



Wel genezen, niet verzorgen?

Auteur(s):

Nouws, H.

De auteur is medewerker bij RIGO Research en Advies te Amsterdam. Dit artikel is gebaseerd op het rapport: Wel genezen, niet verzorgen? De veranderende verhouding tussen cure en care in de gezondheidszorg voor ouderen.

Verschenen in:

ESB, 81e jaargang, nr. 4048, pagina 221, 6 maart 1996

Rubriek:

Monitor

Trefwoord(en):

gezondheidszorg

Verschillen in productiviteitsontwikkeling leiden ertoe dat de beschikbaarheid van cure- en care-voorzieningen in de gezondheidszorg uit de pas gaan lopen.

Per 1 januari 1996 is De Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid opgeheven. De laatste vraag die de Raad zich gesteld heeft was of de verhouding tussen 'cure' en 'care' in de gezondheidszorg voor ouderen is veranderd in het nadeel van care. In opdracht van de Raad hebben wij de ontwikkeling over een periode van 20 jaar vergeleken en kwamen wij tot de conclusie dat er inderdaad sprake is van scheefgroei. Dit artikel gaat in op de vraag hoe de ontwikkeling van cure en care gemeten kan worden, welke moeilijkheden zich voordoen en wat de uitkomsten zijn. De conclusie luidt dat een ogenschijnlijk evenwichtige budgettering door de overheid leidt tot een klaarblijkelijk onvoldoende onderkende scheefgroei ten koste van de ouderenzorg.

Cure versus care

De laatste jaren wordt in het beleid voor de gezondheidszorg een globale tweedeling aangebracht tussen cure en care. Cure is gericht op het verbeteren van de gezondheid. Tot de cure-sector rekenen we ziekenhuizen, medisch-specialisten, huisartsen, paramedische zorg, geneesmiddelen, wijkverpleging, ambulante geestelijke gezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk. Care is gericht op het handhaven van resterende en het aanvullen van ontbrekende vermogens. Care-sectoren zijn psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en gezinsverzorging. Het onderscheid is niet altijd even scherp te trekken. Verpleeghuizen hebben een revalidatiefunctie, die we tot de 'cure' zouden moeten rekenen. Ook de functies van psychiatrische ziekenhuizen kunnen deels tot de 'cure' gerekend worden. De wijkverpleging biedt ook langdurige zorg aan chronisch zieken, 'care' dus.

Kostenontwikkeling

De kosten van het bij het onderzoek betrokken deel van gezondheidszorg zijn in de periode 1973-1993 ruim verviervoudigd. Dat geldt zowel voor cure als voor care (zie [tabel 1](#)). De kostenontwikkeling van de gezondheidszorg kan gesplitst worden in een volumedeel en een nominaal deel. De splitsing, zie [tabel 2](#), is grotendeels gebaseerd op de statistiek Kosten en Financiering van de Gezondheidszorg van het CBS.

Tabel 1. Ontwikkeling kosten in de cure- en care-sector in lopende prijzen x 1 mln, 1973-1993

	1973	1978	1983	1988	1993
Cure	7.468	13.957	19.591	22.943	31.316
index 1973 = 100	100	187	262	307	419
Care	3.783	8.016	11.288	12.231	15.306
index, 1973 = 100	100	212	298	323	405

Bronnen: CBS, SCP en Min. van VWS.

Tabel 2. Ontwikkeling kosten cure- en care-sector, volume versus nominaal

	1973	1978	1983	1988	1993
Volume cure	100	109	118	129	154
Volume care	100	125	137	142	152
Nomi. ontw. cure	100	172	222	238	272
Nomi. ontw. care	100	170	218	227	266

Ook de volume-ontwikkeling van de cure-sector versus de care-sector laat een over het geheel genomen gelijke ontwikkeling zien. In het eerste decennium (1973-1983) groeit de care-sector sterker dan de cure. In het laatste decennium is dit net omgekeerd: de care blijft achter bij de cure. (zie [tabel 3](#)) Dit beeld wordt sterk beïnvloed door de ziekenhuissector omdat deze een aanzienlijk aandeel heeft op de totale kosten. De ziekenhuizen hebben een zeer gematigde volumeontwikkeling doorgemaakt: 11% groei. De meeste andere cure-sectoren hebben juist een sterke volume-ontwikkeling gekend, tot soms een verdriedubbeling. Aan de andere kant, bij de care, zien we over de hele linie een gematigde volumegroei.

