

# Beddenreductie in ziekenhuizen

Eén van de manieren waarop het aanbod van de ziekenhuisvoorzieningen kan worden teruggedrongen is het reduceren van het aantal ziekenhuisbedden. Recent heeft de commissie-Dekker – als onderdeel van een omvangrijk pakket maatregelen – geadviseerd om op zeer korte termijn het aantal bedden met 4.000 extra te verminderen 1). 'Extra' omdat deze reductie bovenop de al geplande vermindering van  $\pm 8.000$  bedden (tussen 1982 en 1988) komt. De capaciteit zou dan in 1988  $\pm 51.500$  bedden bedragen. De besluitvorming rond deze lopende operatie is het onderwerp geweest van een studie van de auteurs 2) die deel uitmaakt van een groter onderzoek naar besluitvorming bij bezuinigingen. Van de belangrijkste bevindingen doen we hier verslag. Aan het slot zullen we de beddenreductievoorstellen van de commissie-Dekker bespreken aan de hand van de onderzoeksresultaten.

## Onderzoeksmethode

De lopende beddenreductiemaatregelen zijn een initiatief van de toenmalige minister Gardeniers. Zij publiceerde op 7 juli 1982 een per gezondheidsregio gespecificeerde lijst van maatregelen. Per regio en per ziekenhuis gaf zij precies aan op welke wijze en hoeveel bedden moesten worden ingeleverd. In de 26 regio's varieerde de reductielast van  $-2\%$  tot  $27,9\%$ , met een gemiddelde regio-reductie van  $13,5\%$ . De voorstellen hielden ook in dat in Nederland 26 ziekenhuizen (van de  $\pm 200$ ) gesloten zouden moeten worden. Na veel protest zowel binnen als buiten de Tweede Kamer moest zij de 'centralistische' procedure wijzigen. Provinciale besturen zouden meer en beter in de gelegenheid moeten worden gesteld om per gezondheidsregio een eigen reductieschema op te stellen. Voorwaarde was echter wel dat in dit schema ten minste dezelfde totale reductie per regio werd bereikt en hetzelfde aantal te sluiten ziekenhuizen en/of afdelingen. De alternatieven konden worden gegoten in de vorm van plannen conform de Wet Ziekenhuis Voorzieningen of in de vorm van adviezen met een minder formele status. Voor de meeste regio's werd de laatste mogelijkheid gekozen. De besluitvormingsprocedure in de regio

konden de provinciale besturen daarmee in feite grotendeels naar eigen inzicht vastleggen.

Van belang voor het inzicht in de besluitvorming is de vraag of er een relatie bestaat tussen de besluitvormingsprocedure en het besluitvormingsresultaat. De in de 26 regio's door de 11 provinciale besturen gevolgde besluitvormingsprocedure kan worden gekarakteriseerd naar de mate van decentralisatie ofwel de mate waarin de instellingen aan de regionale besluitvorming hebben deelgenomen. In het onderzoek is daarvoor een kwantitatieve decentralisatie-index ontwikkeld, onder andere gebaseerd op het onderscheid tussen plan en advies en de samenstelling van de commissie die de reductieplannen moest voorbereiden. Onder het besluitvormingsresultaat wordt in het onderzoek verstaan de door de provinciale besturen aan de minister van WVC in de regionale plannen geadviseerde capaciteiten. Het resultaat betreft dus niet de gerealiseerde reducties (waarop we aan het slot nog terugkomen). De uitvoeringsperiode van de maatregelen loopt namelijk door tot in 1988.

