sterke correlaties tussen verschillende variabelen leiden tevens tot het probleem van multicollineariteit, waardoor de schatters niet efficiënt zijn. De samenhang tussen de verklarende variabelen (exogenen) is dan zo sterk, dat niet is vast te stellen welk deel van de variatie in de te verklaren variabele (endogene variabele) is toe te rekenen aan variatie in de verklarende variabelen. De econometrie kent een aantal oplossingen voor niet-stationariteit. Een eenvoudige oplossing is het toepassen van een correctieparameter voor autocorrelatie. Hierdoor wordt elke variabele zo getransformeerd dat deze de waarde aanneemt van het verschil tussen de waarde van het beschouwde jaar t en een autoregressiecoëfficiënt ρ maal de waarde van het voorgaande jaar $t - 1$. Daarbij leidt $\rho = 1$ tot een model in eerste verschillen en impliceert $\rho = 0$ een kostenmodel in niveaus. De autoregressiecoëfficiënt ρ wordt in het kostenmodel meegeschat. In feite is de eerdergenoemde trend uit de gegevens verwijderd en dus ook de schijn correlatie.

Het multicollineariteitsprobleem is uitsluitend op te lossen door het toevoegen van extra informatie. Dit betekent dat er soms op voorhand te schatten parameters moeten worden geprikt, bijvoorbeeld op basis van ander onderzoek of dat er theoretische restricties moeten worden opgelegd (bijvoorbeeld *constant returns to scale*). In de empirische toepassing is aan het model opgelegd dat er sprake is van constante schaalopbrengsten. Mochten schaal effecten een rol spelen en er is bijvoorbeeld sprake van een trendmatige ontwikkeling, dan komt dat tot uitdrukking in de gemeten productiviteitsontwikkeling. Het opleggen van constante schaalopbrengsten in ons model vertaalt zich naar de volgende restrictie:

$$\sum_{m=1} b_m = 1$$

Zoals gezegd, wordt het model geschat met een (geschatte) correctie voor autocorrelatie. De resultaten worden vervolgens op een aantal criteria beoordeeld, zoals de verklaarde variantie, de Durbin-Watson-toets en de significantie van de parameters.

De eerdergenoemde recursieve methode om de breukpunten vast te stellen werkt *grosso modo* als volgt. In eerste instantie wordt uitgegaan van drie breukpunten (vier periodes). De breukpunten worden gelegd op alle mogelijke combinaties, onder de restrictie dat de breukpunten elk ten minste vijf jaar van begin- en eindpunt liggen, evenals van elkaar. De combinaties waarbij alle breuken een significant verschil in groei aanduiden worden vergeleken. Mocht er geen combinatie zijn waarbij dit het geval is, dan gebeurt het proces opnieuw voor twee breukpunten (drie periodes), en indien noodzakelijk ook voor één breukpunt (twee periodes). De breukpunten worden vastgesteld op de combinatie die de hoogste *likelihood* (waarschijnlijkheid) oplevert.

Controles en plausibiliteit

Het model dient te voldoen aan een aantal eisen die ten grondslag liggen aan de theorie waarop het model is gebaseerd. Om de uiteindelijke specificatie van het model te bepalen en het model te valideren, is een aantal toetsen uitgevoerd en opgenomen in tabel B-2. De toetsen zijn in ontkennende vorm geformuleerd.

Tabel B-2 Toetsen eigenschappen

hypothese	test
neutrale technologische ontwikkeling	$j_{11} = j_{12} = j_{13} = 0$
geen monotoniciteit in prijzen	$c_1 < 0, c_2 < 0$ en $c_3 < 0$
eigen vraagelasticiteit personeel ≥ 0	$\eta_{11} > 0$
eigen vraagelasticiteit materiaal ≥ 0	$\eta_{22} > 0$
eigen vraagelasticiteit kapitaal ≥ 0	$\eta_{33} > 0$

De eerste toets wordt uitgevoerd om na te gaan of de technologische ontwikkeling van invloed is geweest op de samenstelling van de middelen. De tweede toets wordt uitgevoerd op basis van de achterliggende economische theorie. Deze impliceert dat een stijging in de prijs van een ingezet middel niet kan leiden tot dalende kosten (*ceteris paribus*).

