



Ontwikkelingen van prijs en volume voor verpleging en verzorging, 1998–2010

Antonio Chessa

Publicatiedatum CBS-website: 11-05-2012



Verklaring van tekens

.	gegevens ontbreken
*	voorlopig cijfer
**	nader voorlopig cijfer
x	geheim
—	nihil
—	(indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	het getal is kleiner dan de helft van de gekozen eenheid
niets (blank)	een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
2011–2012	2011 tot en met 2012
2011/2012	het gemiddelde over de jaren 2011 tot en met 2012
2011/'12	oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2011 en eindigend in 2012
2009/'10– 2011/'12	oogstjaar, boekjaar enz., 2009/'10 tot en met 2011/'12

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

Colofon

Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312
2492 JP Den Haag

Prepress

Centraal Bureau voor de Statistiek
Grafimedia

Omslag

Tel design, Rotterdam

Inlichtingen

Tel. (088) 570 70 70
Fax (070) 337 59 94
Via contactformulier:
www.cbs.nl/infoservice

Bestellingen

E-mail: verkoop@cbs.nl
Fax (045) 570 62 68

Internet

www.cbs.nl

© Centraal Bureau voor de Statistiek,
Den Haag/Heerlen, 2012.
Verveelvoudiging is toegestaan,
mits het CBS als bron wordt vermeld.

Samenvatting

In dit rapport staat een methode beschreven voor het meten van volume ('hoeveelheid') en prijs van geleverde zorg in de verpleging en verzorging. De methode wordt gebruikt in de Nationale Rekeningen en Zorgrekeningen van het CBS. De eerste stap in de methode is het onderscheiden van verschillende soorten zorg ('zorgproducten'). Voor elk zorgproduct wordt vervolgens de hoeveelheid zorg gekwantificeerd als het aantal dagen zorg. Deze hoeveelheidsmaten worden vervolgens gecombineerd tot één volumemaat. Hiermee kan de ontwikkeling van de uitgaven in de tijd worden ontbonden in een prijs- en een volumecomponent.

De uitgaven aan verpleging en verzorging stegen in de periode 1998–2010 met gemiddeld 6,6 procent per jaar. Het volume en de prijs van de geleverde zorg namen ongeveer even sterk toe, beide met ruim 3 procent per jaar. Er is sprake van een sterke verschuiving naar zorg zonder verblijf. Bij deze zorg steeg het volume met gemiddeld 6,8 procent per jaar, tegenover een stijging van 1,5 procent per jaar voor zorg met verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis.

De geleverde zorg per zorgontvanger nam ook toe in de periode 2004–2010. Bij zorg met verblijf bedraagt deze toename 0,5 procent per jaar en bij zorg zonder verblijf 1,4 procent per jaar (excl. persoonsgebonden budgetten). Bij zorg met verblijf betekent "meer zorg" een verschuiving naar steeds zwaardere vormen van verpleging en verzorging. Bij zorg zonder verblijf zijn er meer uren zorg per zorgontvanger geleverd. De toename van geleverde zorg per zorgontvanger valt samen met een verschuiving in de leeftijdsamenstelling van de zorgontvangers, van 65–84-jarigen naar 85-plussers. Het aantal 65–84-jarige zorgontvangers is zelfs afgenomen.

Bij de prijsontwikkeling valt op dat deze van 2003 tot en met 2007 nagenoeg overeenkomt met de inflatie. Buiten deze periode is de prijsstijging sterker dan de inflatie, onder meer door een sterke stijging van de kapitaallasten na 2007. Het effect van onzekerheden op de resultaten, als gevolg van ontbrekende data, is gering.

Summary

This report presents the results of an adjusted method for measuring prices and volumes ('quantities') of nursing and long-term care ("elderly care" for short) in The Netherlands. The method is currently being used in the Dutch national accounts and health care accounts. As the report is written in Dutch, it was decided to include a more extended English summary compared to the Dutch samenvatting.

The method first gives a characterisation of elderly care and distinguishes different types of care ('products'). Next, it is argued to quantify the amount of care delivered for each product as the number of days of care. These quantity measures are then combined into an overall volume measure, which is used to decompose the development of the expenditures in time into a price and a volume component.

The expenditures on elderly care in The Netherlands increased with 6.6 percent per year, on average, between 1998 and 2010. Volume and price contribute almost equally to this increase, as they show annual growth rates of 3.2 and 3.4 percent respectively. Care for clients with residence (in nursing homes or homes for the elderly) grew with an average rate of 1.5 percent per year, while non-residential care (e.g., home health care) grew with 6.8 percent per year. This implies that a shift has taken place from residential to non-residential care.

The volume of care delivered per client has also grown between 2004 and 2010. The increase for residential care is 0.5 percent per year, while non-residential care shows a growth rate of 1.4 percent per year. The data on numbers of clients with non-residential care apply to "care in kind" and do not include numbers of personal budget holders, as these data are incomplete. Residential care shows a shift to more severe types of care, for instance, from care in homes for the elderly to nursing home care. Such shifts give a positive contribution to volume growth, because of higher valuations of the more severe types of care in the price and volume method (in terms of tariffs). The volume growth for non-residential care arises from more hours of care supplied per client.

The developments in volume growth per client are accompanied by shifts in the age composition of the clients. In both residential and non-residential care, there is a shift from 65–84 year old clients to clients of age 85 or older. The number of 65–84 year old clients has decreased. The number of 85 plus clients has increased, with non-residential care showing a bigger increase than residential care (5.3 versus 2.2 percent per year between 2004 and 2010). This implies that the share of 85 plus clients with non-residential care has increased.

The development of the prices of elderly care between 2002 and 2007 hardly differs from the inflation in The Netherlands, as measured according to the CPI. The price increase outside this period lies above inflation, which, amongst others, can be attributed to the rapid increase of user cost of capital after 2007. The impact of uncertainties on price and volume changes, which result from missing data, is very small.

Inhoud

	Samenvatting	3
	Summary	5
1	Inleiding	9
2	Meten van volume en prijs	10
	2.1 Financieringsbronnen	10
	2.2 Methode	10
	2.3 Data	14
3	Ontwikkelingen tussen 1998 en 2010	14
	3.1 Uitgaven	14
	3.2 Volume geleverde zorg	14
	3.3 Volume en aantal zorgontvangers	18
	3.4 Prijs	20
4	Slotbeschouwing	22
	Literatuur	24
	Lijst met afkortingen	25
	Tabellenbijlage	27

1 Inleiding

Dit rapport geeft een beschrijving en een analyse van de resultaten van een aangepaste methode voor het meten van de prijs en het volume ('hoeveelheid') geleverde zorg in de verpleging en verzorging. Deze methode wordt nu gebruikt in de Nationale Rekeningen en in de Zorgrekeningen. De methode die voorheen werd gebruikt is beschreven in Chessa en Okkerse-Ruitenbergh (2007). Deze methode moest worden aangepast vanwege de overgang naar de zorgzwaartebekostiging voor het AWBZ-deel van zorg met verblijf (ofwel "intramurale zorg"). Deze wijziging is ingegaan op 1 januari 2010 en betreft het intramurale deel van de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (gericht op 'care')¹⁾. De nieuwe wijze van bekostiging brengt veranderingen in de data over tarieven en geleverde zorg met zich mee, wat van invloed is op de keuzemogelijkheden met betrekking tot prijs- en volumemeting. Daarnaast zijn in dit rapport de persoonsgebonden budgetten (pgb's) meegenomen, terwijl deze in de eerder aangehaalde studie buiten beschouwing waren gelaten.

