

Volumestijging in de zorg lastig in te schatten

O. van Hilten

De auteur is werkzaam bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De auteur wil graag Foske Kleima en Jan Smit (beiden CBS) bedanken voor hun bijdragen aan dit artikel.

OHLN@cbs.nl

Het bepalen van volumegroei in de zorg is een lastige zaak.

Het CBS werkt aan een verbeterde statistiek en raamt de groei tussen 1998 en 2002 op ongeveer 3,5 procent per jaar. Dat is een procentpunt hoger dan de groei zoals destijds geraamd door het kabinet-Paars II en ook hoger dan de groei waarvan het huidige kabinet uitgaat. De Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven schat de groei weer veel te hoog in.

Onlangs heeft de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) onderzocht of de extra middelen voor de zorgsector in de periode 1994-2002 (€ 15,6 miljard) effectief zijn besteed (TCOZ, 2004). Het ministerie van VWS heeft deze middelengroei voor de commissie gesplitst in volumegroei en prijsstijging. Voor de periode 1998-2002 laten de cijfers in het rapport een gemiddelde jaarlijkse volumegroei zien van 5,7 procent per jaar. Die groei is veel hoger dan de bevolkingsgroei (0,7 procent per jaar) of de economische groei (2,2 procent per jaar) in dezelfde periode.

De commissie realiseert zich dat de cijfers van het ministerie (het zogenoemde Budgettair Kader Zorg, BKZ) niet de gehele zorg dekken en dat de definitie in de loop van de tijd wijzigt door veranderingen in het verzekerde pakket of veranderende begrotingsregels. De commissie plaatst dan ook de nodige kant-

tekeningen bij de cijfers. Wat de minister volumegroei noemt, zegt volgens de commissie nog niets over extra productie. Want die volumegroei luidt in euro's, die – zo merkt de commissie terecht op – ook besteed kunnen zijn aan betere arbeidsvoorwaarden of meer overhead.

In dit artikel wordt de analyse van de besteding van de zorgmiddelen op macroniveau overgedaan voor de periode 1998-2002, maar dan op basis van CBS-cijfers. Deze cijfers hebben – in tegenstelling tot het BKZ – wel betrekking op de *feitelijke* kosten van (vrijwel) de gehele zorg. Bovendien wordt gebruik gemaakt van een volumebegrip dat wel degelijk iets zegt over de (fysieke) productie. Uit de analyse zal blijken dat het meten van volumegroei in de zorg erg moeilijk is en voor verbetering vatbaar, maar dat de cijfers desalniettemin duiden op een aanzienlijk lagere volumegroei dan de commissie presenteert.

Statistiek Zorgrekeningen

In de statistiek Zorgrekeningen van het CBS (Smit & Van Mosseveld, 2003) wordt getracht alle uitgaven aan gezondheids- en welzijnzorg in kaart te brengen, ongeacht wie die zorg levert of hoe die gefinancierd is. Het basisjaar voor deze statistiek is 1998. De statistiek is nog in ontwikkeling, maar met de huidige cijfers wordt het gehele zorgterrein, exclusief enkele onderdelen van de welzijnzorg, bestreken. De definitie van zorg is hiermee veel ruimer dan het beleidsterrein van het ministerie van VWS; daarbinnen valt grofweg alleen de zorg die overeenkomt met de verstrekkingen van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Bovendien zijn er sectoren (zoals kinderopvang en Arbo-dienstverlening) die niet tot het beleidsterrein van VWS horen, maar wel tot de Zorgrekeningen. Het feit dat de inhoud van het ziekenfondspakket en de definities van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) nogal eens wijzigen, maakt de cijfers van de Zorgnota moeilijk hanteerbaar in longitudinale analyses. Ter illustratie: de kosten van de zorg in 2003 bedragen volgens de Zorgnota € 39,3 miljard terwijl de totale uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen € 57,0 miljard bedragen.

Prijs- of volumestijging?

De stijging van de kosten van de zorg wordt bepaald door veranderingen in de zorgproductie (het volume) en prijsontwikkelingen. Over een goede definitie van 'volume' bestaat weinig onenigheid: per zorgsector de hoeveelheid zorg geleverd aan patiënten, rekening houdend met veranderingen in de kwaliteit van de zorg. Daarbij gaat het niet om het tellen van ligdagen, consulten en operaties, maar om 'complete behandelingen'. Veranderingen in kwaliteit van de behandeling moeten in het volume terechtkomen en niet bij de prijzen. De meting van volume volgens deze definitie is een complex probleem, maar één ding is duidelijk: volumegroei volgens deze definitie heeft alles te maken met extra productie.