De laatste drie toetsen komen ook voort uit de achterliggende theorie. De vraagelasticiteit naar een ingezet middel zou negatief moeten zijn: naarmate de prijs van een bepaald ingezet middel stijgt, zal een rationele instelling de duurder geworden middelen vervangen door relatief goedkopere middelen.

Bijlage C Afkortingen

ABW	Algemene Bijstandswet
ACM	Autoriteit Consument en Markt
AIVG	Algemene Instelling voor Verstandelijk Gehandicapten
APZ	algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CPB	Centraal Planbureau
Cotg	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CPI	Consumentenprijsindex
CQ-Index	Consumer Quality Index
DBC	diagnose-behandelcombinatie
DOT	DBC's Op weg naar Transparantie
FB	Functiegerichte Budgettering
fte	fulltime-equivalent
ggz	geestelijke gezondheidszorg
ghz	gehandicaptenzorg
GIGV	Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
GVT	Gezinsvervangend Tehuis
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMP	Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie
IVESCR	Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten
jLVG	jeugdigen Licht Verstandelijke Gehandicapten
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
LGV	(bureau voor) Levens- en Gezinsvragen
mbi	macrobeheersmodel
MFE	Multifunctionele Eenheid

MIK-V	Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen
MOB	Medisch Opvoedkundig Bureau
NIAZ	Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen
NKR	Nederlandse Kankerregistratie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NZI	Nationaal Ziekenhuis Instituut
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
pgb	persoonsgebonden budget
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
Riagg	Regionale Instelling voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen
RIGG	Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
vt	verpleging, verzorging en thuiszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wbmv	Wet op bijzondere medische verrichtingen
WBO	Wet op de bejaardenoorden
Wet BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	zorgzwaartepakket

Bijlage D Figuren en tabellen

Figuren

Figuur 1-1 Zorgsectoren in Nederland.....	30
Figuur 1-2 Uitgaven aan zorg in 2013 in procenten.....	31
Figuur 1-3 Schematische weergave kostenmodel	35
Figuur 2-1 Ontwikkeling productie ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100).....	46
Figuur 2-2 Ontwikkeling kosten ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100).....	48
Figuur 2-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	49
Figuur 2-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte ziekenhuizen en medisch specialisten in kosten (× miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013.....	50
Figuur 2-5 Productiviteitsontwikkeling ziekenhuizen en medisch specialisten, 1980- 2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	51
Figuur 2-6 Percentage kankerpatiënten dat na vijf jaar nog in leven is, 1989-2008.....	53
Figuur 2-7 Percentage patiënten (van 45 jaar en ouder) dat binnen 30 dagen na een ziekenhuisopname voor een acute aandoening komt te overlijden	54
Figuur 2-8 Gemiddelde reisafstand naar dichtstbijzijnde ziekenhuis, 1980-2013 (in km)	55
Figuur 3-1 Ontwikkeling productie vvt, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	64
Figuur 3-2 Ontwikkeling kosten vvt, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100).....	65
Figuur 3-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen vvt, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	66
Figuur 3-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte van instellingen verpleging en verzorging in kosten (× miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013	67
Figuur 3-5 Productiviteitsontwikkeling vvt-sector, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	68
Figuur 3-6 Prevalentie van decubitus in procenten, exclusief categorie 1.....	71
Figuur 3-7 Aantal bedden in meerpersoonskamers in verpleeg- en verzorgingshuizen (× 1000).....	73
Figuur 4-1 Ontwikkeling productie ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	78
Figuur 4-2 Ontwikkeling kosten ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	79
Figuur 4-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	80
Figuur 4-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte van ghz-instellingen in kosten (× miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013	81
Figuur 4-5 Productiviteitsontwikkeling ghz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100).....	82
Figuur 5-1 Ontwikkeling productie ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	91
Figuur 5-2 Ontwikkeling kosten ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	92

