

Productiviteit van overheidsbeleid

Samenvatting productiviteitstrends in de
Nederlandse ziekenhuiszorg, 1980-2019



Jos L.T. Blank en Alex A.S. van Heezik
Stichting Instituut Publieke Sector Efficiëntie Studies

Delft, mei 2022

Productiviteit van overheidsbeleid

Samenvatting productiviteitstrends in de Nederlandse
ziekenhuiszorg, 1980-2019

Jos L.T. Blank en Alex A.S. van Heezik

Stichting Instituut Publieke Sector Efficiëntie Studies
Delft, juni 2022

Colofon

Vormgeving en lay-out

Hollands Lof en Orange pepper

Uitgave

Stichting IPSE Studies

ISBN/EAN

978-90-830653-7-3

IPSE Studies

E: info@ipsestudies.nl

W: www.ipsestudies.nl

© 2022 Stichting Instituut Publieke Sector Efficiëntie Studies. Alle rechten voorbehouden. Citeren uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de bron. Bestanden mogen op een server geplaatst worden mits het digitale bestand (rapport) intact blijft en de bron wordt vermeld.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Maatschappelijke trends en beleidstrends	6
2.1	Inleiding	6
2.2	Maatschappelijke trends	6
2.3	Trends in ziekenhuiszorgbeleid	7
3	Beleid en productiviteit	13
3.1	Productiviteitsontwikkeling, 1980-2019	13
3.2	Effecten van beleid	13
4	Literatuur	15

1 Inleiding

Productiviteit is de verhouding tussen de geleverde productie en de hiervoor ingezette middelen. Productie wordt gemeten aan de hand van een aantal indicatoren, zoals het aantal leerlingen of studenten. De kosten per eenheid product zijn in feite het spiegelbeeld hiervan. Hoe hoger de productiviteit, des te lager de kosten van de geleverde producten of diensten. Verhoging van de productiviteit van de publieke dienstverlening kan ervoor zorgen dat de belastingbetaler meer waar krijgt voor zijn geld.

De afgelopen decennia zijn veel hervormingen doorgevoerd om de productiviteit in de publieke sector te verhogen. Of deze interventies ook tot de beoogde verbeteringen hebben geleid, is een van de vragen die centraal staan in het werk van IPSE Studies. Al jarenlang houdt IPSE Studies zich bezig met het analyseren en monitoren van de ontwikkeling van kosten en prestaties van de publieke dienstverlening en gaan we na hoe deze wordt beïnvloed door het beleid. De resultaten hiervan publiceren we onder andere op de webapplicatie [Trends in Publieke Sector.nl](https://trends.inpubliekesector.nl) (TiPS).

TiPS bevat een groot aantal tijdreeksen met jaardata vanaf 1980 over ingezette middelen, productie, kwaliteit en productiviteit van negen publieke sectoren op drie belangrijke publieke domeinen:

Justitie en veiligheid

- Politie
- Rechterlijke macht
- Gevangeniswezen

Onderwijs

- Primair onderwijs
- Voortgezet onderwijs
- Middelbaar beroepsonderwijs
- Hoger beroepsonderwijs
- Wetenschappelijk onderwijs

Zorg

- Ziekenhuiszorg

Dit levert een schat aan informatie op over het functioneren van de verschillende publieke sectoren in de loop van de jaren. Door deze data te relateren aan belangrijke beleidsinterventies geeft dit tevens zicht op de effecten van het gevoerde beleid.

Hoewel de TiPS-data in veel gevallen voor zichzelf spreken, is voor een goed begrip van de ontwikkelingen enige toelichting en achtergrondinformatie wenselijk. Daarom publiceren wij naast de cijfers een samenvatting waarin de belangrijkste trends worden toegelicht. In deze samenvatting doen we dit voor de ziekenhuiszorg. Ziekenhuiszorg of medisch-specialistische zorg bestaat uit het diagnosticeren en behandelen van aandoeningen onder toezicht van een medisch specialist, zoals een internist of orthopeed. Deze zorg, inclusief de daarbij noodzakelijke verpleging, wordt vooral verleend in algemene ziekenhuizen, universitair medische centra en categorale ziekenhuizen.

2 Maatschappelijke trends en beleidstrends

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we in het kort de maatschappelijke trends en beleidsontwikkelingen die voor de productiviteitsontwikkeling van de medisch-specialistische zorg het meest relevant zijn geweest. Een meer uitgebreide beschrijving (voor de periode tot en met 2013) is te vinden in Blank et al. (2016). De tekst van dit hoofdstuk is ook grotendeels op deze publicatie gebaseerd. Waar dit niet het geval verwijzen we naar de betreffende literatuur.