Meetmethoden

Bij zo'n complete behandeling zijn veelal verschillende zorgaanbieders betrokken, bijvoorbeeld de keten huisarts-ziekenhuis-apotheker-fysiotherapeut. Door complete behandelingen te tellen, kan rekening gehouden worden met substitutie binnen zo'n zorgketen. Het moge duidelijk zijn dat een dergelijke aanpak zeer hoge eisen stelt aan de beschikbaarheid van data. Aan deze eisen wordt op dit moment bij lange na niet voldaan. Voor

veel sectoren zijn productiegegevens (aan wie welke zorg is geleverd) slechts voor een kleine steekproef van zorgaanbieders bekend en koppeling van gegevens over de sectorgrenzen heen gebeurt nog amper. De Europese statistische bureaus hebben daarom afgesproken dat het volume voorlopig wordt vastgesteld op sectorniveau (bijvoorbeeld ziekenhuizen of thuiszorg), maar dat wel eisen worden gesteld aan de methoden. De bestaande methoden om volume- en prijsontwikkelingen te bepalen zijn verdeeld in drie groepen: goede, voldoende en onvoldoende methoden (Eurostat, 2001). De onvoldoende methoden meten geen output, maar gebruiken inputontwikkelingen als proxy. Voldoende methoden meten weliswaar output, maar corrigeren niet of niet goed voor kwaliteitsveranderingen. Goede methoden ten slotte meten output én corrigeren goed voor kwaliteit.

De door het CBS gehanteerde methoden voor de bepaling van prijs- en volumeontwikkelingen in de zorg zijn soms 'voldoende', soms 'onvoldoende'. De Europese statistische bureaus hebben afgesproken dat met ingang van 2006 'onvoldoende' methoden niet meer gebruikt zullen worden. Om aan deze afspraak te voldoen is door het CBS een onderzoeksprogramma opgezet. Dit programma heeft inmiddels de eerste vruchten afgeworpen.

Voor de ziekenhuizen is een nieuwe methode ontwikkeld om de volumeverandering te bepalen op basis van het concept van de 'complete behandeling' (zie onder). Als deze methode geïmplementeerd is, dan wordt daarna nog voor ongeveer twintig procent van de kosten van de zorg noodgedwongen een 'onvoldoende' methode gebruikt, omdat aan de verschillende producten van een sector geen eenduidige prijs of tarief hangt of omdat er geen gegevens zijn over de omzet per product.

Werkelijke zorguitgaven

In figuur 1 is weergegeven hoe de uitgaven aan zorg zich in de periode 1998-2002 hebben ontwikkeld, uitgesplitst in een volume- en een prijsontwikkeling.¹

Aan de hand van de in de figuur gepresenteerde sectoren kan goed geïllustreerd worden hoe de (nieuwe) methode om volume te bepalen werkt en wat de tekortkomingen zijn.

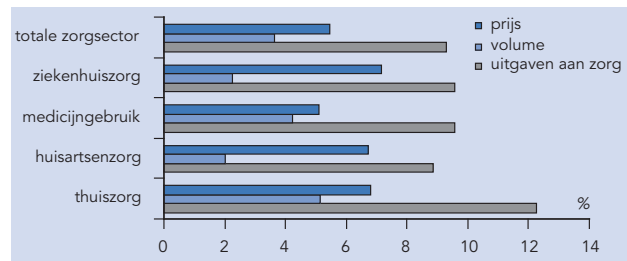
Ziekenhuiszorg

Voor ziekenhuiszorg is recent een nieuwe methode ontwikkeld (Kleima et al., 2004) waarbij de behandeling de eenheid van productie vormt. Er wordt gebruik gemaakt van een bestaande integrale registratie (LMR, Landelijke Medische Registratie) waarin individuele ontslagen gespecificeerd naar diagnose zijn vastgelegd. Geteld wordt het aantal ziekenhuisontslagen uit dag- én klinische behandeling per diagnose en leeftijdsklasse. Er worden duizend diagnoses en zeven leeftijdsgroepen onderscheiden. De zeventienduizend partiële volume-indicatoren worden samengewogen met behulp van het totale aantal ligdagen per diagnose/leeftijdsgroep uit het voorgaande jaar. Omdat in de LMR geen poliklinische behandelingen worden geregistreerd, geldt de ontwikkelde index alleen voor klinische en dagbehandelingen.

Aangezien bij deze methode dagbehandelingen en klinische behandelingen opgeteld worden, leidt de substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen niet tot een volumedaling (hetgeen in de oude methode wel het geval was). Er wordt geen rekening gehouden met verbeterde of nieuwe behandelmethoden, omdat hierover geen informatie beschikbaar is.