Uit eerder onderzoek is gebleken 3) dat het *minimaliseren van conflicten* bij bureaucratische organisaties een belangrijke regulerende motivatie is. Zo bleek bij de bezuinigingen binnen universiteiten het voorkomen van gedwongen ontslagen, en daarmee het voorkomen van grote sociale conflicten, een belangrijke factor. Daarnaast spelen uiteraard de *produktiedoelstellingen* van de organisatie een rol. Bij de universiteiten is dat het geven van onderwijs en het doen van onderzoek. In het geval van de opstelling van de regionale plannen tot beddenreductie beschouwen we het provinciaal bestuur als de centrale actor, die zowel conflictminimalisatie als produktiedoelstellingen nastreeft. Het provinciaal bestuur probeert zowel met de centrale overheid als met de instellingen die bedden moeten inleveren conflicten te voorkomen dan wel te beperken. Op basis van eerder onderzoek veronderstellen we dat het conflict met de instellingen minimaal is wanneer wordt gekozen voor een pons-ponsgewijze reductie: elke instelling levert éénzelfde percentage van haar capaciteit in. Anderzijds is het conflict met de centrale overheid minimaal wanneer het door het provinciaal bestuur voor te stellen reductieplan zo min mogelijk af-

wijkt van het plan-Gardeniers, dat immers de voorkeur van de centrale overheid weergeeft. De afruil tussen beide vormen van conflict is overigens op voorhand niet vast te stellen. Verder nemen we aan dat het provinciaal bestuur bij het opstellen van haar reductieplan gevoelig is voor verschillen in *efficiency* tussen de instellingen. Omdat we niet konden beschikken over kostengegevens per ziekenhuis, zijn efficiencyverschillen ruw benaderd met verschillen in verpleegduur of bezettingsgraad. Ten slotte is verondersteld, in overeenstemming met een eenvoudige operationalisatie van de 'public choice'-theorie, dat verschillen in *machtspositie* tussen instellingen – benaderd met verschillen in grootte (bedden capaciteit) – de regionale planuitkomsten zullen beïnvloeden.

Op grond van deze uitgangspunten kan een kwantitatief verband worden geformuleerd tussen de planuitkomsten en de genoemde verklarende variabelen. We mogen aannemen dat de sterkte van die verbanden wordt beïnvloed door de mate van decentralisatie van de besluitvorming. Als het provinciaal bestuur de instellingen nauw betreft bij de planvoorbereiding, ligt het voor de hand dat de uiteindelijke reductieplannen dichter bij een pons-ponsgewijze verdeling liggen dan wanneer het bestuur relatief centralistisch opereert.

## Resultaten

De geformuleerde verbanden – details zijn in het onderzoeksrapport te vinden – kunnen zowel op het niveau van de instellingen als op het niveau van de gezondheidsregio worden getoetst. Bij de instellingsanalyse (over alle 166 algemene en academische ziekenhuizen) is nagegaan hoe het geplande aandeel van elk ziekenhuis in de totale regionale capaciteit afweek van een via pons-ponsgewijze reducties te construeren verdeling. Vervolgens is nagegaan hoe dit verschil kon worden verklaard uit de mate waarin het plan-Gardeniers voor het betrokken ziekenhuis afweek van een pons-ponsgewijze verdeling en de

1) Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*, 's-Gravenhage, maart 1987, blz. 71.

2) A.M.J. Dreu en H. de Groot, *Beddenreductie in ziekenhuizen: een analyse van de regionale besluitvorming*, Rapport nr. 9 in de publicatiereeks van het project 'Besluitvorming bij contractieprocessen in de kwartaire sector'. In rapport nr. 8 is door A.M.J. Dreu een voorstudie naar de besluitvorming in vier regio's verricht. Beide rapporten zijn op aanvraag bij de vakgroep beschikbaar (tel. 010-4081491).

3) H. de Groot en J. van der Sluis, *Bureaucracy response to budget cuts: an economic model*, *Kyklos*, nr. 40, 1987. Zie ook rapport nr. 6 uit de eerder genoemde reeks.

mate waarin de efficiency of omvang van het ziekenhuis verschilde van het regiogemiddelde. Met gewone kleinste-kwadrate-analyse zijn de kwantitatieve verbanden geschat. Uit de resultaten blijkt dat het plan-Gardeniers significant van betekenis is voor de uiteindelijke regionale plannen. De efficiëntieverschillen – voor zover gemeten met de verpleegduur – spelen een significante, maar kwantitatief onbetekenende rol: ziekenhuizen met een relatief lange verpleegduur worden iets sterker gereduceerd. De omvang van een ziekenhuis – in verhouding tot zijn regionale burens – blijkt geen enkele rol te spelen.