Een methode voor prijs- en volumemeting tracht een nauwkeurige berekening te maken van de jaarlijkse ontwikkelingen in het geproduceerde volume van bepaalde goederen of diensten en de prijs. Nauwkeurige meetmethoden zijn niet alleen van belang voor de diensten- of goederengroepen waarvoor deze in eerste instantie ontwikkeld worden, maar uiteraard ook in een breder kader (bijv. jaarlijkse prijs- en volumeveranderingen m.b.t. het BBP).

Een aanbeveling van het Europese handboek voor prijs- en volumemeting (Eurostat, 2001), waaraan statistische bureaus zich zoveel mogelijk moeten houden, is het nastreven van "directe volumemeting". Dit betekent dat een zo gedetailleerd mogelijk onderscheid wordt gemaakt van verschillende producten en vervolgens voor elk type product de geproduceerde hoeveelheid wordt gekwantificeerd. Maar op welke wijze kunnen 'producten' worden onderscheiden in de zorg, op basis van welke criteria zouden producten kunnen worden gekarakteriseerd? En hoe zouden 'hoeveelheden geleverde zorg' kunnen worden gekwantificeerd?

In paragraaf 2.2 gaan we dieper in op deze vragen. Daarin vatten we de methode samen voor prijs- en volumemeting voor verpleging en verzorging en geven we een overzicht van gemaakte keuzes ten aanzien van volume en prijs. In paragraaf 2.3 geven we een beschrijving van de gebruikte data.

De resultaten van de nieuwe prijs- en volumemethode komen in paragraaf 3 aan bod. De ontwikkeling van de uitgaven tussen 1998 en 2010 is uitgesplitst naar prijs en volume. De volumeontwikkeling is verder uitgesplitst naar zorg met verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis en naar zorg zonder verblijf. De volumeontwikkelingen zijn verder in context geplaatst: hoe verhoudt de volumeontwikkeling zich tot de ontwikkeling van het aantal 65-plussers in de bevolking en tot de ontwikkeling van het aantal ontvangers van zorg?

De belangrijkste bevindingen worden in paragraaf 4 samengevat. Daarbij wordt ook enige aandacht besteed aan het effect van onzekerheden, die voortkomen uit ontbrekende data, op de prijs- en volumeontwikkelingen. In de bijlage staan tabellen met het cijfermateriaal van de figuren in dit rapport. Daarnaast bevatten de tabellen prijs- en volumeontwikkelingen voor andere zorgsectoren.

¹⁾ Het curatieve deel van de geestelijke gezondheidszorg wordt bekostigd op basis van Diagnose Behandeling Combinaties.

2 Meten van volume en prijs

2.1 Financieringsbronnen

We beschrijven eerst in het kort welke financieringsbronnen in deze studie zijn meegenomen, voordat we ingaan op de methode voor prijs- en volumemeting. Daarmee geven we tegelijk een globale afbakening van de zorg.

De uitgaven aan verpleging en verzorging worden voornamelijk bekostigd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een volksverzekering die kosten voor langdurige zorg dekt. Er worden echter steeds meer soorten zorg uit de AWBZ overgeheveld naar andere regelingen. Uitgaven aan huishoudelijke hulp vallen sinds 2007 onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Geleidelijk worden ook steeds meer vormen van begeleiding bij de Wmo ondergebracht. De Wmo wordt uitgevoerd door de gemeenten. In deze studie zijn ook de Wmo-uitgaven met betrekking tot huishoudelijke hulp meegenomen. Ook de uitgaven aan pgb's zijn in deze studie verwerkt. Cliënten met een pgb kunnen zelf zorg inkopen.

2.2 Methode

De methode voor prijs- en volumemeting bestaat in feite uit drie stappen:

1. Het onderscheiden van soorten zorg ('zorgproducten');
2. Het opzetten van telmaten voor de hoeveelheid geleverde zorg van elk product;
3. Het combineren van de telmaten voor de verschillende producten tot één volumemaat en het berekenen van volume-indices.

Hieronder bespreken we de gemaakte keuzes voor elk van deze drie stappen.

Het onderscheiden van zorgproducten

Er is een grote verscheidenheid aan typen zorg in de verpleging en verzorging. Een globaal onderscheid kan worden gemaakt op basis van verblijf in een instelling. We spreken dan van "zorg met verblijf" (of "intramurale zorg") en van "zorg zonder verblijf" (ook wel "extramurale zorg"). Er kan ook onderscheid worden gemaakt naar de aan- of afwezigheid van een behandelingscomponent. Een eerste onderscheid van verpleging en verzorging naar enkele hoofdtypen zorg ziet er dan bijvoorbeeld als volgt uit:

- Zorg met verblijf én behandeling (ook wel "verpleeghuiszorg");
- Zorg met verblijf, maar zonder behandeling (ook wel "verzorgingshuiszorg");
- Zorg zonder verblijf.

We zullen deze driedeling, en ook de tweedeling ‘zorg met verblijf’ en ‘zorg zonder verblijf’ gebruiken bij het presenteren en analyseren van de resultaten (paragraaf 3).

Maar op welke wijze zouden we deze vormen van zorg verder kunnen onderverdelen? De methode die bij het CBS ontwikkeld is voor ziekenhuiszorg onderscheidt zorgproducten op basis van diagnose (Chessa en Kleima, 2006). Dit concept trekken we door naar de langdurige zorg, waar gewerkt wordt met zorgindicaties in plaats van diagnoses. De gedachte achter de keuze voor diagnoses en zorgindicaties is dat deze als indicatoren voor de gezondheidstoestand van de patiënt kunnen worden beschouwd (voor aanvang van een behandeling). Het leveren van zorg is erop gericht de gezondheidstoestand van een patiënt te verbeteren, of niet te laten verslechteren, afhankelijk van het soort aandoening. Volumematen zouden de bijdrage van het zorgproces aan de gezondheidstoestand moeten meten. Hierop komen we later in deze paragraaf terug.