Figuur 1.

Gemiddelde jaarlijkse groei van prijs, volume en uitgaven aan zorg, 1998-2002



Thuiszorg

De thuiszorg is momenteel vrijwel volledig output-gefinancierd: er zijn producten gedefinieerd en die producten hebben een prijs of tarief. Dit maakt het mogelijk een methode toe te passen die het predikaat 'voldoende' verdient. Het totaal aantal uren verpleging en verzorging groeit gemiddeld met 5,3 procent per jaar en de kraamzorguren zijn met gemiddeld 1,5 procent per jaar gedaald (CBS-LVT, 2004). De 'gewogen' gemiddelde groei van kraamzorguren en verpleging- en verzorgingsuren komt daarmee heel dicht in de buurt van het volumecijfer in figuur 1. De hoge prijsontwikkeling heeft onder andere te maken met het feit dat veel van de middelen die de afgelopen jaren ter beschikking zijn gesteld voor werkdruk- en arbeidsmarktbeleid naar 'verpleging en verzorging' zijn gegaan.

Huisartsen

De productie van huisartsen uit zich vooral in contacten met patiënten: consulten in de praktijk, aan huis of telefonisch, herhalingsrecepten, verschillende soorten behandelingen door arts of assistent. De contacten zijn echter zeer divers en kunnen dus niet zomaar opgeteld worden. Hier ontbreekt dus een eenduidig productiegroei-cijfer. De gehanteerde indirecte methode (de output defleren met de tarieven van de producten) levert dan een meer bruikbare, zij het wat abstracte, volume-indicator dan de sterk uiteenlopende direct gemeten indicatoren van de productie. Het grote verschil tussen uitgavengroei en volumegroei komt door de verbeterde inkomenspositie van huisartsen en door een nieuwe structuur voor nacht- en weekenddiensten (de huisartsenposten).

Medicijnen

De uitgavenontwikkeling wordt gedefleerd met de ontwikkeling van de praktijkkosten. Dit is duidelijk een 'onvoldoende' methode. Impliciet komen (dure) verbeterde en nieuwe medicijnen wel in het volume terecht (hetgeen terecht is), maar ook een daling van de inkoopkosten als gevolg van het vervallen van octrooien komt in het volume terecht, terwijl het om een prijsdaling gaat.

De gemiddelde groei van het aantal voorschriften in de periode 1998-2002 voor ziekenfonds- en particulier verzekerden gezamenlijk, wordt door het CVZ geraamd op 2,2 procent per jaar (CVZ, 2003). Dat zegt echter lang niet alles: artsen schrijven per recept steeds grotere hoeveelheden medicijnen uit en er worden voortdurend nieuwe medicijnen geïntroduceerd

¹ De cijfers wijken als gevolg van voortschrijdend inzicht én toepassing van de nieuwe methode voor prijs/volume-meting in ziekenhuizen af van de op www.cbs.nl gepubliceerde voorlopige cijfers.

(*Pharmaceutisch Weekblad*, 2003; 2004). De voor kwaliteit gecorrigeerde volumegroei zal dus zeker hoger liggen dan 2,2 procent, maar het blijft de vraag of de 4,2 procent van de Zorgrekeningen een adequate benadering is.

Gemengd beeld

Deze voorbeelden leveren een gemengd beeld op. De commissie wil graag tastbare indicatoren van gerealiseerde productie. Echter, per sector zijn er vaak meerdere producten die op een of andere manier samengewogen moeten worden. Bovendien worden kwaliteitsveranderingen veronachtzaamd bij het tellen van aantallen ligdagen, consulten en medicijnen. De door het CBS berekende volume-indicatoren lossen in de meeste sectoren het eerste bezwaar op doordat verschillende producten op een consistente wijze worden samengewogen tot één indicator. Methoden waarvoor de benodigde data over een reeks van jaren beschikbaar zijn zodat expliciet rekening kan worden gehouden met kwaliteitsveranderingen ontbreken vooralsnog.