Opvallend is dat de wijze van besluitvorming een belangrijke rol speelt. In regio's met een relatief centralistische planprocedure wordt het plan-Gardeniers voor zo'n 85% gevolgd, in regio's met een decentrale procedure is dat slechts voor 25% het geval.

Gegeven het feit dat juist de regionale kenmerken van de besluitvormingsprocedure grote verschillen laten zien, ligt het voor de hand ook het besluitvormingsresultaat te karakteriseren op het niveau van de regio, en eventuele verbanden op dit niveau vast te stellen. Omdat de totale reductie per regio in de regionale alternatieven was vastgelegd en vrijwel identiek was aan de totale reductie in het plan-Gardeniers, is vooral de verdeling van de reducties over instellingen de belangrijkste variabele die het besluitvormingsresultaat kenmerkt. Als kwantitatieve maatstaf hanteren we daarom voor elke regio de standaardafwijking van het verschil van het aandeel van een instelling in de regionale capaciteit met dat aandeel in de uitgangssituatie in 1982. Deze maatstaf is niets anders dan de standaardafwijking over de regio van de afhankelijke variabele uit de instellingsanalyse. Analooq kunnen we ook de standaardafwijking binnen elke regio definiëren van de verschillen van het plan-Gardeniers met de uitgangssituatie, en de standaardafwijking van de efficiëntie- en groottevariabelen uit de instellingsanalyse. We toetsen vervolgens het verband tussen de verdeling van de reducties in de regionale plannen en de analoge verdeling in het plan-Gardeniers, aangevuld met de verdeling van efficiëntie en grootte van de instellingen binnen elke regio. De regressieresultaten laten zien dat ook hier de verdeling van de reducties in het plan-Gardeniers significant van invloed is op de verdeling van de reducties in de provinciale planuitkomsten. Ook hier geldt dat in regio's met een relatief centrale besluitvorming de 'volgzaamheid' ten opzichte van het plan-Gardeniers aanzienlijk groter is dan in regio's met een relatief decentrale besluitvorming. Het effect van de regionale verdeling van de verpleegduur is bij de gebruikelijke toetsingsgrenzen niet significant. Dat is wel het geval wanneer de bezettingsgraad als benadering van het niveau van efficiëntie wordt genomen. Gelet

op de verklaarde varianties is de betekenis van deze additionele variabele kwantitatief echter gering. Ook dan geldt overigens dat per saldo in de provinciale plannen de afwijking van de reducties van een ponsd-ponsgewijze verdeling steeds kleiner is dan de analoge afwijking in het plan-Gardeniers. De grootteverdeling van de instellingen blijkt ook hier niet van invloed.

Uit een nadere analyse van de spreiding van reducties binnen en tussen regio's kan worden afgeleid dat de instellingen zich over heel Nederland tamelijk uniform gedragen: in alle regio's dragen zij – wanneer betrokken bij de plannen – bij tot een meer ponsd-ponsgewijze verdeling. Daarentegen gedragen de provinciale besturen zich aanzienlijk minder uniform. De afwijkingen van het plan-Gardeniers vertonen bij een relatief sterke centralisatie van de besluitvorming geen eenduidig patroon.

## Slot

Uit het onderzoek blijkt dat, wanneer de besluitvorming over beddenreducties voornamelijk aan de instellingen zelf wordt overgelaten, de geplande reducties vaker ponsd-ponsgewijs worden verdeeld. Heeft de centrale overheid dan ook een voorkeur voor gerichte capaciteitsbeperking, dan biedt een relatief centralistische besluitvormingsprocedure – dicht aan het provinciaal bestuur in dit geval – waarschijnlijk de grootste kans op succes. Vaak wordt daar tegenover het argument gesteld dat door centraal ingrijpen de bereidheid van de instellingen om de plannen uit te voeren zou afnemen. In ons onderzoek konden de realisaties van de opgestelde plannen, die immers pas eind 1988 beschikbaar zullen zijn, niet worden betrokken. De gegevens over de feitelijke reducties in de periode 1982-1986 wijzen er echter op dat het aantal bedden waarvoor de planningsbevoegdheid van provincies zich uitstrekt vrijwel gelijk is gebleven 4). Dit ondanks de gedecentraliseerde besluitvormingsprocedure.