Indicaties voor zorg met verblijf worden sinds 2010 afgegeven in termen van zorgzwaartepakketten (ZZP's); voor zorg zonder verblijf gebeurt dit nog steeds in termen van uren of dagdelen zorg voor zorgprestaties (zie bijvoorbeeld NZa (2009, 2010, 2011)). Een ZZP gaat uit van een cliëntprofiel en specificeert hierbij het aantal uren zorg voor verschillende zorgprestaties per week. Een cliëntprofiel is een beschrijving op basis van een aantal beperkingen, onder meer met betrekking tot sociale redzaamheid, psychosociale en cognitieve vaardigheden, mobiliteit en algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Vóór de invoering van ZZP's werden indicaties voor zorg met verblijf afgegeven naar doelgroep. Deze doelgroepen komen nu in een ZZP terecht. Er zijn 10 ZZP's voor verpleging en verzorging; dit worden er 20 wanneer we het onderscheid met/zonder behandeling maken. We onderscheiden onder andere de volgende soorten zorg (doelgroepen):

- Zorg met verblijf én behandeling: coma- en reumapatiënten, patiënten met geheugen-stoornissen (Korsakov, Huntington, dementie), patiënten met palliatieve terminale zorg;
- Zorg met verblijf, zonder behandeling: ‘lichte’ verzorgingshuisbewoners (met een paar uur persoonlijke verzorging en begeleiding per week) en ‘zwaardere’ bewoners, waaronder ook verzorgingshuisbewoners met aanvullende verpleeghuiszorg;
- Zorg zonder verblijf: hieronder valt zorg die ook aan verpleeg- en verzorgingshuisbewoners gegeven wordt, maar zonder de huisvestingscomponent. De zorg kan bestaan uit uren persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling, al dan niet in combinatie met dagbesteding.

Telmaten voor hoeveelheid zorg

Per zorgproduct, of geïndiceerd type zorg, dienen vervolgens telmaten te worden opgezet, die kwantificeren hoeveel zorg er voor elk product geleverd is. In de methode voor ziekenhuiszorg tellen we het aantal ontslagen patiënten voor elke diagnose (Chessa en Kleima, 2006). We richten ons met deze keuze in feite op het behandelingsresultaat (de gezondheidstoestand van een patiënt na opname en behandeling die, medisch gezien, ontslag mogelijk maakt).

Bij langdurige zorg ligt het tellen van ontslagen patiënten minder voor de hand, gezien de tijdspanne waarover de zorg doorgaans geleverd wordt. We zijn daarom genooddaakt om andere keuzes te maken. We kunnen echter ook bij langdurige zorg nog uit de voeten met het idee van behandelingsresultaat. In feite stellen we ons de vraag of een patiënt dagelijks verzorgd wordt, of diens verblijf opgeruimd en schoon wordt achtergelaten, enz. Hier is sprake van een terugkerend patroon in de tijd, in de zin dat een behandelingsresultaat herhaaldelijk (periodiek) moet worden bereikt. We hebben daarom gekozen voor het aantal dagen zorg als telmaat.

Helaas kunnen we deze keuze niet maken voor zorg zonder verblijf. Bij extramurale zorg wordt nog steeds afgerekend op basis van uren of dagdelen per zorgprestatie. Een dag intramurale zorg geeft een zorgpakket weer, met een aantal uren per dag voor één of meer zorgprestaties (wat ook het geval is bij een ZZP-dag). Het tellen van dagen zorg of uren per zorgprestatie hoeft niet tot dezelfde resultaten te leiden.²⁾

Volumematen en volume-indices

De telmaten voor de hoeveelheden geleverde zorg in jaar t worden gecombineerd met de tarieven in jaar $t - 1$ en opgeteld tot een “volume in constante prijzen”. Jaar-op-jaar volume-indices worden berekend volgens de Laspeyres indexmethode, die standaard gehanteerd wordt binnen het CBS. Het combineren van de telmaten voor hoeveelheden zorg met de tarieven betekent dat duurdere zorg een zwaarder gewicht krijgt in de volumemaat. Verpleeghuiszorg telt dus zwaarder mee in het volume dan verzorgingshuiszorg.

Het berekenen van volumematen en indexcijfers gaat echter niet zonder problemen. We geven hieronder enkele voorbeelden:

- Hoe gaan we om met zorgproducten die in jaar t geïntroduceerd zijn, en waarvoor geen tarieven in jaar $t - 1$ bekend zijn (‘nieuwe producten’)?
- Wat doen we met zorg waarvoor alleen de uitgaven bekend zijn, dus waarvoor geen tarieven en hoeveelheden beschikbaar zijn, zoals bij pgb’s en zorg-op-maat?
- De tarieven voor zorg met verblijf zijn (nog) niet integraal; dat wil zeggen, de kapitaallasten zijn niet in de tarieven opgenomen. Hoe gaan we hiermee om bij het berekenen van prijs- en volume-indices?

Soms kunnen tarieven van nieuwe producten uit gegevens over andere zorgsectoren worden gehaald (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg), in het bijzonder voor zorg zonder verblijf. Anders zijn er aannames gedaan over de prijsontwikkeling van nieuwe producten. Dit is ook gedaan voor zorg die uit pgb’s bekostigd is en voor zorg-op-maat (aanvullende verpleeghuiszorg voor verzorgingshuis-bewoners en extramurale zorg, zie NZa (2002)).

Verder moet een keuze worden gemaakt over de verwerking van de kapitaallasten van intramurale zorg in de tarieven. Er zijn verschillende mogelijkheden, bijvoorbeeld het verdelen van de kapitaallasten naar waarde-aandeel van de zorgproducten (ofwel, via een vaste procentuele opslag op de tarieven) of door een gedifferentieerde procentuele opslag op de tarieven te hanteren. Maar we zouden de kapitaallasten bijvoorbeeld ook uitsluitend kunnen verdelen over de capaciteitsgebonden kosten van verpleging en verzorging.³⁾ De gedachte daarbij is dat een groot deel van de kapitaallasten betrekking heeft op huisvesting (huur onroerend goed, instandhouding gebouwen).

We hebben de volgende keuzes gemaakt ten aanzien van de hierboven genoemde onzekerheden:

- De prijsindex voor nieuwe producten in jaar t is gelijk verondersteld aan de prijsindex voor bestaande zorgproducten, dat wil zeggen, van zorgproducten die in jaar $t - 1$ geleverd zijn en waarvan de tarieven en geleverde hoeveelheden zorg bekend zijn. We stemmen de selectie van bestaande producten af op het hoofdtype zorg waartoe de nieuwe producten gerekend kunnen worden (verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, of zorg zonder verblijf);

²⁾ Dit is wel het geval wanneer het aantal uren per zorgprestatie in een dagpakket aan zorg gelijk blijft in opeenvolgende jaren, voor alle zorgindicaties. Wanneer echter het aantal uren verlaagd wordt voor een zorgprestatie, bijvoorbeeld door de invoering van een nieuwe technologie, dan zal het tellen van uren per zorgprestatie tot een onderschatting van de volumegroei leiden.

