

Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector

O. van Hilten, F. Kleima, H. Langenberg en P. Warns

De auteurs zijn werkzaam bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

OHLN@CBS.nl

Bij het meten van arbeidsproductiviteit in de zorg moet de geleverde zorg gedeeld worden door de totale inspanning. Verschillende definities leiden tot verschillende cijfers.

Het begrip arbeidsproductiviteit lijkt simpel: de productie per ingezette eenheid arbeid. In de zorgsector stuit dit begrip echter op aanzienlijke problemen, zowel conceptueel als operationeel. Het begint met de vraag: wat is de productie van de zorgsector? Wat je als product wilt definiëren, is vaak iets anders dan wat zorginstellingen in hun administratie registreren. Het meten van productie in zinvolle eenheden is niet altijd mogelijk.

Anders dan bij industrieel vervaardigde goederen, zijn (zorg)diensten bijna per definitie unieke producten. Vergelijken in de tijd zijn daardoor extra moeilijk, omdat die producten veranderen zonder dat we dat goed meten.

Om arbeidsproductiviteit uit te rekenen op het niveau van een instelling of een zorgsector, moeten die producten opgeteld worden. In een markteconomie kunnen prijzen worden gebruikt om producten te wegen en op te tellen. In de zorg hebben de beschikbare tarieven geen betrekking op de (eind)producten die we willen tellen, maar op deelbehandelingen (halffabrikaten) zoals ligdagen en operaties.

Wat je als zorgproducten wilt definiëren, is vaak anders dan wat zorginstellingen in hun administratie registreren

Eenheden

Producten definiëren, tellen en wegen zijn stuk voor stuk moeilijke stappen. Dit geldt ook voor het verzamelen van de juiste gegevens over de arbeidsinzet. In welke eenheid moet die gemeten worden? Moet er wel of geen onderscheid worden gemaakt naar functie, opleiding of ervaring? Duidelijk is in elk geval dat ook de factor arbeid verre van homogeen is.

Zowel de teller (productie) als de noemer (arbeid) van arbeidsproductiviteit is heterogeen: wezenlijk verschillende producten, wezenlijk verschillende soorten arbeid. Zonder adequate definitie, meting en weging van die afzonderlijke onderdelen, worden appels en peren opgeteld en ook nog eens op elkaar gedeeld. Iedere gebruiker van analyses over arbeidsproductiviteit zal zich dus te allen tijde zeer goed moeten afvragen hoe productie en arbeidsvolume worden gedefinieerd en gemeten.

Het meten van arbeidsproductiviteit

We weten vrij nauwkeurig hoeveel de kosten van de zorg stij-

gen: ongeveer 55 procent in de periode van 1998 tot 2003, niet gecorrigeerd voor inflatie. Ook weten we met hoeveel procent de arbeidsinzet, gemeten in voltijdequivalenten, is gegroeid: een kleine 20 procent in dezelfde periode (CBS, Statline; beide cijfers hebben betrekking op de bedrijfstak Gezondheids- en welzijnzorg, SBI 85).

Desondanks spreken verschillende studies over arbeidsproductiviteitsontwikkeling elkaar vaak tegen. In 1998 werd over de ziekenhuissector geschreven dat *“de verschillende gepubliceerde productiviteitscijfers een verwarrend beeld te zien geven”* (Blank et al., 1998).

Alvorens dieper in te gaan op de teller (de productie) en de noemer (de ingezette arbeid) van arbeidsproductiviteit, is het van belang een aantal eisen te formuleren waaraan de cijfers moeten voldoen.

Bij het meten van arbeidsproductiviteit gaat het bijna altijd om de verandering in de tijd. Prijs- en loonontwikkelingen mogen de analyse niet vertroebelen. Het gaat dus om het bepalen van de *reële* ontwikkeling van de productie. Het ontbreken van prijzen van de producten die we willen tellen, is hierbij een probleem.

Aansluiting

Ook is het essentieel dat de productie en het arbeidsvolume op elkaar aansluiten. Als bijvoorbeeld de inzet van uitzendkrachten per instelling of in de loop van de tijd sterk varieert, worden de cijfers over arbeidsproductiviteit vertekend. Uitzendkrachten staan niet op de loonlijst van de instelling. Om in dergelijke gevallen teller en noemer goed op elkaar te laten aansluiten, moet in de teller de toegevoegde waarde (totale productie minus intermediair verbruik) gehanteerd worden. Dat vergt wel extra data.

