



Betere cijfers beter beleid

Auteur(s):Haan, J., de
Kleima, F.J.*De auteurs zijn werkzaam bij het Centraal Bureau voor de statistiek.***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4321, pagina 648, 24 augustus 2001

Rubriek:**Trefwoord(en):**

statistiek

Het onderwijs en de zorg zijn speerpunten van het overheidsbeleid. Om de effectiviteit van het beleid te evalueren, zijn goede cijfers over de volumegroei en de arbeidsproductiviteit onmisbaar.

Wat er terecht komt van voorgenomen beleid, hangt af van de mate waarin voornemens daadwerkelijk worden omgezet in maatregelen en van de effectiviteit van die maatregelen. Evaluatie van het beleid is ondenkbaar zonder adequaat en objectief cijfermateriaal. Het raamwerk van de nationale rekeningen zou bij uitstek geschikt moeten zijn om de economische consequenties van het beleid te beoordelen. Daaruit blijkt niet alleen hoeveel geld er aan verschillende gebieden wordt besteed, maar ook wat dit oplevert in termen van productie(groei), werkgelegenheid en dergelijke.

Het onderwijs en de zorg staan volop in de belangstelling. [tabel 1](#), die is ontleend aan de nationale rekeningen, bevat enkele gegevens die het belang van deze diensten voor de Nederlandse economie illustreren. In het gesubsidieerd onderwijs en in de gezondheids- en welzijnzorg waren in 1999 respectievelijk 365.000 en 951.000 mensen werkzaam. Meer dan een tiende van de totale bruto toegevoegde waarde werd gegenereerd in het onderwijs en de zorg. De productie van het gehele gesubsidieerde onderwijs en van driekwart van de zorg wordt tot de consumptieve bestedingen door de overheid gerekend; de rest van de zorg telt als consumptieve bestedingen door huishoudens.

Tabel 1 Toegevoegde waarde (bruto, in basisprijzen) en werkzame personen, 1999

	toegevoegde waarde		werkzame personen	
	mld. gld	%	duizend	%
totaal	756,8	100,0	7983	100,0
waarvan gesubsidieerd onderwijs	29,8	3,9	365	4,5
gezondheids- en welzijnzorg	54,8	7,2	951	11,9

Bron: CBS, Nationale rekeningen, 1999.

Onzekerheden

De huidige volumeramingen van de productie voor de dienstensector in het algemeen en voor de quataire sector in het bijzonder zijn behept met een aantal onzekerheden. Er spelen zowel conceptuele als praktische problemen. Anders dan bij goederen is het definiëren van de eenheid van transactie vaak niet eenvoudig. Bij niet via markten verhandelde diensten als het gesubsidieerde onderwijs is er bovendien geen sprake van (markt)prijzen, hetgeen de samenstelling van een deflator van de productiewaarde verder bemoeilijkt. Hierdoor kunnen volume-ontwikkelingen moeilijker worden waargenomen. Onnauwkeurige volumeramingen voor het onderwijs en de zorg hebben nadelige gevolgen voor de raming van de volumegroei van het bruto binnenlands product, dat wil zeggen voor de economische groei. Ze staan ook een maximaal betrouwbare meting in de weg van de groei van de arbeidsproductiviteit, die fungeert als een prestatie maatstaf die nuttige informatie verschaft voor beleidsevaluatie.

Beleidsresistentie

In dit artikel wordt uiteengezet dat maatregelen die in werkelijkheid de efficiëntie verhogen, nauwelijks van invloed zijn op de arbeidsproductiviteitscijfers. In het slechtste geval laten ze zelfs tegenovergestelde ontwikkelingen zien. In die zin lijden de cijfers aan een zekere mate van 'beleidsresistentie'. Beleidsmakers en andere gebruikers van de cijfers zouden daardoor verkeerde conclusies kunnen trekken.