³⁾ Het capaciteitsgebonden deel van het budget werd (tot en met 2009) vastgesteld op basis van parameters als het aantal bedden en verzorgingsplaatsen. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat met de invoering van ZZP’s het onderscheid tussen capaciteits- en productiegebonden kosten (variabele kosten) is komen te vervallen. De capaciteitsgebonden kosten moeten nu door zorginstellingen worden terugverdiend via de geleverde zorg (ZZP-dagen). Wanneer integrale tarieven worden ingevoerd, zal dit ook voor de kapitaallasten gelden.

- De prijsindex van pgb-zorg is gelijkgesteld aan de prijsindex voor zorg zonder verblijf, dat wil zeggen, voor zorg in natura;
- De kapitaallasten voor intramurale zorg zijn via een vaste procentuele opslag aan de tarieven toegekend. Door het wegvallen van het onderscheid tussen capaciteits- en productiegebonden kosten met de invoering van ZZP's is het lastig om kapitaallasten toe te wijzen aan capaciteitsgebonden kosten vanaf 2010. Toewijzing volgens gedifferentieerde procentuele opslagen is niet bestudeerd wegens gebrek aan informatie;
- Naast bovenstaande factoren zijn er nog andere bronnen van onzekerheid, waar we verder niet gedetailleerd op ingaan. Een voorbeeld is het aandeel huishoudelijke verzorging in persoonlijke verzorging tot en met 2004.⁴⁾ Dit aandeel is in de methode uit persoonlijke verzorging gehaald om de zorgprestaties vergelijkbaar te maken in de tijd. Als basiswaarde is uitgegaan van een aandeel van 25% aan uren huishoudelijke verzorging (ZN, 2004).

In paragraaf 4 zal worden ingegaan op de effecten van variaties in bovenstaande basisinstellingen op de prijs- en volumeveranderingen.

We besluiten deze paragraaf met een aantal opmerkingen over 'kwaliteit' van zorg. In de literatuur is een breed scala aan indicatoren voorgesteld die met deze term in verband worden gebracht. Voorbeelden zijn objectief meetbare indicatoren zoals gewonnen levensjaren en wachttijden (Castelli et al., 2007), maar ook subjectieve indicatoren zoals patiëntervaringen (SCP, 2012). Wanneer bijvoorbeeld door de invoering van een technologische vernieuwing het aantal gewonnen levensjaren toeneemt na behandeling van een bepaalde aandoening, dan zou deze toename een positieve bijdrage aan de volumeverandering moeten geven.

We zouden een invulling aan het begrip 'kwaliteit' kunnen geven door verfijningen aan te brengen in het behandelingsresultaat (de gezondheidstoestand van een cliënt aan het eind van een behandeling). In de hier beschreven methode worden aantallen dagen zorg per zorgindicatie bij elkaar opgeteld, terwijl de bereikte gezondheidstoestand kan verschillen over de uitgevoerde behandelingen. In de verfijnde versie van de methode zouden de aantallen wel worden uitgesplitst naar behaalde gezondheidstoestand.⁵⁾

In bovenstaande zin zijn de hier berekende volumematen niet aangepast voor kwaliteitsveranderingen. De gebruikte gegevens bevatten geen informatie om verfijningen aan te brengen in gezondheidstoestand aan het eind van een behandeling.⁶⁾ De gebruikte NZa-bestanden bevatten wel gegevens over de inzet van extra middelen om bijvoorbeeld de kwaliteit van verpleeghuiszorg te verbeteren (VWS, 2007; NZa, 2008). Deze extra middelen komen echter geheel in de prijsverandering terecht, omdat de effecten van aangekondigde maatregelen als "meer zorg aan het bed" niet bekend zijn en dus ook niet in de hoeveelheidsmaten verwerkt kunnen worden.

Het begrip 'kwaliteit' wordt vaak breed opgevat. Het onderscheiden van zorgproducten, zoals aan het begin van deze paragraaf beschreven is, wordt gezien als een vorm van "implicit quality adjustment" (Schreyer, 2008). Verschuivingen in hoeveelheden geleverde zorg tussen verschillende diagnoses of indicaties zouden we echter liever willen omschrijven als "zorgzwaarte-effecten". Deze effecten zullen we in paragraaf 3 kwantificeren.

⁴⁾ Tot en met 2004 was het mogelijk om uren te registreren en te declareren op grond van "deskundigheidsniveau" (type hulpverlener). Vanaf 2005 dient op grond van een "functiegerichte" benadering te worden gedeclareerd. uren huishoudelijke en persoonlijke verzorging worden dan apart gedeclareerd, dus onder de gelijknamige prestaties.

⁵⁾ Het al dan niet verfijnen van volumematen naar behaalde gezondheidstoestand komt in de literatuur ter sprake als het onderscheid tussen "output" en "outcome" (zie bijv. Schreyer (2008)).

⁶⁾ Andere bronnen bevatten gegevens over bijvoorbeeld de prevalentie en ernst van doorligwonden in de verpleging en verzorging (Halfens et al., 2007). Gegevens hierover zijn vanaf 1998 verzameld. In Chessa (2009) is voor verpleeghuiszorg beschreven op welke wijze de gegevens over doorligwonden kunnen worden meegenomen in volumematen. De prevalentie en ernst van doorligwonden nemen af in een aantal jaren, waardoor de volumegroei wordt versterkt. De exacte bijdrage aan de volumegroei kan echter niet worden berekend, omdat we niet weten op welke wijze verschillende gezondheidstoestanden (ernst doorligwonden) gewogen zouden moeten worden.

2.3 Data

Voor de prijs- en volumeberekeningen zijn de volgende gegevens gebruikt:

- Dagen zorg met verblijf (momenteel ZZP-dagen), uren zorg zonder verblijf, dagdelen dagbesteding, uitgesplitst naar doelgroep of zorgprestatie. De data hebben betrekking op AWBZ-zorg (in natura) en worden jaarlijks aan het CBS geleverd door de NZa;
- De NZa-bestanden bevatten ook tarieven van zorgprestaties en andere financiële gegevens, zoals wettelijke budgetten en kapitaallasten;
- Pgb-uitgaven AWBZ (bron: CVZ);
- Gegevens huishoudelijke hulp onder de Wmo vanaf 2007. Daarnaast zijn ook gegevens over Wmo-rgb's huishoudelijke hulp meegenomen. Deze zijn afkomstig van een SCP-rapport (2011).