Een praktisch probleem is verder dat zorginstellingen niet alleen zorg produceren. Zo wordt door academische ziekenhuizen ook onderwijs geproduceerd. Als we in de noemer alle ingezette arbeid tellen, moeten we in de teller zorg én onderwijs meenemen. Dat betekent dat we zorg en onderwijs moeten optellen en dus wegen. We zouden ook in de teller alleen de geleverde zorg kunnen tellen, maar dan moeten we op de noemer de aan onderwijs bestede tijd in mindering brengen. Daarvoor ontbreken de data.

Cijfers over (de ontwikkeling van) de arbeidsproductiviteit in de zorgsector krijgen pas echt betekenis als ze vergeleken kunnen worden met andere sectoren in de Nederlandse economie of met de zorgsector in andere landen. Dat impliceert dat er vergelijkbare definities moeten worden gebruikt.

De teller

Voor het berekenen van de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit is de reële mutatie van de productie nodig. Deze is rechtstreeks te meten of af te leiden uit het verloop van de productiewaarde in lopende prijzen en de prijsverandering. Cruciaal in beide gevallen zijn de volgende vragen: In welke eenheden moet de productie gemeten worden? Kan een prijs per eenheid product worden vastgesteld? Hoeveel verschillende producten moeten worden onderscheiden? Wat is het effect van substitutie van producten? Hoe moet worden omgegaan met kwaliteitsveranderingen? Bij de beantwoording van deze vragen moet onderscheid gemaakt worden tussen zorg gericht op behandeling en genezing (*cure*) en zorg gericht op verpleging en verzorging (*care*).



Cure

Volgens het Europese handboek voor het meten van prijs- en hoeveelheidsontwikkelingen moet in de curatieve zorg 'de complete behandeling' als eenheid worden gebruikt (Eurostat, 2001). Dit betekent dat bijvoorbeeld een behandeling van een versleten heup begint als de patiënt voor het eerst zijn huisarts consulteert en eindigt op het moment dat hij – na ziekenhuisopname, thuiszorg en revalidatie – voor een laatste controle bij de specialist komt. Alleen door een behandeling zo te definiëren, kan rekening worden gehouden met de complementariteit van deelbehandelingen. Een verkorting van de verpleegduur gecombineerd met landuriger thuiszorg leidt alleen dan tot een ander product als de patiënt er na afloop beter of slechter aan toe is dan met de oude behandelwijze. De behandeling wordt dus gekarakteriseerd door de kwaliteit en het resultaat van de behandeling en niet door het productieproces (de verleende verpleegkundige hulp en de uitgevoerde medische verrichtingen).

Het waarnemen van 'complete behandelingen' blijkt in de praktijk voor veel landen niet uitvoerbaar omdat er te weinig gegevens beschikbaar zijn om deelbehandelingen te koppelen. Europese richtlijnen (EG, 2002) staan daarom toe dat indicatoren

gebaseerd worden op 'complete behandelingen' per deelsector van de zorg, zoals de ziekenhuizen.

Om aan deze Europese richtlijnen te voldoen, heeft het CBS op basis van de landelijke medische registratie (LMR) een volume-indicator voor klinische ziekenhuiszorg ontwikkeld (Kleima et al., 2004). Er is gekozen voor een volume-indicator omdat het niet mogelijk is prijzen per complete behandeling waar te nemen. Een behandeling wordt benaderd door een ziekenhuisontslag, hoewel er natuurlijk behandelingen zijn die uit een serie van opnames bestaan. Gekozen is om duizend diagnoses en zeven leeftijdsklassen te onderscheiden. Binnen een diagnose/leeftijdsklasse worden klinische ontslagen en ontslagen uit dagbehandeling opgeteld onder de aanname dat steeds vaker substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen plaatsvindt. Wegingsfactoren worden benaderd door het aantal verpleegdagen (klinisch en dagbehandeling) per leeftijdsdiagnosegroep te gebruiken. De productie van ziekenhuizen volgens deze methode groeit in de periode 2002-2003 meer dan tweemaal zo hard als in een recente studie van Roland Berger (Gupta, 2004). Het belangrijkste verschil tussen beide methodes is dat in de studie van Roland Berger uitgegaan wordt van deelbehandelingen (half-fabrikaten) die op een bepaalde manier gewogen worden, en niet van 'complete' behandelingen.