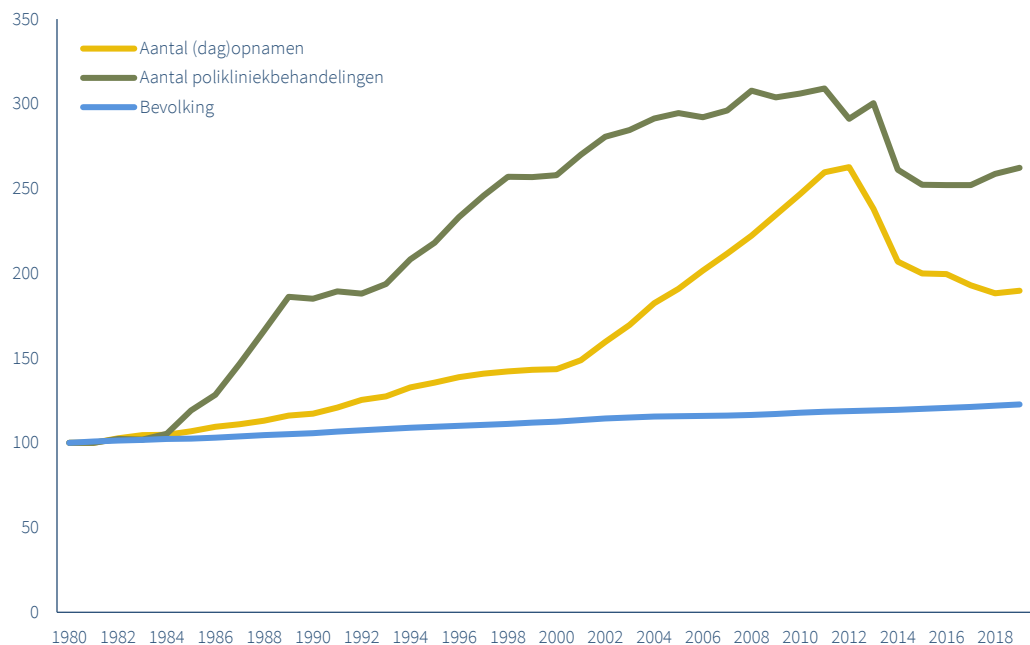
2.2 Maatschappelijke trends

Sinds 1980 hebben zich veel ontwikkelingen in de samenleving voorgedaan die op enigerlei wijze van invloed zijn geweest op de productiviteitsontwikkeling van de medisch-specialistische zorg. We concentreren ons hier op de ontwikkeling van het gebruik van de ziekenhuiszorg.

Ontwikkeling zorggebruik

Evenals in andere zorgsectoren is ook het gebruik van de medisch-specialistische zorg de afgelopen decennia sterk toegenomen. Figuur 2-1 toont deze ontwikkeling voor de periode 1980-2019. Ook is hierin de bevolkingsgroei weergegeven.

Figuur 2-1 Gebruik medisch-specialistische zorg en bevolkingsgroei, 1980-2019 (indexcijfers: 1980=100)



Bron: CBS, Statline en IPSE Studies, TiPS.

Uit figuur 2-1 blijkt dat de bevolkingsgroei nauwelijks van invloed is op het gebruik van de ziekenhuiszorg. Terwijl het aantal poliklinische behandelingen en ziekenhuisopnamen (dagopnamen en klinische opnamen) tussen 1980 en 2019 met respectievelijk 160 en 80 procent stijgen, neemt het aantal inwoners van ons land slechts toe met 23 procent. De groei van het aantal behandelingen in de ziekenhuispoliklinieken vindt vooral plaats in de periode tot eind jaren negentig. Dit is grotendeels toe te schrijven aan een verschuiving van opnamen naar poliklinische behandelingen. Tegelijkertijd is ook sprake van een verschuiving binnen de ziekenhuisopnamen: steeds meer operaties kunnen in dagbehandeling worden uitgevoerd. De verschuiving van klinische opnamen naar dagopnamen treedt vooral vanaf omstreeks 2000 op en draagt sterk bij aan de grote groei van het aantal ziekenhuisopnamen die sindsdien (ook bij de klinische opnamen) plaatsvindt. Beide verschuivingen, die vooral door innovaties mogelijk zijn, zorgen voor een flinke afname van de verpleegduur, waardoor ook de kosten per behandeling dalen.

