



Gezonde bereikbaarheid

Auteur(s):

Blank, J.L.T.

*De auteur is werkzaam bij het Sociaal en Cultureel Planbureau.***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4310, pagina 432, 18 mei 2001

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorgsector

Schaalvergroting in de gezondheidszorg levert efficiëntiewinst op, maar leidt ook tot langere reistijden. Een globale berekening geeft aan dat hierdoor een substantieel welvaartsverlies ontstaat.

De laatste decennia is het aantal ziekenhuizen in Nederland fors gedaald. Zo waren er begin jaren tachtig nog 180 ziekenhuizen. Sluiting van kleine ziekenhuizen en fusies tussen ziekenhuizen hebben eraan bijgedragen dat er thans nog honderd ziekenhuizen zijn. De zogenoemde 'fusiebonus' is een belangrijke prikkel voor ziekenhuizen geweest om te fuseren. De budgetteringssystematiek kent namelijk aan grote ziekenhuizen een hoger budgetbedrag per opname of verpleegdag toe dan aan kleine ziekenhuizen.

Schaalvergroting

De schaalvergroting van ziekenhuizen had de instemming van politiek en beleid. De belangrijkste argumenten waren dat grote ziekenhuizen beter geoutilleerd zijn dan kleine ziekenhuizen, dat zij de aanwezige dure medische apparatuur intensiever gebruiken en dat grote maatschappen van specialisten eveneens de kwaliteit van de zorg verbeteren. Het argument van de bereikbaarheid speelde in de discussies een tamelijk ondergeschikte rol.

Zonder verdere ingrepen zal de schaalvergroting voortgaan. Dit blijkt uit de cases van de kleine ziekenhuizen in Velp, Oldenzaal en Kerkrade, die in de media ruimschoots aandacht voor hun problemen hebben gekregen. Een verdere schaalvergroting zal ongetwijfeld leiden tot kaalslag: in sommige regio's van Nederland zal het zorgaanbod verschromen. Dit besef is ook tot de politiek doorgedrongen. Vorig jaar heeft het kamerlid Buijs in een motie aandacht voor de problematiek van de kleine ziekenhuizen gevraagd¹.

Een verminderde bereikbaarheid heeft niet alleen medische consequenties in termen van acute hulpverlening, maar ook implicaties in termen van maatschappelijke ongemakken zoals toegenomen reistijden en vervoerskosten. Tot op heden ontbreekt iedere indicatie van deze kosten. In het navolgende wordt getracht in deze leemte te voorzien en wordt een (zeer) globale berekening gemaakt van deze zogenoemde bereikbaarheidskosten.

Kosten van bereikbaarheid

Iedere dag reizen patiënten, bezoekers van opgenomen patiënten en ziekenhuispersoneel naar het ziekenhuis en weer naar huis. Zij maken daarvoor vervoerskosten en gebruiken hun kostbare tijd om te reizen.

Het aantal opnamen en polikliniekbezoeken is een indicatie voor het aantal ritten door patiënten, het aantal verpleegdagen voor het aantal ritten door bezoekers (één bezoeker per dag), en de personeelssterkte voor het aantal ritten door het personeel (220 maal per jaar). Bovendien bestaat iedere reis naar een ziekenhuis uit een heen- en een terugrit. [tabel 1](#) geeft de berekening van het totaal aantal ritten per jaar weer.

Tabel 1. Relevante grootheden bereikbaarheid en berekening aantal ritten

meeteenheid	basisgegevens		berekening		
	aantal	gereisd door	frequentie	a	aantal ritten
				per jaar	(x mln.)
opnamen (x mln. patiënten)	1,5	patiënten	2		3,0
polikliniekbezoeken (x mln. patiënten)	22,2	patiënten	2		44,4
verpleegdagen (x mln.)	12,9	bezoekers	2		25,8
personeelssterkte (x 1000 fte's)	135	personeel	440	59,4	
		totaal			132,6

a. Frequentie = aantal reizen per meeteenheid.

In totaal gaat het om ruim 130 miljoen ritten van en naar een ziekenhuis in één jaar. De personeelsleden treft hierbij de grootste last. Zij nemen ongeveer 45 procent van het aantal ritten voor hun rekening. Goede tweede zijn de patiënten met circa 35 procent.

Varianten

Op basis van het aantal ziekenhuizen, de oppervlakte van Nederland en enige aanvullende veronderstellingen is een vrij eenvoudige wiskundige relatie af te leiden, waarmee de gemiddelde reisafstand naar een ziekenhuis kan worden berekend². Verder wordt uitgegaan van een gemiddelde prijs per kilometer van f 0,50, een gemiddelde vervoerssnelheid van 25 kilometer per uur³ en een tijdsprijs van elf gulden per uur (gebaseerd op het netto minimumloon). Bij deze veronderstellingen is een conservatieve schatting aangehouden.