Figuur 5-3 Ontwikkeling volumes ingezette middelen ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	93
Figuur 5-4 Ontwikkeling gemiddelde schaalgrootte van ggz-instellingen in kosten (× miljoen euro in constante prijzen van 2013), 1980-2013	94
Figuur 5-5 Productiviteitsontwikkeling ggz, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100).....	95
Figuur 5-6 Incidentie separaties in de ggz in procenten, 2002-2012	98
Figuur 5-7 Aandeel suïcides in de ggz op het totaal aantal suïcides in procenten, 2003-2013	100
Figuur 6-1 Schematisch overzicht van de belangrijkste beleidsingrepen in de zorg, 1980-2013	117
Figuur 6-2 Ontwikkeling productie zorg, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100).....	118
Figuur 6-3 Ontwikkeling kosten, 1980-2013 (indexcijfers: 1980=100).....	120
Figuur 6-4 Ontwikkeling volume personeel, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	121
Figuur 6-5 Ontwikkeling materiaalvolume, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100).....	122
Figuur 6-6 Ontwikkeling kapitaalvolume, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	123
Figuur 6-7 Schaal instellingen in kosten (in constante prijzen van 2013), 1980-2013 ...	124
Figuur 6-8 Ontwikkeling productiviteit, 1980-2013 (indexcijfers: 1980 = 100)	125
Figuur 6-9 Levensverwachting Nederlanders, 1980-2013	132

Tabellen

Tabel 6-1 Lijst van variabelen in integrale analyse	127
Tabel 6-2 Schattingsresultaten sturingseffecten in de zorg, 1980-2013	128
Tabel B-1 Gegevens voor berekening kapitaalkosten.....	142
Tabel B-2 Toetsen eigenschappen	147

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2013). *Achtergronddocument bij het rapport 'Transparantie Ziekenhuisuitgaven; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2'*. Den Haag.
- Bakker, C.T. (2009). *Geld voor GGZ: de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)*. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Baumol, W.J. (1967). Macroeconomics of unbalanced growth: The anatomy of urban crisis. *The American Economic Review*, 57(3), 415-426.
- Blank, J. (2015). Illusies over fusies. Een kritische beschouwing over de schaalvergroting in de Nederlandse publieke sector *Overheid en arbeid* (Vol. 41). Den Haag: CAOP.
- Blank, J.L.T. (2005). Diagnose Bureaucratie Circus. *Economisch Statistische Berichten*, 90(4471).
- Blank, J.L.T. (2010). *Principes van productiviteitsmeting. Elementaire handleiding voor kwantitatief onderzoek naar de productiviteit, doelmatigheid, effectiviteit en kwaliteit van de publieke sector*. Maastricht: Shaker Publishing B.V.
- Blank, J.L.T., Dumaij, A.C.M., Haerlemans, C., Heezik, A. van, Hulst, B.L. van, & Koot, P. (2010a). Is de ziekte van Baumol te behandelen? Een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden om de productiviteit in de publieke sector te vergroten (Vol. *IPSE Studies Research reeks 2010-7*). Delft: Centrum voor Innovatie en Publieke Sector Efficiëntie Studies
- Blank, J.L.T., Dumaij, A.C.M., & Hulst, B.L. van (2011). Ziekenhuismiddelen in verband. Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009 *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: TU Delft.
- Blank, J.L.T., & Eggink, E. (2011). *Productiviteitstrends in ziekenhuiszorg*. Delft: IPSE Studies.
- Blank, J.L.T., & Eggink, E. (2014). The impact of policy on hospital productivity: a time series analysis of Dutch hospitals. *Health Care Management Science*, 17(2), 139-149.
- Blank, J.L.T., Eggink, E., & Graaff, A.I. de (1996). *Zuinig op zorg: Een empirisch onderzoek naar de productiestructuur van verpleeghuizen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Blank, J.L.T., & Heezik, A.A.S. van (2015). *Productiviteit van overheidsbeleid: deel I, het Nederlandse onderwijs 1980-2012*. Delft: Eburon.
- Blank, J.L.T., & Hulst, B.L. van (2011). Optimale schaal en bereikbaarheid: een spreidingsmodel voor ziekenhuiszorg in Vlaanderen. *Bestuurskunde*, 2011(4), 16-28.
- Blank, J.L.T., & Niaounakis, T.K. (2011). Productiviteitstrends in het wetenschappelijk onderwijs: Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de