Bij volledige uitvoering van de provinciale plannen zou het aantal erkende bedden in Nederland begin 1989 uitkomen op ruim 53.000 terwijl het plan-Gardeniers uit zou komen op circa 51.500. Met dezelfde omschrijving die Gardeniers hanteerde voor het begrip 'sluiting' komen in de provinciale plannen maximaal 14 sluitingen voor terwijl Gardeniers op 26 sluitingen kwam. Het valt te betwijfelen – gezien de zeer geringe reducties die in de periode 1982 – 1986 zijn gerealiseerd – of de geplande reducties voor begin 1989 zullen worden bereikt.

Wat betekent het voorgaande voor de reductievoorstellen van de commissie-Dekker? Deze adviseert dat bij de uitvoering van de extra reductie met 4.000 bedden een verband moet wor-

den gelegd met de 'lopende' beddenreductie-operatie. Er zou volgens de commissie moeten worden gezien of de reeds in dit kader door het ministerie genomen beslissingen of gepubliceerde voornemens moeten worden heroverwogen. De commissie adviseert om de provincies (alsnog of opnieuw) een 'aanwijzing' in het kader van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen te geven. Door een dergelijke aanwijzing wordt een formele WZV-planprocedure gestart, waarbij tevens randvoorwaarden door de centrale overheid kunnen worden gesteld. De commissie stelt voor om daarbij de onherroepelijke (partiële) sluiting van een aantal ziekenhuizen aan te geven, aangevuld met de verplichting voor de provincie om een plan voor herverdeling van ziekenhuisfuncties op te stellen.

Het advies van de commissie om nu al een dergelijke aanwijzing te geven, lijkt ons echter geen goede zaak. De ervaringen met het plan-Gardeniers in 1982 maken duidelijk dat een door de provinciale besturen als consistent gezien ministerieel beleid van wezenlijke betekenis is voor het welslagen van de nagestreefde beddenreductie. Die consistentie kan worden vergroot door eerst de definitieve resultaten van de lopende beddenreductiemaatregelen in 1988 af te wachten. Gelet op de resultaten van het hier besproken onderzoek zijn er ons inziens goede argumenten om vervolgens een relatief 'centralistische' aanpak te kiezen voor aanvullende reducties. Meer stringente randvoorwaarden bij de eerder genoemde aanwijzing zijn een mogelijkheid om dit te bereiken. Mede dank zij de planvoorbereiding in de afgelopen jaren is er ook op centraal niveau voldoende informatie over de ziekenhuis-situatie in Nederland aanwezig om een dergelijke aanscherping te rechtvaardigen. Blijft overigens de – buiten het bestek van deze bijdrage liggende – vraag of het instrument van de beddenreductie het meest aangewezen is voor het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg. Tenslotte is de bedden capaciteit maar één van de 'inputs' van het productieproces; een triviale waarheid voor economen, die echter in het overheidsbeleid nog niet zo lang is onderkend.

**Ton Dreuw  
Hans de Groot**

De auteurs zijn werkzaam bij de vakgroep Openbare Financiën en Belastingrecht, Economische Faculteit, Erasmus Universiteit. De auteurs zijn J. van der Sluis erkentelijk voor zijn assistentie bij gegevensverwerking en berekeningen.

4) Wordt echter een ruimere definitie van het begrip 'bed' gehanteerd, zoals bij voorbeeld in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn, dan daalt het aantal bedden in deze periode met circa 400. Over de periode 1982-1987 daalt het aantal bedden dan met circa 900.