Een opvallende trendbreuk in het gebruik van de ziekenhuiszorg zien we in de jaren 2012/2013. Na drie decennia van vrijwel continue groei is ineens sprake van een aanzienlijke daling van zowel poliklinische als klinische (dag)behandelingen. De daling van het aantal poliklinische behandelingen hangt deels samen met de verhoging van het eigen risico voor verzekerden in 2013. Voor kleinere ingrepen wordt vaker een beroep gedaan op huisartsenzorg omdat daarvoor, in tegenstelling tot voor polikliniekbezoek, geen eigen risico bestaat (NVZ, 2015). Ook de afname van het aantal (dag)opnamen is waarschijnlijk voor een deel toe te schrijven aan de verhoging van het eigen risico (Algemene Rekenkamer, 2016). Daarnaast is ook het zogenoemde Hoofdlijnenakkoord uit 2011 van invloed. Dit eerste hoofdlijnenakkoord, dat betrekking heeft op de periode 2012-2013, leidt tot een hernieuwde invoering van een macrobudget voor de uitgaven die de ziekenhuizen bij de verzekeraars kunnen declareren (Algemene Rekenkamer, 2016; Eggink et al., 2018; Jeurissen et al., 2018). In de volgende paragraaf gaan we nader in op deze en eerdere interventies in de ziekenhuiszorg.

2.3

Trends in ziekenhuiszorgbeleid

Inleiding

Om de snelle groei van het zorggebruik en de daarmee gepaard gaande stijging van de zorguitgaven een halt toe te roepen is de overheid de afgelopen decennia voortdurend bezig met het ontwikkelen van beleid. In deze paragraaf beschrijven we in het kort de belangrijkste maatregelen die in de loop der jaren zijn getroffen om de kosten van de (ziekenhuis)zorg te beheersen en de productiviteit te verbeteren. We maken hierbij gebruik van het zogenoemde BEMO-model. In dit model worden de meest gebruikte beleidsinstrumenten om de productiviteit te stimuleren in vier categorieën ingedeeld: Bekostiging, Eigendomsverhoudingen, Marktordening en Omgeving (Blank et al., 2010).

Bekostiging: van budgettering naar openeindfinanciering naar DBC

Aanvankelijk richt het beleid zich bij de kostenbeheersing vooral op aanpassingen in de bekostiging van de ziekenhuizen. Als eerste via de Wet Tarieven Gezondheidszorg (Wtg) uit 1982. Deze wet legt de tarieven voor individuele verrichtingen vast om daarmee de kosten te beheersen. In de jaren erna volgen aanpassingen, waardoor behalve prijzen, ook volumes kunnen worden gereguleerd. In 1983 wordt een taakstellende budgettering ingevoerd. Niet langer worden de kosten van de productie achteraf vergoed, maar krijgen de ziekenhuizen een budget toegewezen waarmee zij hun productie moeten leveren. Vanaf 1988 wordt het budget gekoppeld aan verschillende functies: de zogenoemde functiegerichte budgettering. In deze 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). Het systeem geldt aanvankelijk alleen voor algemene en categorale ziekenhuizen, pas vanaf 1997 ook voor academische ziekenhuizen.

Een belangrijk nadeel van de functiegerichte budgettering is dat het systeem niet in de pas loopt met de vraag. De individuele budgetten van ziekenhuizen worden namelijk afgeleid van het beschikbare macrobudget (zie hieronder), 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 in 2001 een afzonderlijke bekostigingsregel ingevoerd om wachtlijsten weg te werken, de zogenoemde boter-bij-de-visregeling (Jeurissen et al., 2018). In deze regeling wordt de budgettering losgelaten en wordt elke behandeling vergoed, waardoor feitelijk sprake is van opneimfinanciering. Een andere belangrijke systeemfout is 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 dagopnamen.

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). De gedachte hierachter is dat deze zorgproducten direct zijn te koppelen aan productprijzen, die op hun beurt direct aan kostprijzen zijn te koppelen. Dit systeem is vanaf 2005 verplicht voor de declaraties van ziekenhuizen. In 2012 vindt een belangrijke herziening van het DBC-systeem plaats, waarbij het aantal zorgproducten wordt teruggebracht van ruim 30.000 naar 4.400 (Jeurissen et al., 2018). In het nieuwe systeem worden geen DBC's meer geregistreerd maar afgeleid uit de combinatie van diagnose en geregistreerde handelingen. In 2015 volgt de invoering van integrale DBC-tarieven. Tot die tijd bestaan de tarieven uit twee componenten: een kostendeel van het ziekenhuis en een honorariumdeel van de vrijgevestigde medisch specialisten. Vanaf 2015 worden deze componenten samengevoegd, waardoor in een DBC alle zorgkosten geïntegreerd zijn (Groot & Vosselman, 2019).