- productiviteitsontwikkeling tussen 1982 en 2009. *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: IPSE Studies.
- Blank, J.L.T., & Valdmanis, V.G. (2013). *Principles of productivity measurement: an elementary introduction to quantitative research on the productivity, efficiency, effectiveness and quality of the public sector*. Maastricht: Shaker Publishing B.V.
- Blank, J.L.T., Hulst, B.L. van, & Wats, M.G. (2010b). Verzorging verspreid: een economisch planningsmodel voor het zorgaanbod in Vlaamse ziekenhuizen *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: IPSE Studies, TU Delft.
- Boeije, H.R. (1994). *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen: Een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Boot, J.M. (2013). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boot, J.M., & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Boot, J.M.D. (2010). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Boot, J.M.D. (2015). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Cbz (2004a). *Monitoring gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Cbz (2004b). *Opheffing contracteerplicht AWBZ extramuraal*. Utrecht: College bouw zorginstellingen.
- Cbz (2008). *Jaarbeeld Bouwkosten 2008*. Utrecht: College bouw zorginstellingen.
- Chessa, A.G. (2007). *Prijs- en volume-indices voor de ouderenzorg: nieuwe methoden en resultaten op basis van NZa-data 1998-2006*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Collot d'Escury, T., & Reenen, M. van (2010). *Een andere instelling. Omgaan met veranderingen*. Amsterdam: Roland Berger Strategy Consultants.
- Dumaij, A. (2011). Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg: Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op productiviteit 1972-2010 *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: TU Delft/ IPSE Studies.
- Dumaij, A., Niaounakis, T. (2013). Productiviteitstrends in de gehandicaptenzorg: een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1975 en 2010. *IPSE Studies Research Reeks* (Vol. 2013-11). Delft: IPSE Studies.
- Eggink, E., & Blank, J. (2001). *Verstandig verzorgd, een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, E., Jonker, J., & Ras, M. (2007). *Kosten in Kaart. Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, E., Verbeek-Oudijk, D., Pommer, E. (2013). *Burgers over de kwaliteit van publieke diensten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- GIGV (1986). *Jaarverslag 1985*. 's-Gravenhage: Distributiecentrum Overheidspublikaties.
- GIGV (1991). *Jaarverslag 1990*. 's-Gravenhage: Distributiecentrum Overheidspublikaties.
- Goudriaan, R., Tulder, F. van, Blank, J., Torre, A. van der, & Kuhry, B. (1989). *Doelmatig dienstverleners: Een onderzoek naar de produktiestructuur van vier voorzieningen in de kwartaire sector*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Graaf, A.C., de (1982). Zelfdodingen van opgenomen patiënten in en buiten psychiatrische ziekenhuizen in de periode 1970-1977. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 1982(7-8), 506-512.
- Grinten, T. van der, & Kasdorp, J. (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap. Een uitgave ter gelegenheid van 25 jaar Sociaal en Cultureel Planbureau*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Halfens, R.J.G., Nie, N.C. van, Meijers, J.M.M., & Meesterberends, E. (2013). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Rapportage resultaten 2013*. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, 2013.
- Harris, J.E. (1977). The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications. *The Bell Journal of Economics*, 8(2), 467-482. 0361915X
- Hasaart, F. (2011). *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care: A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. Maastricht: University Maastricht.
- Hermans, M. (1992). *Bestuurskosten in de gezondheidszorg*. Maastricht: Universitaire pers Maastricht.
- Herweijer, L., Eggink, E., Pommer, E., & Jonker, J. (2014). *Leergeld*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Horst, A. van der, Erp, F. van, & Jong, J. de (2011). *Trends in gezondheid en zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Hulst B.L. van (2016). *Enhancing hospital productivity*. Delft: Delft University of Technology.
- Hutschemaekers, G.J.M., & Oosterhuis, H. (2004). Psychotherapy in The Netherlands after the Second World War. *Medical History*, 48, 429-448.
- IGZ (2001). *Kwaliteitszorg in (grootschalige) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg: Resultaten Algemeen Toezicht in 1999-2000*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2008). *Verpleeghuiszorg op de goede weg: Resultaten van vervolgbezoeken aan de 149 meest risicovolle instellingen voor verpleeghuiszorg in 2006/2007*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2009). *Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt: Kwaliteit van zorg onderzocht bij niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ (2014). *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam: Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