Onderwijs

Bij gebrek aan marktprijzen wordt de productiewaarde van niet via markten verhandelde diensten, zoals het gesubsidieerde onderwijs,

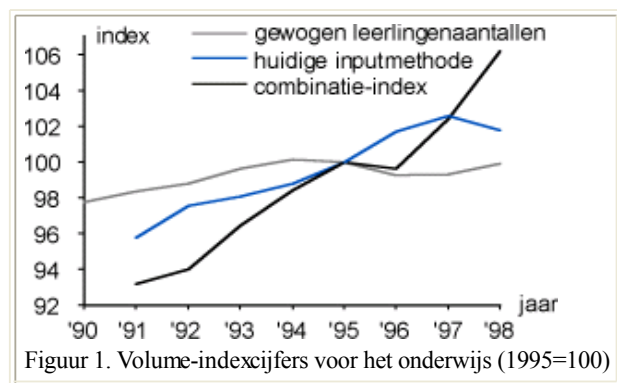
volgens internationale afspraken gelijk gesteld aan de gemaakte kosten. Veel landen passen om dezelfde reden een soortgelijke conventie toe bij het bepalen van de volumeontwikkeling van de geproduceerde diensten. Deze wordt gelijk gesteld aan de reële kostenontwikkeling. Bij het onderwijs komt dat grofweg neer op de reële loonkostenontwikkeling, omdat hier de salariskosten de grootste kostenpost vormen. Een toename van het aantal leerkrachten (input) betekent dus automatisch een volumestijging van de productie (output). Het bezwaar van zulke 'inputmethoden' is evident: eventuele toe- of afnames van de productiviteit komen in principe niet in de cijfers tot uiting. Een mogelijkheid is te differentiëren naar verschillende categorieën van arbeid, bijvoorbeeld gradaties van bevoegdheden van onderwijspersoneel. Als zich verschuivingen tussen die categorieën voordoen, wordt op geaggregeerd niveau weliswaar enige productiviteitsverandering gemeten, maar het fundamentele bezwaar tegen de inputmethode blijft bestaan¹. Aan de huidige werkwijze kleef nog een nadeel. Deze houdt niet expliciet rekening met veranderingen in de kwaliteit van het onderwijs. Het algemene uitgangspunt is dat een kwaliteitsverbetering geregistreerd behoort te worden als een volumestijging.

De Eurostat Task Force voor onderwijs definieerde de output als "the quantity of teaching received by the students, adjusted to allow for the qualities of the services provided, for each type of education"² en stelde dat het gebruik van inputmethoden om de volumeontwikkeling te meten niet langer dient te worden toegestaan². Aanbevolen wordt het totale aantal lesuren per type onderwijs als volume-indicator te gebruiken. Indien het aantal lesuren per leerling redelijk constant blijft, kan het aantal leerlingen per onderwijstype als alternatief dienen. De volumeontwikkelingen per type moeten vervolgens gewogen worden met de kostenaandelen.

Een bekend voorbeeld om het belang te illustreren van correcties voor kwaliteitsveranderingen is dat van klassenverkleining. Wordt het volume van de productie uitsluitend gemeten aan de hand van het aantal leerlingen, dan zou het verkleinen van de klassen door het aanstellen van meer leerkrachten tot een daling van de gemeten arbeidsproductiviteit leiden. Maar klassenverkleining wordt juist vaak gezien als instrument om de kwaliteit van het onderwijs te verhogen. Men zou kunnen zeggen dat de kwaliteit vooral afhangt van de efficiëntie waarmee kennis en vaardigheden wordt overgedragen. Op termijn zou een grotere efficiëntie in de resultaten van de leerlingen tot uitdrukking moeten komen. Test- en studieresultaten en gegevens over het aantal leerlingen dat naar het volgende leerjaar doorstroomt, kunnen bruikbare indicaties opleveren over de mate waarin het onderwijsinstellingen lukt om kennis en vaardigheden over te dragen.

Pilot-studie

We bespreken enkele uitkomsten van een pilot-studie naar het gebruik van directe volume-indicatoren voor de productie van onderwijsdiensten³. [figuur 1](#) toont volume-indexcijfers die zijn berekend volgens drie methoden. De index welke is gebaseerd op het aantal leerlingen per type onderwijs en gewogen met bijbehorende kostenaandelen fluctueert nauwelijks: de onderwijsproductie zou in 1998 ongeveer even groot zijn als in 1990. De volume-index volgens de huidige inputmethode, die ter vergelijking is opgenomen, laat een veel sterkere groei zien. De derde index, die combinatie-index wordt genoemd, is gebaseerd op het aantal leerlingen voor het basisonderwijs, het speciaal onderwijs en het secundair beroepsonderwijs, het aantal overgaande leerlingen in het voortgezet onderwijs, en het voortschrijdend gemiddelde in jaar t en t-1 van het aantal geslaagden in het hoger beroepsonderwijs en het wetenschappelijk onderwijs. Ook nu is gewogen met de kostenaandelen per schooltype. Evenals de inputmethode meet de combinatie-index een forse stijging van de productie.