De verschillende aanpassingen in de bekostiging vinden plaats binnen de financiële kaders die de overheid vaststelt. Aanvankelijk hebben deze nog geen dwingend karakter, maar dat verandert met de introductie van het zogenoemde Budgettair Kader Zorg (BKZ) in 1995. Het BKZ stelt een plafond aan de collectieve zorguitgaven. Als onderdeel daarvan wordt ook een macrobudgettair kader voor de medisch-specialistische zorg (evenals een uitgavenkader voor de vrijgevestigde medisch specialisten) vastgesteld. Wordt dit macrokader overschreden, dan kan de overheid ingrijpen door zorgaanbieders kortingen op te leggen, wat soms ook gebeurt (Algemene Rekenkamer, 2011).

Sinds 2011 spelen ook de zogenoemde hoofdlijnenakkoorden een belangrijke rol bij het beheersen van de uitgaven aan ziekenhuiszorg. In deze akkoorden maken de landelijke branchepartijen en de minister van VWS afspraken over de maximale groei van de zorguitgaven. Daarbij geldt het in 2011 geïntroduceerde macrobeheersinstrument (MBI) als belangrijke stok achter de deur. Met de MBI kunnen overschrijdingen van de afgesproken maximale uitgavengroei bij de individuele ziekenhuizen worden teruggevorderd (Jeurissen et al., 2018; RVS, 2021). Om de norm te realiseren gaan partijen in het eerste hoofdlijnenakkoord (in 2011 gesloten) een inspanningsverplichting aan gericht op een scherpe zorginkoop, substitutie tussen sectoren, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en afbouw van overbodige ziekenhuiscapaciteit. Het tweede hoofdlijnenakkoord - gesloten in 2013 en geldend voor de periode 2014-2018 - borduurt grotendeels voort op het eerste, maar benoemt ook diverse onderwerpen

om verder uit te werken, zoals een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. In 2018 wordt een derde hoofdlijnenakkoord gesloten, geldend voor de jaren 2019-2022. Naast financiële afspraken is hierin onder meer ook aandacht voor arbeidsmarktbeleid en het verminderen van regeldruk (RVS, 2021). Ook worden (verdere) acties aangekondigd om de uitgaven aan dure geneesmiddelen te temperen. Vooral het afgelopen decennium is sprake van een sterke groei van uitgaven aan nieuwe, dure geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (NZa, 2020).

Eigendomsverhoudingen: verruiming en beperking autonomie

Naast de hervormingen in de bekostiging vinden er ook veranderingen plaats in de eigendomsverhoudingen. In tegenstelling tot veel andere Europese landen zijn ziekenhuizen in ons land geen eigendom van de staat. Vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen zijn ondergebracht in private stichtingen zonder winstoogmerk (Groot & Vosselman, 2019). Gezien het grote publieke belang van de ziekenhuiszorg is wel sprake van een sterke overheidsbemoeienis, waardoor de privaatrechtelijke autonomie van ziekenhuizen aan beperkingen onderhevig is. Zo beïnvloedt de overheid het gedrag van ziekenhuizen niet alleen via het bekostigingsinstrumentarium, maar bijvoorbeeld ook via regelgeving op het gebied van de capaciteit. Vergoedingen voor investeringen in vastgoed van ziekenhuizen zijn lange tijd direct gekoppeld aan een systeem van goedkeuringen voor de capaciteit, zoals geregeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv). Onder dit zogenoemde bouwregime hebben ziekenhuizen slechts beperkte vrijheid in de allocatie van hun middelen. Dit verandert pas als in 2008/2009 het bouwregime (geleidelijk) wordt losgelaten (deregulering capaciteit). Ziekenhuizen (en andere zorginstellingen) hebben sindsdien zelf volledige zeggenschap over investeringen in aanpassingen of uitbreidingen van de capaciteit (Jeurissen et al., 2018).