- IGZ (2015). *GGZ-instellingen investeren in terugdringen van separatie; verdere acties nodig om ambities te halen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Janssen, W., Noorthoorn, E., & Sande, R. van de (2014). *Zes jaar Argus. Vrijheidsbeperkende interventies in de GGz in 2012 en ontwikkelingen ten opzichte van andere jaren*.
- Knuit, F.J. (2010). *Verleden, heden en toekomst van de Achterhaalde Wet Bijzondere Ziektekosten: Een onderzoek naar de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*. Scriptie. Heerlen: Open Universiteit
- Koopmans, R.T.C.M. (2005). *Professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde: naar een verbinding van praktijk en wetenschap*: [Sl: sn].
- Koops, H., & Kwekkeboom, M.H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kriek, R.J., & Dooyeweerd, R. (2009). Riscovol investeren in zorgvastgoed? *Real Estate*, 63, 20-25
- Lans, J. van der, & Linde, M. van der (2014). *CANON gehandicaptenzorg: Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Vereniging Canon Sociaal Werk.
- Lau, L.J. (Ed.) (2000). *Econometrics and the cost of capital: Essays in honor of Dale W. Jorgenson*. Cambridge: MIT Press.
- Leidsch Dagblad, 9 juli 1988.
- Londen, A.P.W.P van (1995). De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg. In P.J. van der Maas & J.P. Mackenbach (Eds.), *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Utrecht: Bunge.
- Ministerie van VWS (2004). *Geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2001). *Kwaliteit in de Gehandicaptenzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2012). *De zorg: hoeveel extra is het ons waard?* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2013). *Een duurzaam informatiestelsel voor de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen: Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van WVC (1984). *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. 's-Gravenhage: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Ministerie van WVC (1984). *Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1985*. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Ministerie van WVC (1985). *Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1986*. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

- Ministerie van WVC (1993). *Onder anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Montfort, A.P.W.P. van (1992). Ziekenhuizen: medische bedrijven. *Handboek structuur en financiering van de gezondheidszorg*. Utrecht: NZi.
- Niaounakis, T.K. (2013). Productiviteitstrends in de geestelijke gezondheidszorg *IPSE Studies Research Reeks*. Delft: TU Delft.
- Nijssen, Y.A.M. (2000). *Kwaliteit kortgesloten. Het beoordelen van de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen*. Driehuis: in eigen beheer
- NTvG (1998). Decubitus. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142(45), 2493-2494.
- Nuijen, J. (2013). *Tendrapportage GGZ 2012. Deel 3A: Kwaliteit en effectiviteit. Naar transparante kwaliteitsinformatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- NZa (2009a). *Uitvoeringstoets Curatieve GGZ. Naar vrije prijzen in de GGZ: Nederlandse Zorgautoriteit*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2009b). *Voortgangsrapportage Invoering ZZP's: Rapportage over de periode 1 januari 2009 – 30 juni 2009*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2011). *Advies: Knip GGZ versoepeld. Overheveling AWBZ-Zvw*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2012). *Contracteerruimte 2012: Beleidsregel CA-300-550*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Oosterhuis, H., & Gijswijt-Hofstra, M. (2008). *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, & Ministerie van VWS (2011). *Convenant 'Bekostiging vrij gevestigde medisch specialisten transitie 2012-2014'*.
- Pol, F. van den (2002). *Modernisering AWBZ*.
- Pol, F. van den (2004). *De bekostiging van de GGZ: 10 jaar dynamiek*.
- Postma, J., Putters, K., & Bovenkamp, H. van de (2012). Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte. Een analyse van het publieke debat over schaalgrootte in de zorg. *Bestuurskunde*, 2012(4).
- Ras, M., Verbeek-Oudijk, D., & Eggink, E. (2013). *Lasten onder de loep: De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen H. van, & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rekenkamer, A. (2011). *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- RIVM (2010). *Zorgbalans 2010: De prestaties van de Nederlandse zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2014). *Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- RVZ (1996). *Persoonlijke levenssfeer: Privacy in verpleeghuizen. Advies uitgebracht door de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening.
- Schoemakers-Salkinoja, I., & Puijenbroek, R. van (1990). *Geestelijk gehandicapten: een toenemende zorg. Gebruik en kosten van voorzieningen 1980-2000*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schols, J., Meijers, J., Nie, N. van, Meesterberends, E., Neyens, J., & Halfens, R. (2013). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ): Na meer dan 15 jaar nog steeds actueel en belangrijk voor de zorgkwaliteit. *WCS Nieuws*, 29(2).
- Schuring, G., Barnhard, M.C., Kardaun, H.H., Kramer, G.J.A., & Schoep, H.F. (1990). *Ernstig probleemgedrag: Een Inventarisatie van probleemsituaties rond bewoners in de intramurale zwakzinnigzorg*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Schut, F.T. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg* (oratie). Rotterdam: Instituut Beleid en Management.
- SER (2008). *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Staalduinen, W. van, & Voorde, F. ten, (2011). *Trendanalyse verstandelijk gehandicaptenzorg*. Zeist: TNO.
- Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand: Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- TK (1979-1980). *De kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1979-1980, 16224, nr. 2.
- TK (1990-1991). *Kabinetsstandpunt met betrekking tot het Heroverwegingsrapport kruiswerk – gezinsverzorging*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 16625, nr. 135.
- TK (2000). *Zorgnota 2000*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- TK (2003). *Motie Buijs inzake afschaffing fusiebonus ziekenhuizen*. (27 295, nr. 55 1). Den Haag: SDU.
- TK (2005). *Modernisering AWBZ*.
- TK (2006a). *Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- TK (2006b). *Wet marktordening gezondheidszorg*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- TK (2007-2008). *Brief stand van zaken met betrekking tot de kwaliteit van de gehandicaptenzorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24170, nr. 77.
- Vandermeulen, L.J.R. (2009). *Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen 1998-2007*. Utrecht: Prismant.
- Vos, C. de (2014). *Kwaliteit, disciplineren en sturing: Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen*.
- VWS (2010). *Stand van zaken verbeteren privacy. Wegwerken meerpersoonskamers in zorghuizen, aanpak oranje/rood scorende woongebouwen in de*