Naar onze mening geeft de combinatie-index een beter beeld van de volumeontwikkeling in het onderwijs dan beide andere indexen, omdat hiermee de output rechtstreeks gemeten wordt en er een aantal rendementsverbeteringen in verdisconteerd is. Niettemin geeft ook deze index nog slechts een ruwe beschrijving van de productie van het onderwijs, aangezien diverse moeilijk kwantificeerbare kwaliteitsaspecten buiten beschouwing blijven. Bovendien leidt een kwaliteitsverbetering in het onderwijs pas jaren later tot een eventuele toename van het aantal geslaagden. Er treedt dus een vertragingseffect op.

Zorg

Ook op het terrein van de gezondheidszorg zijn de meetproblemen groot. Wanneer er in de zorg een kwaliteitsverandering optreedt, moet bij het meten van prijs- en volumeontwikkelingen een correctie worden aangebracht. De gebruikelijke correctiemethoden gaan uit van het beginsel dat prijsverschillen tussen substituten iets zeggen over kwaliteitsverschillen. Dit beginsel is echter onbruikbaar als het marktmechanisme nauwelijks werkt en prijzen, die het resultaat zijn van vraag en aanbod, ontbreken. Deze situatie doet zich voor in de door regulering en budgettering gedomineerde gezondheidszorg. Bovendien is hier meestal geen sprake van substitutiemogelijkheden, maar van complementariteit.

De gangbare praktijk is dat de prijs- of volumeontwikkeling wordt bepaald als een gewogen gemiddelde van de prijs- of volumeontwikkeling van verscheidene (complementaire) deelproducten, zoals ligdagen, consulten en verrichtingen, die voor een aandoening in rekening worden gebracht. De gewichten blijven gedurende langere tijd - doorgaans enkele jaren - constant. Slaagt men er nu bijvoorbeeld in het aantal ligdagen terug te brengen voor een overigens equivalente behandeling, dan wordt in de huidige praktijk een volumedaling gemeten terwijl het in feite om een prijsdaling gaat. Beleid dat met succes de efficiëntie heeft verhoogd, komt zodoende niet in de uiteindelijke cijfers tot uitdrukking.

Beter is het om de complete behandeling als waarnemingseenheid te beschouwen. De ontwikkelingen in de totale in rekening gebrachte kosten, die zijn opgebouwd uit complementaire deelproducten en de daarvoor geldende prijzen of tarieven, wordt nu opgevat als benadering van de prijsontwikkeling⁴. De nieuwe methode zal geen oplossing voor alle problemen bieden. Onduidelijk is nog hoe om te gaan met veranderingen in de kwaliteit van de behandelingen en met de introductie van nieuwe behandelmethoden⁵. In de literatuur worden wel enkele suggesties gedaan, maar de haalbaarheid daarvan is twijfelachtig⁶.

Complementariteitbeginsel

Om prijs- en volumeontwikkelingen te kunnen meten op basis van het complementariteitbeginsel, zijn twee trajecten denkbaar. Het eerste traject gaat uit van gedetailleerde volumegegevens zoals aantallen verrichtingen, die in medische registraties aanwezig zijn. Hier moet nog prijsinformatie aan worden gekoppeld⁷. Het tweede traject tracht aan te sluiten bij het systeem van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) dat op dit moment in Nederland voor ziekenhuizen wordt ontwikkeld om de administratieve en budgetteringsprocedures te vereenvoudigen. Daarin wordt een groot aantal behandelingen gedefinieerd en worden de bijbehorende kosten gespecificeerd. Ervaringen in het buitenland, met name in de VS, hebben geleerd dat deze gegevens bruikbaar kunnen zijn voor het berekenen van prijs- en volume-indexcijfers.