Hoewel de ziekenhuizen zelf geen winstoogmerk hebben, geldt dat niet voor de ondernemingen die zij inschakelen voor het uitvoeren van een groot deel van de medisch-specialistische zorg. Dit zijn de zogenoemde vrijgevestigde medisch specialisten. Zij kennen de gehele periode door een status als vrije ondernemer, veelal in de vorm 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. Dit resulteert in 2015 in de eerder genoemde invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Bijkomend effect hiervan is dat veel vrijgevestigde medisch specialisten zich, om fiscale redenen, op een andere manier gaan organiseren: de kleine, gespecialiseerde maatschappen maken sindsdien plaats voor medisch-specialistische bedrijven (msb's), waarin alle, of een groot deel van de binnen een ziekenhuis aanwezige specialismen vertegenwoordigd zijn (NZa, 2018).

Marktordening: gereguleerde marktwerking en schaalvergroting

Met de introductie van de DBC's probeert de overheid niet alleen meer en beter inzicht te krijgen in behandelingskosten, maar ook de 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 gereguleerd segment (A-segment) en een vrij segment (B-segment). DBC's in het A-segment blijven bekostigd via de functiegerichte budgettering. De NZa stelt een maximumtarief vast per DBC, maar voor het ziekenhuis is het budgetsysteem (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. Vanaf 2012 betreft het vrije segment 70 procent van de zorg.

Hiermee is de bekostiging van de ziekenhuissector steeds meer afhankelijk geworden van de overeenkomsten die ziekenhuizen en verzekeraars sluiten en dus minder van de overheidsbekostiging. Daarmee echter nog geen sprake van marktwerking in de ziekenhuiszorg. Hooguit kan gesproken worden over gereuleerde marktwerking.

Naast het invoeren van DBC's neemt de overheid nog verscheidene andere maatregelen om gereuleerde 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 gereuleerde marktwerking in de zorg. De spelregels daarvoor, de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de zorgmarkten, staan beschreven in de Wmg. De Wmg regelt tevens de instelling en de taken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 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 gereuleerde marktwerking in zorg. De WTZi, die de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vervangt, regelt de toelating van instellingen tot de zorgmarkten.

Een andere ontwikkeling die van invloed is geweest op de marktordening is de omvangrijke schaalvergroting die de afgelopen decennia in de ziekenhuiszorg heeft plaatsgevonden. Hoewel het beleid daar niet heel expliciet op heeft gestuurd is wel duidelijk dat het sinds 1988 gehanteerde bekostigingsmodel hieraan een grote bijdrage levert. De 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.

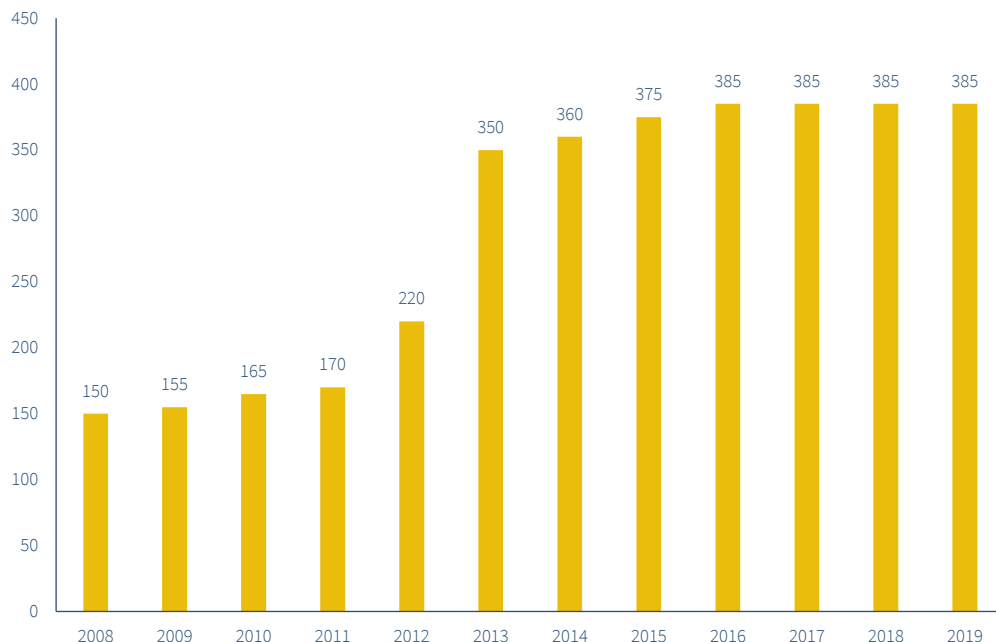
Toch zien we dat ook na het afbouwen van de schaalgroottetoeslag, vanaf 2003, het schaalvergrotingsproces in de ziekenhuissector voortschrijdt. Waarschijnlijk is dit vooral toe te schrijven aan de introductie van gereuleerde marktwerking. De (dreiging van) concurrentie lijkt veel ziekenhuisbestuurders 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.