Care

Omdat in de sector verpleging en verzorging behandeling niet is gericht op genezing, kan en moet de eenheid van productie hier anders gedefinieerd worden. In de Europese richtlijnen wordt de verblijfsdag als eenheid van productie voorgesteld. Ook hier is de praktische uitvoering niet eenvoudig. Als voor verzorgingshuizen het aantal verblijfdagen als eenheid van productie wordt genomen, gaan we voorbij aan het feit dat de ene bewoner meer zorg behoeft dan de ander. Ouderen hebben over het algemeen meer hulp nodig dan jongeren en hun aantal neemt steeds verder toe. Daardoor stijgt de gemiddelde zorgbehoefte en dus de arbeidsinzet per verblijfsdag. Daardoor kan onterecht een daling van de arbeidsproductiviteit worden gemeten.

Er moet daarom gedifferentieerd worden naar zorgzwaarte. Bewoners kunnen bijvoorbeeld ingedeeld worden in zorgzwaartecategorieën, aan de hand van de benodigde zorg per dag (de EBIS-zorgmeting). Als de verleende zorg in minuten daalt, kan dat duiden op een stijging van de arbeidsproductiviteit, maar ook op kwalitatief mindere zorg. Stel dat bewoners in plaats van elke dag eens in de week geholpen worden bij het douchen, dan is de kwaliteit van de zorg gedaald. Het is een vooruitgang dat verschillen in zorgzwaarte op deze wijze worden geregistreerd. Zolang het 'product' in termen van uren verleende zorg wordt geregistreerd, is het echter vrijwel ondoenlijk om wijzigingen in de arbeidsproductiviteit en wijzigingen in de kwaliteit van het product uit elkaar te houden (zie ook WRR, 1999).

De door het CBS gebruikte methodes moeten, voor de gehele zorgsector, uiterlijk in 2006 aan de Europese eisen voldoen. Maar ook dan zal nog lang niet altijd op adequate wijze worden omgegaan met kwaliteitsveranderingen. Het corrigeren voor kwaliteit is namelijk zó moeilijk dat de Europese richtlijnen toestaan dit achterwege te laten. Daarin onderscheidt de zorgsector zich overigens niet van andere onderdelen van de dienstensector.

¹ Voorbeelden hiervan zijn de structuurindicatoren die in het kader van de Lisabon-strategie door de Europese Raad zijn geformuleerd (Europese Raad, 2004).

De noemer

De noemer moet een nauwkeurige afspiegeling zijn van de totale arbeidsinzet. Het totale aantal banen of werkzame personen is daarvoor minder geschikt, maar bij internationale vergelijkingen wordt vaak gekeken naar werkzame personen.¹ Dit omdat in veel landen de redelijk geharmoniseerde Enquête Beroepsbevolking (*Labour Force Survey*) wordt uitgevoerd, waarin de focus ligt op personen. Voor de beoordeling van met name de Nederlandse situatie zijn de werkzame personen een ongelukkige keuze, aangezien hier naar verhouding veel in deeltijd wordt gewerkt. Dit geldt in het bijzonder voor de zorgsector.

Het arbeidsvolume in voltijdequivalenten is een betere maat voor de arbeidsinzet. Het voltijdequivalent van een werknemersbaan wordt bepaald door het aantal overeengekomen uren per jaar behorende bij deze baan te delen door de overeengekomen jaarlijkse arbeidsduur behorende bij een voltijd baan. Het probleem met deze maat is echter dat de werkweek van een voltijder kan verschillen van bedrijfstak tot bedrijfstak en van land tot land. Ook kan de werkweek in de loop der jaren veranderen. Zo gingen veel zorginstellingen eind jaren negentig over op een 36-urige werkweek. Het effect hiervan op de feitelijke arbeidsinzet wordt niet goed weergegeven door de ontwikkeling van het aantal voltijdequivalenten.

De beschikbare data schieten vaak nog ernstig tekort om arbeidsproductiviteit goed te meten

Gewerkte uren

Een betere vaststelling van de totale arbeidsinzet is het rechtstreeks meten van uren. Het CBS publiceert momenteel al aantallen contractuele en betaalde uren en voegt daar in de zomer van 2005 feitelijk gewerkte uren aan toe. Naast Nederland zullen steeds meer landen er de komende jaren toe overgaan om gewerkte uren te publiceren. Hiermee wordt de vaststelling van de noemer in de arbeidsproductiviteit verbeterd.