Beleidsimplicaties

De Volkskrant kopte op 11 juli 2001: "Productiviteit in zorg loopt terug". De volgende dag werd in een redactioneel commentaar geconcludeerd dat de vraag wat er met de extra miljarden die de laatste jaren aan de zorg zijn besteed gebeurd is, niet te beantwoorden valt. "Daarvoor ontbreken de noodzakelijke cijfers. De gegevens die wél bekend zijn, blijken niet met elkaar te vergelijken." Die vraag - en dus de vraag of de productiviteit werkelijk is teruggelopen - is voor het beleid natuurlijk zeer relevant. Het CBS heeft zich voorgenomen een module voor de zorgsector te ontwikkelen waarmee op dergelijke vragen beter dan voorheen een antwoord gegeven kan worden. In deze module staat de integratie met economische gegevens uit de nationale rekeningen voorop met als uiteindelijk doel kosten, wijze van financiering en prestatie van de zorgsector in kaart te brengen. Per subsector zullen de prijs- en volume-indexcijfers van de productie worden berekend. Hoewel het meten van de kwaliteit (intensiteit) van de zorg een moeilijk punt blijft, zal de nieuwe meetmethode toch een betrouwbaarder beeld opleveren van de productiviteitsontwikkeling per subsector.

Conclusie

De huidige volumeramingen in de nationale rekeningen voor het onderwijs en de zorg voldoen niet. We hebben de term 'beleidsresistent' gebruikt om aan te geven dat beleidsmaatregelen die met succes een grotere efficiëntie teweegbrengen weinig - of mogelijk zelfs een tegengesteld - effect op de cijfers hebben. Bij het onderwijs komt dit door de toepassing van een inputmethode, bij de zorg doordat met complementariteit geen rekening gehouden wordt. Beleidsmakers of anderen die deze cijfers willen gebruiken om de effectiviteit van het beleid te toetsen, kunnen dus gemakkelijk op het verkeerde been worden gezet. In deze bijdrage zijn verbeteringen geopperd. Voor het onderwijs kan de voorgestelde methode, hoewel zeker niet perfect, op korte termijn geïmplementeerd worden. Verbeteringen voor de zorg zullen nog wat langer op zich laten wachten. Dat heeft te maken met de complexiteit van de materie en met het bestaande gebrek aan gedetailleerde basisgegevens

1 Er wordt gedefleerd met de index van regelingslonen. Loonstijgingen die uitgaan boven de CAO-loonstijging leiden derhalve ook tot een gemeten arbeidsproductiviteitsstijging. Meer hierover is te vinden in B. Kazemier, *Volume measurement of government output; the Dutch practice since revision 1987*, Occasional paper nr. NA-86, CBS, Voorburg, 1997.

2 Eurostat, *Prices and volumes for education, Final report of the task force*, Luxemburg, 2000.

3 Een uitgebreidere beschrijving staat in P. Konijn en F.J. Kleima, *Volume measurement of education*, Netherlands Official Statistics 2000, nr. 3. CBS, Voorburg/Heerlen.

4 Deze methode wordt ook internationaal aanbevolen. Zie bijvoorbeeld OECD, *A system of health accounts for international data collection*, hoofdstuk 6, OECD Health Policy Unit, Parijs, januari 2000 en Eurostat, *Prices and volumes for health, Final report of task force health I*, Luxemburg, 2001.

5 In de jaren zestig verscheen de eerste studie waarin getracht werd de prijsontwikkeling van medische diensten te meten op basis van de behandelingskosten van aandoeningen, omschreven als de 'cost per episode of illness approach'. Zie A.A. Scitovsky, *Changes in the costs of treatment of selected illnesses, 1951-1965*, *American Economic Review*, december 1967, blz. 1182-1195. De voornaamste kritiek op haar onderzoek was dat de prijsindexcijfers nog kwaliteitscomponenten zouden kunnen bevatten.

6 Zie met name I. Shapiro, M.D. Shapiro en D.W. Wilcox, *Quality improvement in health care: a framework for price and output measurement*, AEA Papers and Proceedings, blz. 333-337, mei 1999.

7 Eerdere analyses hebben uitgewezen dat dit laatste een moeizaam proces is. Zie J. Eefting, G. Gringhuis, F. Kleima en P. Warns, *Volume measurement of health services - hospital cure and care*, onderzoeksrapport, CBS, Voorburg, 2000.