Omgeving: steeds hoger eigen risico

Bij de categorie omgeving gaat het vooral om beleidsinstrumenten die de vraagzijde beïnvloeden en daarmee de productie en mogelijk ook de productiviteit. Het verplichte eigen risico is daar een goed voorbeeld van. Dit eigen risico is in 2008 ingevoerd. In 2006 en 2007 geldt een no-claim van 255 euro:

je ontvangt een bedrag als je geen of slechts een beperkt beroep doet op je zorgverzekering. Vanaf 2008 geldt een verplicht eigen risico van 150 euro, dat in de jaren daarna telkens wordt verhoogd. Figuur 2-2 laat de ontwikkeling zien.

Figuur 2-2 Ontwikkeling verplicht eigen risico, 2008-2019



Bron: vektis.nl

De grootste verhoging van het eigen risico vindt plaats van 2012 op 2013: van 220 euro in 2012 naar 350 euro in 2013. Vanaf 2016 bedraagt het verplichte eigen risico 385 euro per jaar. Zoals we in de vorige paragraaf al aangaven draagt de verhoging van het eigen risico bij aan een afname van de zorgvraag.

Kwaliteit

Hoewel het beleid ten aanzien van de ziekenhuiszorg in de afgelopen decennia vooral in het teken staat van kostenbeheersing, is er tegelijkertijd veel aandacht voor het borgen en verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg (Bertens & Palamar, 2021). Voor een overzicht van de verschillende maatregelen en initiatieven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor de periode tot en met 2013 verwijzen we naar Blank et al. (2016). Volgens die studie is er in deze periode veel gebeurd, maar is moeilijk vast te stellen welke resultaten dit heeft opgeleverd. Dat probleem lijkt nog niet opgelost. Nog steeds is sprake van een grote veelsoortigheid van indicatoren die een goed inzicht in de kwaliteit van zorg belemmert. Dit laatste geldt met name ook voor de langetermijntontwikkeling van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg.

Overzicht beleidsingrepen

In tabel 2-1 zijn de voornaamste beleidsingrepen in de ziekenhuiszorg weergegeven die mogelijk van invloed zijn geweest op de productiviteitsontwikkeling van de sector.

Tabel 2-1 Belangrijkste maatregelen ziekenhuiszorg, 1980-2019

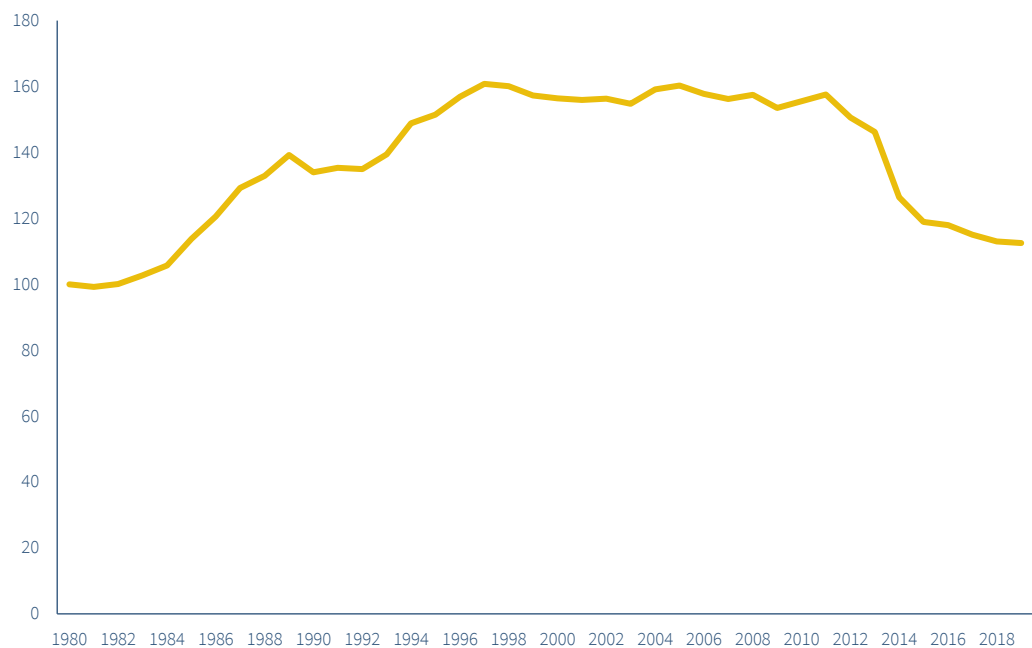
Jaar	Maatregel
1982	Wet tarieven gezondheidszorg
1983	Budgettering
1988	Funciegerichte budgettering
1995	Budgettair Kader Zorg
2001	'Boter bij de vis'
2005	DBC's
2006	Gereguleerde marktwerking
2008	Einde bouwregime
2012	Eerste hoofdlijnenakkoord (2012-2013)
2013	Forse stijging verplicht eigen risico
2014	Tweede hoofdlijnenakkoord (2014-2018)
2015	Invoering integrale tarieven
2019	Derde hoofdlijnenakkoord (2019-2022)