Specifieke problemen bij het meten van de arbeidsinzet in de zorg zijn een relatief hoog aantal zelfstandigen en een toenemend aantal uitzend- en detachingskrachten. Arbeidsmarktgegevens over zelfstandigen zijn veel lastiger te verkrijgen dan gegevens over werknemers. Het probleem bij uitzend- en detachingskrachten is dat ze toegekend worden aan de branche vanwaaruit ze uitgezonden of gedetacheerd worden, maar niet aan de branche waar ze werkzaam zijn. Het is daarom moeilijk exact vast te stellen hoeveel uitzend- en detachingskrachten er in de zorg werkzaam zijn. Zoals reeds eerder opgemerkt, is dat bij het meten van arbeidsproductiviteit geen probleem, zolang het intermediair verbruik (waartoe het inhuren van uitzend- of detachingskrachten behoort) afgetrokken wordt van de productiewaarde. Is dit niet mogelijk, dan sluiten noemer en teller slecht op elkaar aan.

Heterogeniteit

Een algemeen probleem is de heterogeniteit van de arbeid. Zo worden in huisartspraktijken eenvoudige taken in toenemende

mate overgenomen door de praktijkassistent(e) of de zogenaamde *praktijkondersteuner*. Om het effect daarvan op de arbeidsproductiviteit te meten, moeten we inzicht hebben in de samenstelling van het personeel dat werkzaam is in huisartsenpraktijken. Dat wordt echter niet systematisch en met een redelijke frequentie gemeten. Bovendien lijken deze ontwikkelingen eerder te leiden tot hogere kwaliteit van de zorg dan tot een geringere werkbelasting van de huisarts (Drijver et al., 2004; Lamkaddem et al., 2004). Om dit terug te zien in de cijfers over arbeidsproductiviteit, moet de kwaliteit wél nauwkeurig gemeten kunnen worden.

Conclusie

Er zijn zeker positieve ontwikkelingen (gewerkte uren in plaats van voltijdequivalenten, betere volumemeting), maar om arbeidsproductiviteit goed te meten, schieten de beschikbare data vaak nog ernstig tekort. Het gaat dan met name om gedetailleerde informatie over de verleende zorg op persoonsniveau, over sectorgrenzen heen, in termen van *output* in plaats van *input* en om differentiatie van arbeidsvolumecijfers naar functie. Dat is echter niet zonder meer een argument voor nog meer dataverzameling. Misschien zijn de kosten van die dataverzameling groter dan de baten van het verbeterde inzicht in arbeidsproductiviteit.

Perfekte meting van arbeidsproductiviteit is een theoretisch ideaal. Opstellers van cijfers over arbeidsproductiviteit moeten de vereenvoudigingen die ze noodgedwongen toepassen expliciteren en op zijn minst in kwalitatieve zin beschrijven welke gevolgen die vereenvoudigingen hebben voor hun conclusies. Gebruikers van cijfers over arbeidsproductiviteit moeten zich te allen tijde zeer goed afvragen hoe productie en arbeidsvolume worden gedefinieerd en gemeten. ■

Onno van Hilten, Foske Kleima, Hans Langenberg en Paul Warns

Literatuur

- Blank, J.L.T., E. Eggink & A.H.Q.M. Merkies (1998) Tussen bed en budget. Sociale en Culturele Studies 26, Den Haag: SCP.
- Drijver, R., E. Verkooyen & A. Bolhuis (2004) Winst door triage. Medisch Contact, 17 december 2004.
- EG (2002) Verordening. Nr. 2223/96 en corresponderende beschikking van de commissie N 2002/990/EG die betrekking heeft op de principes van prijs- en volumemeting in de Nationale Rekeningen.
- Eurostat (2001) Handbook on price and volume measures in national accounts. Luxemborg.
- Europese Raad (2004), Update of the Statistical Annex (annex 1) to the 2004 Report from the Commission to the Spring European Council, Brussel, 16 maart 2004.
- Gupta, A.M. (2004) The calm before the storm; Dutch hospitals 2004 – Key developments and trends. Roland Berger Strategy Consultants.
- Hilten, O. van (2004) Volumestijging in de zorg lastig in te schatten. *ESB*, 608-2004.
- Kleima, F. J., P. Warns & E. Opperdoes (2004) Constructing a Volume Index for Hospital Services in the Netherlands. Te verschijnen in: *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*.
- Lamkaddem, M., D. de Bakker, A. Nijland & J. de Haan (2004) De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen. Utrecht: Nivel.
- Mosseveld, C.J.P.M. van, J.M. Smit & M.F.C. Freese (2004) Working paper Zorgrekeningen 1998-2003. CBS, Voorburg.
- WRR (1999) Generatiebewust beleid. WRR 55, Den Haag.