Tabel 3. Ontwikkeling van het prestatieproduct van verschillende sectoren van de gezondheidszorg 1973-1993

sector	indicator	tijdvak	groei/ jaar %
<i>Cure</i>			
Ziekenhuizen	verpleegdagen	73-92	-1,6
	polikliniekbezoeken	73-92	3,3
	aantal specialisten	73-93	3,8
	klinische operaties	73-93	1,9
	poliklinische operaties	73-93	10,9
	klinische verrichtingen	82-93	1,5
	polikl. verrichtingen	82-93	3,3
Wijkverpleging			
	personeel, fte	79-93	2,2
	zorgcontacten	85-92	1,9
<i>Care</i>			
Verpleeghuizen			
	verpleegdagen	73-93	2,9
Gezinsverzorging			
	personeel, fte	80-93	0,3
	uren hulp	73-93	0,4

Volume staat ter discussie

Input of output?

De precieze uitsplitsing van de kostenontwikkeling in een volumedeel en een nominaal deel staat ter discussie. Volgens de Nederlandse Zorgfederatie (NZf) zou de CBS-methode een te lage schatting opleveren van de volumegroei. Echter ook het Sociaal en Cultureel Planbureau schat de volumegroei vrij laag in. Deze ogenschijnlijke wanorde deed minister Borst tijdens de presentatie verzuchten: "wat moet ik nu als de zorgsector aangeeft dat de productiviteit almaar toeneemt, terwijl het Sociaal en Cultureel Planbureau vorige maand nog het omgekeerde beweerde? Het is in het belang van iedereen dat iedere partij zich houdt aan één cijfer, zodat we voorkomen dat cijfers gebruikt worden die het best bij bepaalde doelstellingen passen".

Het uiteenlopen van volumecijfers kan aan diverse factoren worden toegeschreven. De belangrijkste factor is het moment van meting; meet men aan het begin van het 'productieproces' of meet men aan het einde ervan. In het eerste geval gaat het om het volume van de productiemiddelen - inputvolume- en in het andere geval meet men de productie zelf, outputvolume. Het input-volume bestaat uit de productiemiddelen arbeid, kapitaal en verbruik. Het outputvolume ligt over het algemeen hoger, omdat de productie tevens wordt vergroot door productiviteitsverhoging.

De budgettaire kaders van de overheid gaan uit van een toegestane groei van de productiemiddelen. Achteraf wordt gecorrigeerd voor eventuele over- en onderschrijdingen. Het NZf volgt de andere weg en meet het volume aan het einde van het proces. Het verschil tussen dit - wat zij noemen - vraag-volume en het volume van de productiemiddelen is de veranderde productiviteit. De inschatting van de volumegroei komt daardoor aanzienlijk hoger uit. Het CBS neemt een middenpositie in. Het CBS defleert in het algemeen de waardeontwikkeling van de verschillende sectoren met prijsindices of de tariefontwikkeling. Het NZf past vooral de methode van extrapoleren toe aan de hand van volume-indicatoren als opnamen, cliënten, verrichtingen en verpleegdagen.

Productie-maatstaven

Verschillen in volume-ontwikkeling hebben ook te maken met de keuze van productiemaatstaven. Het product van de gezondheidszorg is moeilijk te objectiveren en het is dus niet verwonderlijk dat verschillende instituten verschillende maten hanteren. Verpleegdag als productiemaatstaf van de ziekenhuissector levert een zeer matige volume-ontwikkeling op omdat de verpleegduur gedurende de afgelopen decennia voortdurend bekort is. Gebruikt men daarentegen opname als productiemaatstaf, dan zal het volume veel sterker gestegen zijn. Dit is de zwakte van de meting van het outputvolume; voor iedere keuze is wel iets te zeggen, maar de resulterende cijfers zijn beperkt vergelijkbaar.

Verzorgingshuizen waar ouderen langdurig verzorgd worden, vaak tot het eind van hun leven, bieden een ander product dan ziekenhuizen waar mensen opgeknapt worden en weer naar huis gaan. Dit markeert het verschil tussen cure - een in tijd beperkte ingreep - en care - langdurige zorg. In het laatste geval, waar zorg vooral 'handen' betekent, kan de hoeveelheid arbeid (productiefactor) soms haast gelijk gesteld worden aan de hoeveelheid zorg (product). Bij een curatieve ingreep leggen techniek en verbruiksgoederen als medicijnen meer gewicht in de schaal.