Er worden drie varianten onderscheiden: 180 ziekenhuizen (begin jaren tachtig), 104 ziekenhuizen (huidig) en 75 ziekenhuizen (toekomstig aantal). In de varianten varieert uitsluitend het aantal ziekenhuizen, het aantal ritten is constant verondersteld op het huidige aantal. [tabel 2](#) geeft de varianten weer.

	begin jaren tachtig	heden	toekomst
aantal ziekenhuizen	180	104	75
gemiddelde reisafstand (kilometers)	8	11	13
totale reisafstand (miljoenen kilometers)	1.080	1.420	1.670
totale reistijd (miljoenen uren)	43	57	67
bereikbaarheidskosten (miljoenen gulden)	1.010	1.330	1.570

De reisafstand voor personeel en patiënten bedraagt bij 180 ziekenhuizen gemiddeld acht kilometer. In deze variant reizen personeel, patiënten en bezoekers in totaal bijna 1,1 miljard kilometer. De bereikbaarheidskosten hiervan bedragen ruim één miljard gulden. In termen van het huidige ziekenhuisbudget is dit circa 5,7 procent! Bij het huidige aantal ziekenhuizen is de reisafstand toegenomen tot gemiddeld elf kilometer. De bereikbaarheidskosten bedragen ruim 1,3 miljard gulden (7,5 procent). De schaalvergroting heeft ertoe geleid dat de kosten voor de burger met 300 miljoen gulden zijn gestegen. Dit is bijna twee procent van het totale ziekenhuisbudget. Een verdere vermindering van het aantal ziekenhuizen tot 75 leidt nog eens tot 240 miljoen gulden aan extra lasten voor de burger.

Lessen uit het onderwijs

Bij de schaalvergrotingsoperatie in het basisonderwijs in het begin van de jaren negentig is een veel evenwichtiger afweging gemaakt tussen directe onderwijskosten en andere maatschappelijke kosten⁴. Zo speelden met name de bereikbaarheid en de keuzevrijheid van ouders voor de denominatie van een school een belangrijke rol in de afweging van de toenmalige staatssecretaris Wallage. Een eerste gegeven was dat schaalvoordelen in het basisonderwijs zeer manifest waren. De kosten per leerling bedroegen voor kleine scholen het dubbele van grote scholen. Uit kostenoverwegingen was het voor het ministerie van OC&W dus bijzonder aantrekkelijk om de vigerende opheffings- en stichtingsnormen te verhogen. Het tweede gegeven was dat bij forse schaalvergroting de reisafstanden zouden toenemen en de keuzevrijheid onder druk kwam te staan.

Uiteindelijk kwam de staatssecretaris met een oplossing waarin de bevolkings- en scholendichtheid belangrijke elementen vormden. Hiermee was hij in staat binnen de randvoorwaarden van bereikbaarheid en keuzevrijheid optimaal van schaalvoordelen te profiteren. Zo gelden er thans opheffingsnormen die afhankelijk zijn van de bevolkingsdichtheid van vier- tot elfjarigen in een gemeente. Voor de dichtstbevolkte gebieden geldt een opheffingsnorm van tweehonderd, voor de minst bevolkte gebieden een van 23. Verder worden er uitzonderingsbepalingen gehanteerd op grond van afstanden naar de dichtstbijzijnde school of naar de dichtstbijzijnde school van dezelfde denominatie. Uiteindelijk zijn tussen 1993 en 1997 met deze maatregel 1.100 basisscholen in Nederland opgeheven zonder dat hierbij sprake is geweest van kaalslag in bepaalde gebieden.

Conclusies en aanbevelingen

Hoewel het hier om een zeer globale berekening gaat, is uit het bovenstaande af te leiden dat bereikbaarheid een substantiële kostenpost vormt in de ziekenhuiszorg. Schaalvergroting raakt juist deze kostenpost in belangrijke mate. Hier is tot op heden in de politiek en in de sector zelf nauwelijks rekening mee gehouden. Het is daarom aan te bevelen dat de overheid expliciete bereikbaarheidscriteria formuleert, eventueel onderscheiden naar verschillende soorten zorgaanbod van ziekenhuizen. Deze criteria dienen vervolgens te worden vertaald naar aanpassingen in de regelgeving, zoals de capaciteitsplanning en de budgettering. Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat voor een goede bereikbaarheid een aantal kleine ziekenhuizen in stand dient te worden gehouden. Eventueel moeten deze kleine ziekenhuizen een compensatie voor schaalnadelen ontvangen.

Het in de afgelopen jaren gevoerde beleid in de ziekenhuissector staat in schril contrast met de evenwichtige manier waarop staatssecretaris Wallage in de jaren negentig samen met het onderwijsveld de schaalvergroting in het basisonderwijs gestalte gaf. Een blauwdruk ligt daar klaar

¹ Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het ministerie van VWS voor het jaar 2000, Tweede Kamer, verslagjaar 1999-2000, nr. 26 800 XVI (motie Buijs), 2000.

2 Zie J.L.T. Blank, *Kosten van kennis: een empirisch onderzoek naar de productiestructuur van het basisonderwijs in Nederland*, Vuga/SCP, Rijswijk, 1993, blz. 70-74.

3 Deze snelheid is optimistisch tentatief. Uit dienstroosters van het openbaar vervoer is af te leiden dat op de middellange afstand (zes tot vijftien kilometer) de gemiddelde snelheid tussen de twintig en 25 kilometer per uur ligt. Binnen de bebouwde kom zal de snelheid van auto's niet veel hoger zijn. Op langere trajecten gelden wellicht hogere snelheden, op korte trajecten juist lagere.

4 Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, *Toerusting en bereikbaarheid van basisscholen*, Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, Zoetermeer, 1991.