We merken nog op dat ZZP-gegevens beschikbaar zijn vanaf verslagjaar 2009. Voor 2009 heeft de NZa gegevens aangeleverd op basis van zowel de oude als de nieuwe bekostiging volgens ZZP's. Dit maakt het mogelijk om voor 2010 prijs- en volume-indices te berekenen, geheel op basis van ZZP-data voor zorg met verblijf. Tot en met 2009 zijn de gegevens op basis van de oude bekostiging gebruikt.

3 Ontwikkelingen tussen 1998 en 2010

3.1 Uitgaven

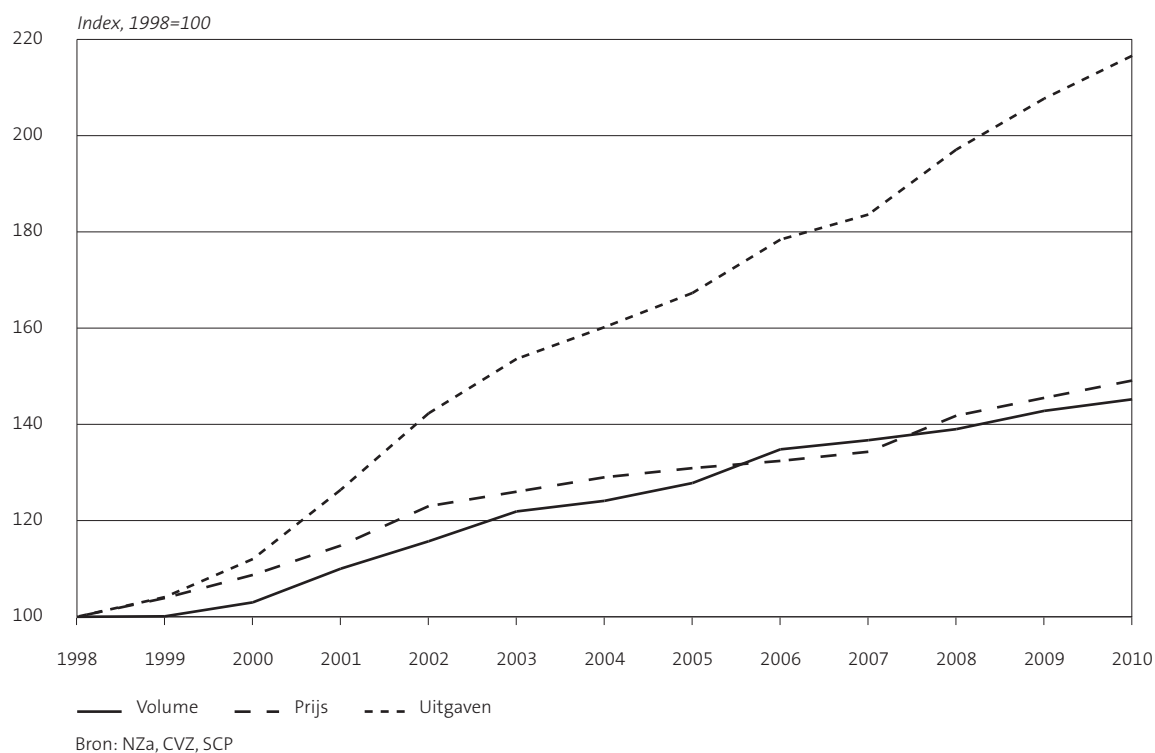
De uitgaven aan verpleging en verzorging bedroegen in 2010 ruim 15,1 miljard euro. In 1998 werd nog 7 miljard euro uitgegeven. Hiermee stegen de uitgaven gedurende 12 jaar met gemiddeld 6,6 procent per jaar (figuur 3.1.1).

De uitgavenstijging kan deels worden toegeschreven aan de groei van het volume aan geleverde zorg. Dit 'zorgvolume' groeide met gemiddeld 3,2 procent per jaar in de periode 1998–2010. De prijs van verpleging en verzorging steeg met gemiddeld 3,4 procent per jaar. In de volgende paragrafen zal verder worden ingegaan op de volume- en prijsontwikkelingen.

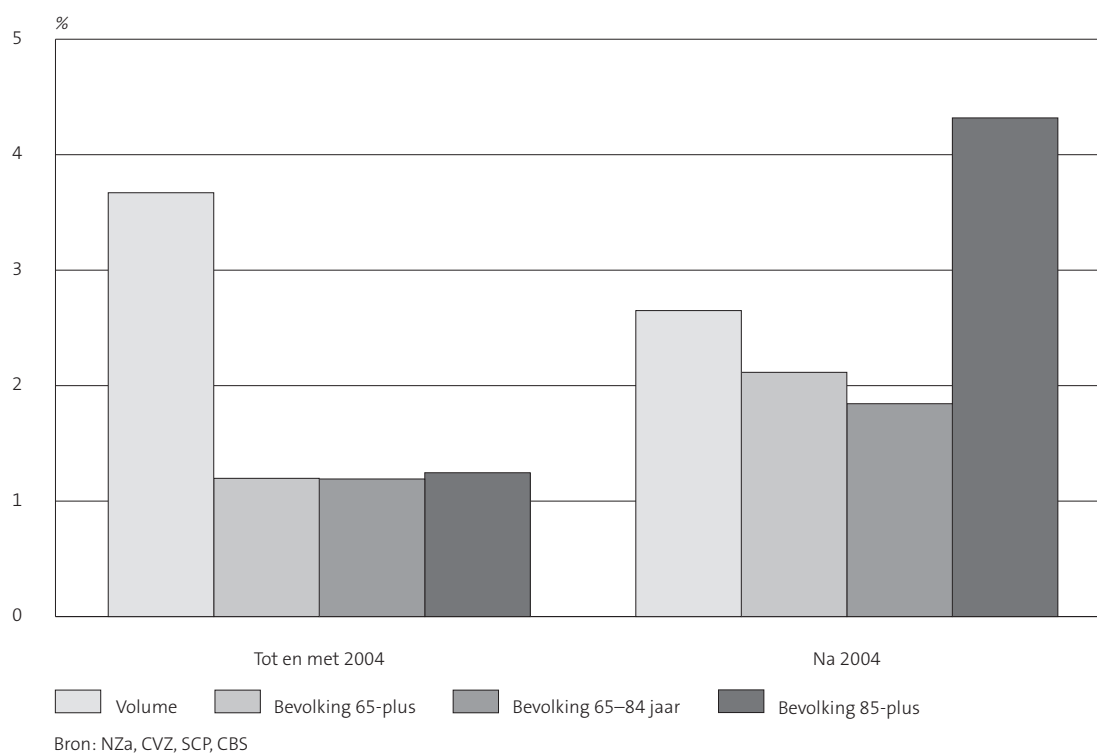
3.2 Volume geleverde zorg

Het zorgvolume groeide in de periode 1998–2004 gemiddeld met 3,7 procent per jaar. Het volume groeide in die jaren aanzienlijk sneller dan het aantal 65-plussers in de bevolking (de grootste groep die verpleging