Kwaliteit

Kwaliteit wordt in het algemeen beschouwd als een volume-aspect. Een beter product staat gelijk aan meer product. In de praktijk valt kwaliteit echter nauwelijks te kwantificeren. Een uitzondering maakt het NZf voor intensiveringen in het productieproces, dat wil zeggen het gebruik per patiënt. Intensiveringen worden opgeteld bij het productievolume. Per sector worden echter heel verschillende verschijnselen onder het begrip 'intensiteit' geschaard. In de ziekenhuiszorg komt de intensiteit van de behandel functie tot uitdrukking in het aantal verrichtingen per patiënt. Bij de verpleeghuizen en verzorgingshuizen is de ontwikkeling van een zg. hulpindex maat voor de intensiteit.

Hoewel de diverse opstellers van de cijfers op de hoogte zijn van de verschillende berekeningsmethoden en de daaruit resulterende volumecijfers valt niet aan de indruk te ontkomen dat er rond de volumegroei in de gezondheidszorg rookgordijnen worden opgetrokken. Dat is verklaarbaar, want binnen het budgetteringskader van de overheid speelt volume een belangrijke rol. De gezondheidszorgsector is gebaat bij een legitimering van hoge volumes vanuit de vraag. De overheid baseert op deze verwachtingen de budgettaire ruimte voor de komende jaren.

Cure en care

Het scheiden van de kostenontwikkeling in een volume- en nominale component is voor de beantwoording van de vraag die wij ons hier gesteld hebben, de veranderende verhouding tussen cure en care, van grote betekenis. De toegestane volumegroei van inputs leidt tot heel verschillende resultaten in output voor de arbeidsintensieve care-sector in vergelijking tot de cure-sector.

Het jaarlijkse beleidskader 'Financieel Overzicht Zorg' (FOZ) bepaalt de gemiddelde jaarlijkse volumegroei van de ziekenhuiszorg op 1,6%, maar het rapport *Zuinig met Zorg* komt op een hogere groei van het outputvolume uit, 2,5%. Precies omgekeerd ligt het bij de verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Het FOZ bepaalt de volumegroei op gemiddeld 1,7% per jaar, maar het CBS becijfert de feitelijke volumegroei op 0,1%. Een deel van de verklaring van dit verschijnsel moet gezocht worden in de ontwikkeling van de productiviteit, die in de cure-sector meer toeneemt dan in de care-sector. Bovendien leidt de taaksubstitutie in de cure-sector (bekorten van de ligduur) ogenschijnlijk tot een efficiëntere behandeling per cliënt, maar een deel van de kosten slaat neer in de care (wijkverpleging, tijdelijke opname in verzorgingshuizen, revalidatie).

Omgekeerd leidt de cliëntsubstitutie in de care-sector tot een gemiddeld zwaardere cliëntpopulatie en dus tot juist hogere kosten per cliënt.

De volumebenadering legt geen duidelijke relatie met de demografische ontwikkeling. Het is makkelijk in te zien dat de vergrijzing vraagt om een hogere groei van het outputvolume van zorg voor ouderen dan van andere zorg.

Prestatie en resultaat

Van de verschillende methoden ter bepaling van het volume geniet de methode van het NZf een zekere voorkeur omdat daar zoveel mogelijk naar het outputvolume wordt gekeken. Maar de vercijfering in volumecijfers, het optellen van intensiveringen en de keuze en combinatie van productiemaatstaven maken de NZf werkwijze niet inzichtelijk en de uitkomsten per sector moeilijk vergelijkbaar. Hieronder trachten we de producten van de gezondheidszorg daarom te concretiseren.

We brengen een scheiding aan tussen prestatieproduct en resultaatproduct. Prestatieproduct kan worden opgevat als een hoeveelheid diensten (verrichtingen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken, consulten etc.) en resultaatproduct als het aantal met deze diensten bereikte mensen (cliënten, patiënten enz.). Dit laatste product is zoveel mogelijk uitgesplitst naar leeftijd zodat het goed mogelijk is de ontwikkeling van het resultaatproduct af te zetten tegen de bevolkingsontwikkeling. Prestatieproduct is een betere kostenindicator, resultaatproduct een betere indicator van het bereik van de zorg. Deze benadering bevestigt het beeld dat de productie van de care-sector voor ouderen nu duidelijk achter blijft te blijven bij die van de cure-sector. (zie [tabel 4](#))

Tabel 4. Het resultaatproduct van enkele sectoren van de gezondheidszorg gemiddelde jaarlijkse groei, gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei, 1973-1993