- gehandicaptensector*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Woittiez, I., Jonker, J., Ooms, I., Stevens, J., & Schoemakers-Salkinoja, I. (2005). *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- WRR (1997). *Volksgezondheidszorg*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Verhoging van de productiviteit van publieke diensten draagt sterk bij aan vergroting van de welvaart en beheersing van de overheidsuitgaven. De afgelopen decennia zijn ingrijpende hervormingen doorgevoerd om de productiviteit in de publieke sector te stimuleren. In de reeks *Productiviteit van overheidsbeleid* wordt het succes en falen van deze overheidsinterventies in beeld gebracht. Belangrijk doel hiervan is lessen te trekken voor het huidige en toekomstige beleid. Welke instrumenten werken en welke ingrepen kan de overheid beter nalaten? Om daar zicht op te krijgen wordt de samenhang tussen beleid en productiviteit op vier beleidsterreinen onderzocht: onderwijs, zorg, veiligheid en infrastructuur.

In dit tweede deel van de reeks staat de Nederlandse zorg centraal. Het zorgbeleid staat sinds 1980 vooral in het teken van kostenbeheersing. Binnen de randvoorwaarden betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, is de overheid voortdurend bezig met het ontwikkelen van beleid om de snelle groei van de zorgkosten een halt toe te roepen. De belangrijkste beleidsstrategieën zijn het indammen van de zorgvraag, extramuralisering, ontschotting tussen zorginstellingen en -sectoren en het versterken van de marktwerking. Wat dit beleid en de daarbij toegepaste instrumenten hebben betekend voor de productiviteitsontwikkeling van de verschillende zorgsectoren wordt in dit boek uitvoerig belicht. Op basis van deze bevindingen gaan de auteurs na welke beleidsinstrumenten de beste kansen bieden om de productiviteit in de zorg – of nog breder de publieke sector – positief te beïnvloeden.



Prof. dr. Jos L.T. Blank is hoogleraar Productiviteit van de Publieke Sector aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en directeur van het Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies (samenwerking CAOP, TU Delft en de EUR). Hij is een erkende autoriteit op het gebied van productiviteitsmeting in de publieke sector en treedt al decennia lang op als adviseur voor politici, beleidsmakers en vertegenwoordigers van publieke instellingen en organisaties.



Dr. Alex A.S. van Heezik is sinds 1993 zelfstandig onderzoeker op het gebied van de publieke sector. Hij richt zich daarbij voornamelijk op het uitvoeren van historische beleidsevaluaties en (kwantitatieve) trendanalyses. De doelmatigheid en productiviteit van het beleid staat hierin vaak centraal.



Thomas K. Niaounakis MSc. is onderzoeker bij het Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies. Hij voerde onder andere onderzoeken uit naar gemeentelijke samenwerking, het regionaal openbaar vervoer en diverse zorg-, onderwijs- en veiligheidssectoren.