3 Beleid en productiviteit

3.1 Productiviteitsontwikkeling, 1980-2019

Figuur 3-1 toont de ontwikkeling van de productiviteit van de medisch-specialistische zorg tussen 1980 en 2019.

Figuur 3-1 Productiviteitsontwikkeling ziekenhuiszorg, 1980-2019 (indexcijfers: 1980=100)



Bron: trends.inpubliekesector.nl

Uit figuur 3-1 blijkt dat de productiviteit van de ziekenhuizen tot 1998 overwegend groeit. Vooral tussen 1980 en 1989 is sprake van een grote productiviteitsverbetering. De invoering van de budgettering in combinatie met de krappere macrobudgetten doen hier blijkbaar hun werk. Na 1989 is enkele jaren een terugval te zien, maar vanaf 1993 zet de productiviteitsgroei zich voort. Vanaf 1998 tot en met 2011 volgt een periode waarin de productiviteit van de sector zich min of meer stabiel ontwikkelt. Wel is in deze periode aanvankelijk (tot 2003) sprake van een lichte neerwaartse trend. Opvallend is de sterke achteruitgang in de productiviteit die vanaf 2012 plaatsvindt. Na 2015 lijkt deze daling wel af te vlakken.

3.2 Effecten van beleid

Effecten op productiviteit

In het vorige hoofdstuk zijn maatschappelijke trends en beleidsontwikkelingen aan de orde gesteld die mogelijk van invloed zijn geweest op de productiviteitsontwikkeling van de ziekenhuiszorg. Wat hiervan precies de betekenis is geweest is moeilijk te zeggen, aangezien de productiviteitsontwikkeling door veel verschillende factoren wordt bepaald. Niettemin kunnen we wel een aantal opvallende samenhangen constateren.

De productiviteitsgroei in de jaren tachtig lijkt vooral te danken aan de invoering van de budgettering in combinatie met de krappere macrobudgetten. Ondanks de sterk groeiende vraag naar ziekenhuiszorg en daarmee van de productie van de ziekenhuizen neemt de inzet van middelen nauwelijks toe. De terugval in de jaren na 1989 hangt wellicht samen met de invoering van de functiegerichte budgettering. De productiviteitsgroei in de tweede helft van de jaren negentig is waarschijnlijk voor een deel toe te schrijven aan de aanscherping van de macrobudgettering middels het BKZ. De licht dalende trend in de jaren daarna is onder andere het gevolg van de introductie van de boter-bij-de-visregeling in 2001, al is de krimp al eerder ingezet. Het einde van deze regeling en de verschillende maatregelen om marktwerking te introduceren lijken weinig effect te hebben gehad op de productiviteit van de ziekenhuizen. Er komt wel een einde aan de neerwaartse trend, maar van groei is nauwelijks sprake.

De productiviteitsval in de periode na 2011 is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de hoofdlijnenakkoorden waardoor beperkingen aan de groei van de productie worden opgelegd. Hiermee is de facto een eind gekomen aan de marktwerking. Bovendien worden de eigen bijdragen opgeschroefd waardoor er vraagtuitval begint op te treden. Het gevolg is dat de productie van de ziekenhuizen flink afneemt en aangezien de middelen, en dan vooral de materiaalkosten, wel blijven doorgroeien resulteert dit in een productiviteitsdaling. De wet van Verdoorn speelt hierin een belangrijke rol (Blank & Van Heezik, 2019; Blank & Van Heezik, 2020). De groei van de materiaalkosten is deels toe te schrijven aan de eerdergenoemde stijging van de kosten van dure geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (NZa, 2020).