	Groei per jaar in %	
	65-74	75+
Cure		
Ziekenhuis, klinische opnamen (73-92)	2,63	3,22
Ziekenhuis, geopereerde personen (73-91)	3,75	5,77
Wijkverpleging, cliënten (85-92)	-4,8	-4,83
Care		
Verpleeghuizen, verpleegden (81-93)	-1,64	-0,03
Verpleeghuizen, 1e opnamen (81-93)	-0,81	0,10
Verzorgingshuizen, verzorgden (73-93)	-3,70	-1,53
Verzorgingshuizen, opnamen (73-93)	-3,32	-1,07
Gezinsverzorging, cliënten (83-92)	2,57	2,57

Oorzaken

Er zijn verschillende oorzaken aan te geven voor deze ontwikkeling. Alle sectoren hebben te maken met beheersingsmaatregelen van de overheid en een zekere mate van schaarste in middelen. Afgemeten naar de doelstellingen hebben de beheersingsmaatregelen in sommige sectoren - met name de cure - minder succes dan in andere sectoren. De ziekenhuissector heeft een sterke productiviteitsgroei gekend. Dit heeft te maken met technologische ontwikkelingen, maar ook met het afstoten van 'care'-taken naar andere sectoren. Te

denken valt aan de verkorting van de ligduur en de ontwikkeling van de poliklinische- en dagbehandeling. Een dergelijke productiviteitsverhoging is voor de intramurale verzorging en verpleging (verzorgingshuizen, verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen) onbereikbaar. Integendeel, door het arbeidsintensieve karakter van deze sectoren is het effect van Baumol sterker voelbaar: de productiviteit per kosteneenheid staat onder druk.

De effecten van schaarste op de thuiszorg verschillen voor de wijkverpleging en voor de gezinsverzorging. De wijkverpleging selecteert cliënten die de zorg sterker nodig hebben. Zij die de zorg minder hard nodig hebben vallen af. In toenemende mate wordt de wijkverpleging daardoor een voorziening voor relatief zwaar zorgbehoevende mensen, vooral ouderen, en het aantal cliënten in zorg neemt af. De gezinsverzorging daarentegen rantsoneert vooral: meer cliënten krijgen minder zorg. Zowel de wijkverpleging als de gezinsverzorging bieden de zorg meer en meer aan ouderen; de andere leeftijdsgroepen raken enigszins uit beeld.

De care-sectoren ondervinden ook een toename van het beroep door de groei van de ziekenhuiszorg onder ouderen. Het leeftijdsspecifieke gebruik van de ziekenhuiszorg onder ouderen is sterk toegenomen, wat bijvoorbeeld zichtbaar is aan de verdubbeling van het percentage ouderen dat jaarlijks voor een operatie wordt opgenomen. En tegelijkertijd is de aandacht voor care-taken binnen de ziekenhuissector verplaatst naar andere sectoren.

De balans opgemaakt

De vergrijzing drukt vooral op de care-sector. We kunnen constateren dat de productiviteit in de care-sector is achtergebleven bij die in de cure-sector. Substitutie van cure naar care en binnen de care heeft deels geleid tot een efficiëntere cure en een toename van de zorgbehoevendheid van de gemiddelde gebruiker van de care.

Bezien tegen de achtergrond van het beleid van achtereenvolgende kabinetten waarin gepleit werd voor een versterking van voorzieningen aan de care-kant, is de feitelijke ontwikkeling tegendraads te noemen.

De ontwikkelingen buiten de gezondheidszorg hebben echter niet stilgestaan. De verbetering van de woon- en leefsituatie van ouderen ondersteunt hun vermogen tot het voeren van een zelfstandig bestaan en vermindert de afhankelijkheid van professionele zorg. Vooral de combinatie van geschikte huisvesting, de vele transmurale diensten die juist het laatste decennium zijn ontwikkeld door verzorgingshuizen en verpleeghuizen, en de verschillende flankerende diensten voor ouderen maken het voor hen mogelijk langer zelfstandig te functioneren. Deze ontwikkeling compenseert de gematigde of negatieve ontwikkeling van de care. De geschetste ontwikkeling van de care is in dit licht gezien daarom verdedigbaar en positief te noemen.

Niet alle ouderen profiteren echter van de verbeterde voorwaarden voor zelfredzaamheid. Deze verbetering is vooral nuttig en wenselijk voor de onderzijde van de hulpvraag, de ouderen met lichtere zorgbehoeften. Aan de bovenzijde hebben we te maken met een zwaardere zorgvraag waar de professionele 'care' onontbeerlijk is. De neergang van de care kan negatieve gevolgen hebben (gehad) voor deze groep zorgvragers.