Het verschil tussen de cijfers van de parlementaire commissie en de Zorgrekeningen is zeer aanzienlijk

Hoge inschatting TCOZ

Zoals gezegd komen de cijfers van de commissie neer op een gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 5,7 procent in de periode 1998-2002. De Zorgrekeningen komen op 3,6 procent per jaar. In de Zorgrekeningen zit een aantal snelle groeiers zoals de kinderopvang en de Arbo-dienstverlening. Als die uit de Zorgrekeningen worden gehaald, daalt het volumecijfer voor het restant naar 3,3 procent per jaar. Het verschil tussen de cijfers van de parlementaire commissie en de Zorgrekeningen is dus zeer aanzienlijk. Het ministerie van vws heeft het volumecijfer bepaald door de middelen die beschikbaar zijn gesteld te oormerken als prijs en volume. In de eerste plaats wordt daarmee een input-indicator gebruikt om output te meten. Dat is door Eurostat gekwalificeerd als een onvoldoende methode. In de tweede plaats zijn bijvoorbeeld de middelen die beschikbaar zijn gesteld voor werkdrukvermindering en arbeidsmarktbeleid volledig tot volume gerekend. Zolang die middelen gebruikt worden voor verbetering van de arbeidsvoorwaarden, is er echter geen direct effect op het geproduceerde volume. In het CBS-cijfer komen deze middelen daarom ook in de prijs terecht. Geconcludeerd kan worden dat de volumegroei door de TCOZ, op basis van cijfers van het ministerie van vws, erg hoog wordt ingeschat.

Ramingen

Voor de periode 2003-2006 zijn enkele jaren geleden door CPB/SCP (2001) en RIVM/EUR (2002) ramingen gemaakt voor de groei van het zorgvolume. Deze ramingen kwamen uit op een jaarlijkse volumegroei van 2,5 procent. Deze ramingen zijn overgenomen door de kabinetten-Balkenende I en II. De ramingen leunden sterk op CBS-cijfers uit de voorloper van de

hier besproken statistiek Zorgrekeningen. Deze cijfers lieten voor de jaren negentig een gemiddelde volumegroei van 2,5 procent zien. Deze trend komt terug in de ramingen. Met de nieuwe statistiek Zorgrekeningen, met daarin een betere dekking van het zorgterrein en een sterk verbeterde methode van volumemeting, kan het CBS een beter fundament bieden voor ramingen van het toekomstige zorgvolume. De realisaties over de periode 1998-2002 wijzen op een hogere volumegroei dan destijds geraamd. Deze groei ligt nog wel veel lager dan men op basis van de cijfers van de TCOZ zou denken.

Conclusie

Op basis van de cijfers uit de statistiek Zorgrekeningen van het CBS kan de gemiddelde jaarlijkse volumegroei in de periode 1998-2002 becijferd worden op 3,3 à 3,6 procent. Dit cijfer hangt af van de exacte definitie van zorg. Dat is beduidend hoger dan de volumegroei waar de laatste drie kabinetten vanuit zijn gegaan. De volumegroei is echter veel minder hoog dan gesuggereerd wordt door de cijfers waarop de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven zich baseert (5,7 procent volumegroei per jaar voor de periode 1998-2002).

Het bepalen van de volumegroei in de zorg is een uiterst complexe zaak. De huidige cijfers moeten derhalve met grote voorzichtigheid gebruikt worden. Dat geldt in het bijzonder voor analyses van de arbeidsproductiviteit in de zorg. Zonder betrouwbare volumecijfers kunnen ook geen betrouwbare productiviteitscijfers worden geleverd. ■

Onno van Hilten

Literatuur

- CVZ (2003) *GIPeilingen 1994-2002: Kentallen farmaceutische zorg*. Diemen, december 2003, nr. 21.
- Eurostat (2001) *Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts*. Luxembourg.
- CBS-LVT (2004) *Jaarboek Thuiszorg 2001-2002*. Voorburg.
- Folmer, K., E. Mot, R. Douven, E. van Gameren, I. Woittiez en J. Timmermans (2001) *Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006*. CPB/SCP, CPB document nr. 007, Den Haag.
- Kleima, F., P. Warns en E. Opperdoes (2004) *Constructing a Volume Index for Hospital Services in the Netherlands*. CBS, Voorburg.
- Pharmaceutisch Weekblad (2003) *Hogere kosten door nieuwe geneesmiddelen*, 138(36), 5 september 2003.
- Pharmaceutisch Weekblad (2004) *Chronisch gebruik neemt flink toe*, 139(4), 23 januari 2004.
- Polder, J.J., J. Takken, W.J. Meerdling, G.J. Kommer en L.J. Stokx (2002) *Kosten van ziekten in Nederland; de zorgeuro ontrafeld*. RIVM/EUR, Bilthoven.
- Smit, J.M. en C.J.P.M. van Mosseveld (2003) *Working Paper Zorgrekeningen 1998-2002*. CBS, Voorburg.
- TCOZ (2004) *Rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 288 52, nrs. 2-3.