Mogelijk wordt de productiviteitskrimp nog gestimuleerd door de schaalvergroting in de ziekenhuiszorg. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat ziekenhuizen in Nederland inmiddels al lang hun optimale schaal overstijgen (Blank, 2015; Van Hulst, 2016). Desondanks blijft de omvang van de ziekenhuizen nog altijd toenemen, met steeds negatievere gevolgen voor de productiviteit van de sector.

Effecten op kwaliteit

De kwaliteit van de ziekenhuiszorg is de afgelopen decennia onmiskenbaar toegenomen. Daarbij speelt vooral de technisch-wetenschappelijke vooruitgang een belangrijke rol. Dankzij talrijke innovaties, die vaak met steun van de overheid tot stand komen, kunnen in de loop van de tijd steeds meer aandoeningen beter behandeld worden. Er zijn echter opvallend weinig cijfers beschikbaar om deze verbetering te onderbouwen. Ondanks de verschillende initiatieven die in de loop van de tijd zijn ontwikkeld om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg in kaart te brengen is er nog steeds onvoldoende (eenduidig) zicht op de trends in kwaliteit, zeker niet op de lange termijn. Om die reden is het niet mogelijk de kwaliteitsverbetering in de productie tot uitdrukking te brengen, waardoor deze in feite te laag wordt ingeschat en daarmee dus ook de productiviteit.

Om een indruk te krijgen van de mate van onderschatting brengen we in TiPS een aantal trends in beeld die een redelijke indicatie geven van de kwaliteitsontwikkeling in de ziekenhuiszorg. Zo laat de ontwikkeling van het percentage kankerpatiënten dat vijf jaar na de diagnose nog in leven is, sinds de jaren tachtig een hele gunstige ontwikkeling zien. Dat geldt ook voor de zogenoemde 30-dagen sterftcijfers over hart- en herseninfarcten (myocard infarcten en ischemische beroerten) vanaf 2000.

Op grond van deze en nog enkele andere ontwikkelingen kunnen we veronderstellen dat de feitelijke productiviteit van de sector zich op een hoger niveau ontwikkelt dan in figuur 3-1 geschetst. Er zijn echter geen aanwijzingen dat dit het patroon van de trend substantieel zou wijzigen.

- Algemene Rekenkamer. (2011). *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Algemene Rekenkamer. (2016). *Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Bertens, R., & Palamar, J. (2021). *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Blank, J.L.T. (2015). *Illusies over fusies. Een kritische beschouwing over de schaalvergroting in de Nederlandse publieke sector* (Publicatiereeks Overheid en Arbeid No. 41). Den Haag: CAOP.
- Blank, J.L.T., Dumaij, A. C. M., Haelermans, C., Van Heezik, A. A. S., Van Hulst, B. L., & Koot, P. M. (2010). *Is de ziekte van Baumol te behandelen? Een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden om de productiviteit in de publieke sector te vergroten*. Delft: IPSE Studies.
- Blank, J.L.T., & Heezik, A. A. S. van. (2019). *Productiviteit van de overheid. Een essay over de relatie tussen beleid en productiviteit in onderwijs, zorg, veiligheid & justitie en netwerksectoren*. Delft: Stichting IPSE Studies.
- Blank, J.L.T., Heezik, A. A. S. van, & Niaounakis, T. K. (2016). *Productiviteit van overheidsbeleid, deel II: de Nederlandse zorg, 1980-2013*. Den Haag/Delft: Eburon.
- Blank, Jos L.T., & Heezik, A. A. S. van. (2020). *De effecten van Baumol, Verdoorn en Robinson in de publieke dienstverlening. Een verdiepende analyse van productiviteitstrends*. Delft.
- Boot, J. M. (2013). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eggink, E., Ooms, I., Putman, L., Ras, M., Torre, A. van der, & Wierda, S. (2018). *Publiek voorzien. Ontwikkelingen in de uitgaven en dienstverlening van 27 publieke voorzieningen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Groot, T., & Vosselman, E. (2019). Themanummer: Financieel management van ziekenhuizen: een evaluatie en vooruitblik. *Maandblad Voor Accountancy En Bedrijfseconomie*, 93(7/8), 193–196. <http://doi.org/10.5117/mab.93.38097>
- Jeurissen, P., Maarse, H., & Tanke, M. (2018). *Betaalbare zorg*. Den Haag: Sdu.
- NVZ. (2015). *Zorg innoveert. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2014*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen/KIWA Carity.
- NZa. (2018). *Monitor Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. (2020). *Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg 2020 - Nederlandse Zorgautoriteit*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- RVS. (2021). *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- van Hulst, B. L. (2016). *Enhancing hospital productivity*. Delft University of Technology, Delft.