3.1.1 Ontwikkeling van uitgaven, geleverde zorg en prijs voor verpleging en verzorging



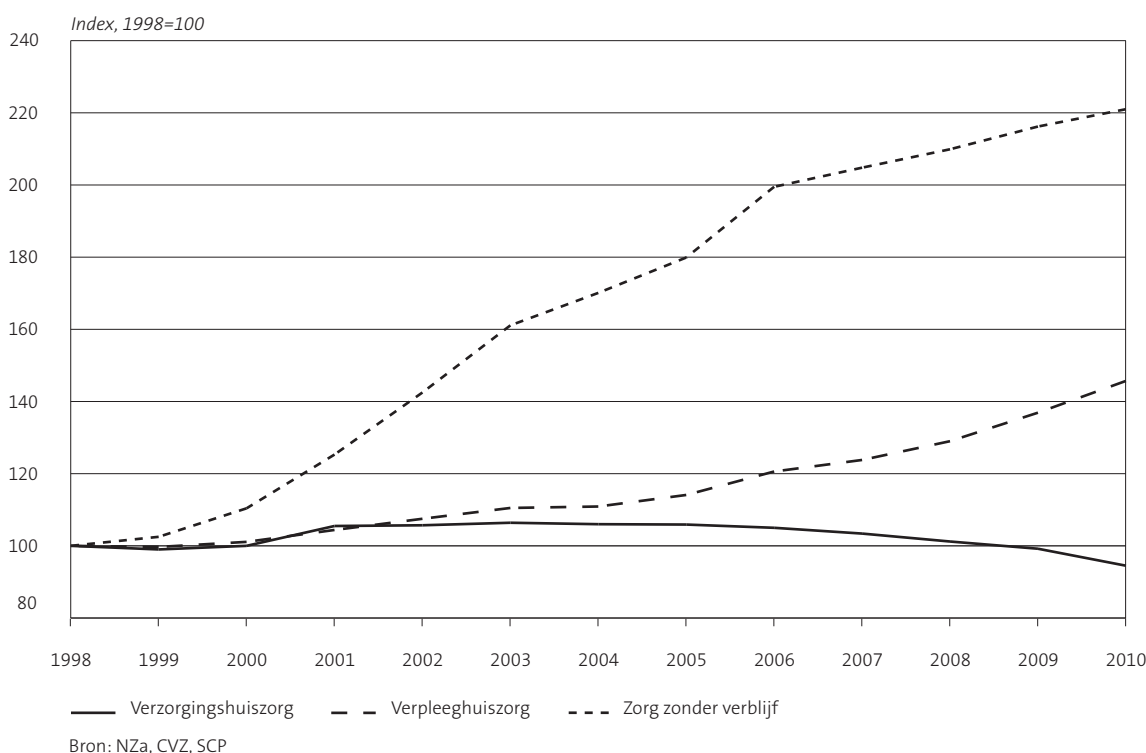
3.2.1 Gemiddelde toename per jaar van het zorgvolume en van de bevolking van 65 jaar en ouder, 1998–2010



en verzorging krijgt). Dit komt onder meer door de inzet van extra middelen om wachtlijsten weg te werken. Het zorgvolume groeide na 2004 met gemiddeld 2,7 procent per jaar. Deze toename ligt iets hoger dan de toename van het aantal 65-plussers. Specifieker zien we dat het zorgvolume sneller groeide dan het aantal mensen tussen 65 en 84 jaar, maar minder snel dan het aantal 85-plussers (figuur 3.2.1).

De sterkste volumegroei heeft plaatsgevonden bij zorg zonder verblijf. Thuiszorg en zorg in dagverblijven zijn in de periode 1998–2010 gezamenlijk met 6,8 procent per jaar gegroeid. Zorg in verpleeghuizen is gemiddeld met 3,2 procent per jaar gegroeid. Het volume aan verzorgingshuiszorg nam licht toe tot 2004, maar laat daarna een afname zien (figuur 3.2.2). De volumeontwikkelingen duiden op een sterke mate van extramuralisering in de verpleging en verzorging.

3.2.2 Volumegroei bij zorg met verblijf en zorg zonder verblijf

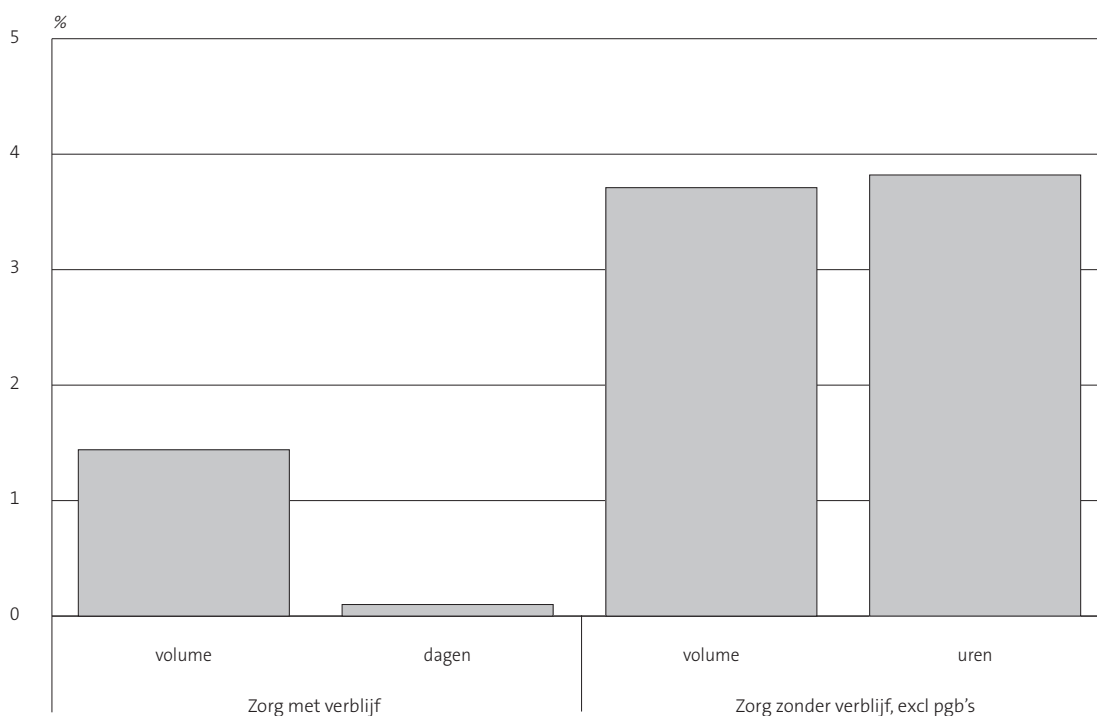


Het is interessant om na te gaan door welke factoren de volumegroei bij zorg met verblijf en bij zorg zonder verblijf bepaald wordt. In theorie kan volumeverandering worden ontbonden in de volgende componenten:

- De verandering in het totale aantal dagen zorg;
- De verandering in de samenstelling van de geleverde zorg, door verschuivingen tussen zorgindicaties (“zorgzwaarte-effect”);
- Het zorgzwaarte-effect zelf kan ontbonden worden in twee componenten: de verandering in het gemiddelde aantal uren zorg per dag en de verandering in de samenstelling van de geleverde zorgprestaties (die in uren worden gemeten).

In figuur 3.2.3 valt op dat het aantal dagen met verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis nauwelijks is toegenomen in de periode 2002–2010, terwijl het volume met 1,4 procent per jaar gegroeid is.⁷⁾ Het aantal verpleegdagen is gestegen, terwijl het aantal verzorgingsdagen is gedaald. Verpleegdagen tellen zwaarder mee in het volume. Verder draagt ook de toename van specifieke zorg voor doelgroepen, zoals Korsakov-, coma- en reumapatiënten, bij aan de volumegroei. Deze verpleegdagen tellen zwaarder mee in het volume dan verpleegdagen voor andere soorten zorg. De volumegroei bij zorg met verblijf wordt vrijwel geheel bepaald door de toename van de zorgzwaarte, door verschuivingen naar zwaardere vormen van zorg (zoals in figuur 3.2.2 te zien is).

3.2.3 Gemiddelde groei per jaar van volume, dagen met verblijf en uren zorg zonder verblijf, 2002–2010



Voor zorg zonder verblijf zijn er geen gegevens over aantallen dagen zorg, alleen over uren voor zorgprestaties zoals huishoudelijke en persoonlijke verzorging en verpleging. We kunnen daarom de volumegroei niet ontbinden zoals bij zorg met verblijf. Het aantal uren zorg zonder verblijf is in de periode 2002–2010 met gemiddeld 3,8 procent per jaar toegenomen, terwijl het volume met 3,7 procent per jaar gegroeid is. Op basis hiervan kunnen we zeggen dat de samenstelling van de zorgprestaties gemiddeld genomen nauwelijks veranderd is bij zorg zonder verblijf. Dit betekent echter niet dat de zorgzwaarte vrijwel gelijk gebleven is. We hebben namelijk geen gegevens over de verandering van het gemiddelde aantal uren zorg per dag.

Een toename van het gemiddelde aantal uren zorg per dag is denkbaar wanneer bijvoorbeeld het aandeel 85-plussers onder de zorgontvangers toeneemt. In de volgende paragraaf stellen we de vraag aan de orde hoe de ontwikkelingen met betrekking tot volume, dagen met verblijf en uren zorg zonder verblijf zich verhouden tot de ontwikkeling van het aantal zorgontvangers, dat wil zeggen, bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en cliënten met zorg zonder verblijf.

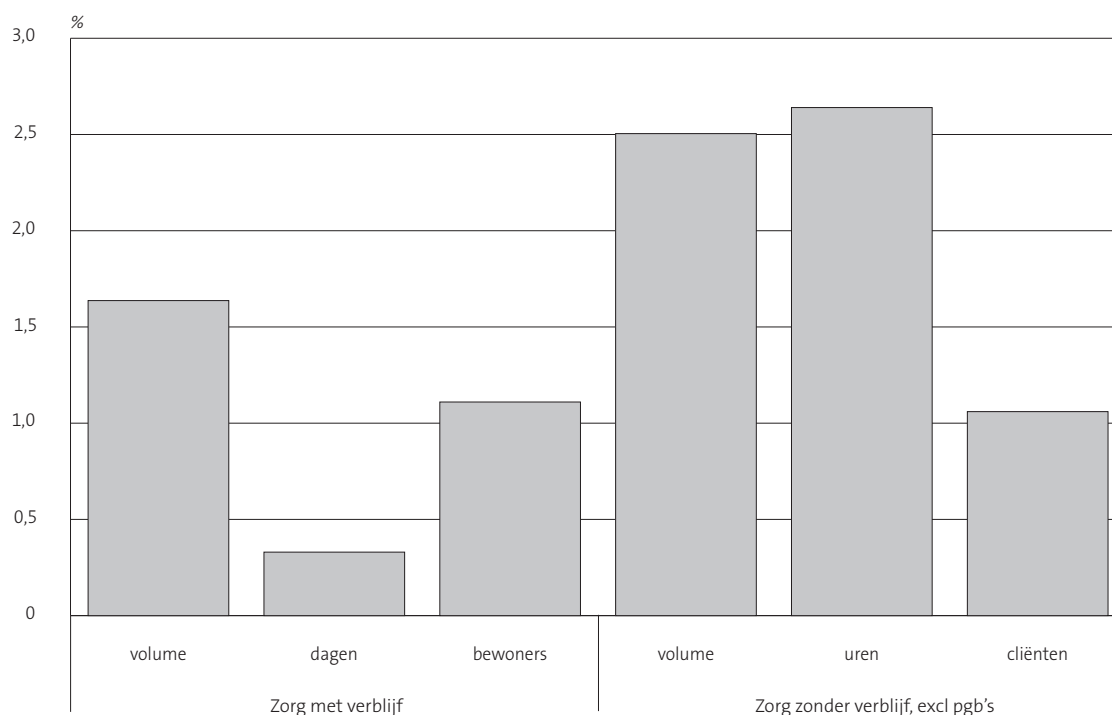
⁷⁾ In figuur 3.2.3 is de periode 2002–2010 genomen, omdat gegevens over uren zorg tot en met 2001 ontbreken voor een aantal soorten zorg. Van pgb's zijn alleen de uitgaven bekend, zodat deze voor elk jaar zijn weggelaten. Bij het aantal uren zorg zonder verblijf zijn ook dagdelen dagactiviteiten meegerekend. Hierbij is 1 dagdeel gelijkgesteld aan 4 uren.

3.3 Volume en aantal zorgontvangers

Het aantal 65+-bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en het aantal 65+-cliënten met zorg zonder verblijf zijn beide met gemiddeld 1,1 procent per jaar toegenomen in de periode 2004–2010 (figuur 3.3.1).⁸⁾ Het volume van zorg met verblijf is in deze periode met 1,6 procent per jaar gegroeid. Het volume van zorg zonder verblijf laat een volumegroei van 2,5 procent per jaar zien. Het volume is dus sneller gegroeid dan het aantal bewoners met verblijf en het aantal cliënten zonder verblijf. Er is dus steeds meer zorg geleverd per bewoner en per cliënt.

Uit figuur 3.3.1 blijkt ook dat de volumegroei bij zorg zonder verblijf voor een belangrijk deel kan worden toegeschreven aan een toename van het aantal uren zorg per cliënt. Bij zorg met verblijf zien we dat het aantal dagen minder snel stijgt dan het aantal bewoners. De sterkere toename van het aantal bewoners kan worden verklaard door ervan uit te gaan dat een verpleegbed, gemiddeld genomen, door meerdere bewoners wordt bezet gedurende een jaar, terwijl een verzorgingsplaats door één bewoner wordt bezet. In combinatie met de toegenomen verpleegdagen en de afgenomen verzorgingsdagen leidt dit tot een sterkere groei van het totale aantal bewoners ten opzichte van het aantal dagen.

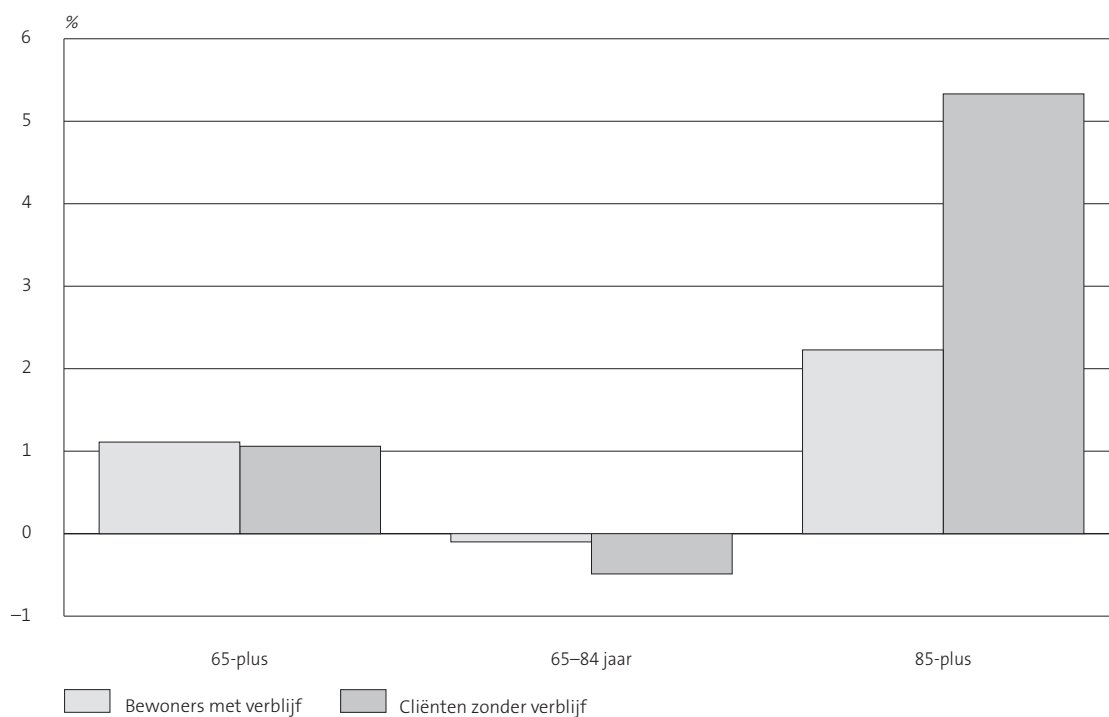
3.3.1 Gemiddelde groei per jaar van volume, dagen en 65+-bewoners met verblijf, uren en 65+-cliënten met zorg zonder verblijf, 2004–2010



⁸⁾ De gegevens over aantallen bewoners en cliënten zijn afkomstig van het CAK (Centraal Administratie Kantoor) en zijn beschikbaar vanaf 2004. De aantallen betreffen tellingen van bewoners en cliënten die gedurende een willekeurige periode in een verslagjaar zorg hebben ontvangen (dus geen tellingen op een vaste peildatum).

In figuur 3.3.2 is de groei van het aantal 65+-bewoners met zorg met verblijf en van het aantal 65+-cliënten met zorg zonder verblijf uitgesplitst naar 65–84-jarigen en 85-plussers. Allereerst valt op dat het aantal zorgontvangers tussen 65 en 84 jaar is gedaald voor beide vormen van zorg (met 0,03 procent per jaar voor zorg met verblijf en met 0,5 procent per jaar voor zorg zonder verblijf). Het aantal zorgontvangers van 85 jaar of ouder is gestegen, met 2,2 procent per jaar voor zorg met verblijf en met 5,3 procent per jaar voor zorg zonder verblijf. De leeftijdsamenstelling van de zorgontvangers is dus veranderd in beide zorgvormen, waarbij het aandeel 85-plussers is toegenomen.

3.3.2 Gemiddelde groei per jaar van aantallen bewoners met zorg met verblijf en aantallen cliënten met zorg zonder verblijf naar leeftijdsgroep, 2004–2010



Bron: CAK

In figuur 3.3.2 valt verder ook de sterkere toename van cliënten met zorg zonder verblijf op ten opzichte van bewoners met verblijf in de leeftijdscategorie van 85 jaar of ouder. Het aandeel van zorg zonder verblijf is daarmee toegenomen onder deze oudere leeftijdsgroep.

Het is ook interessant om figuur 3.3.2 te vergelijken met de ontwikkelingen van de bevolking binnen dezelfde leeftijdsgroepen in figuur 3.2.1 (het rechterdeel van deze figuur). Als eerste merken we op dat het aantal 65-plussers in de bevolking sneller is toegenomen dan het aantal zorgontvangers van 65 jaar of ouder (2,1 resp. 1,1 procent per jaar tussen 2004 en 2010). Op basis hiervan kunnen we stellen dat het aandeel 65-plussers in de bevolking dat verpleging en verzorging ontvangt is afgenomen in de periode 2004–2010. Dit geldt in sterkere mate voor de groep tussen 65 en 84 jaar. Voor 85-plussers is het trekken van conclusies in dit opzicht lastiger. Het aantal bewoners met zorg met verblijf nam minder snel toe dan

het aantal 85-plussers in de bevolking, terwijl het aantal cliënten met zorg zonder verblijf juist sneller steeg dan de bevolking in deze leeftijdsgroep.⁹⁾

Samengevat komen we op grond van bovenstaande resultaten tot het volgende beeld voor de periode 2004–2010:

- Het volume per zorgontvanger is toegenomen, zowel bij zorg met verblijf als bij zorg zonder verblijf;
- Bij zorg met verblijf is de volumegroei het resultaat van de levering van steeds zwaardere zorg;
- Bij zorg zonder verblijf zijn er steeds meer uren zorg per cliënt geleverd. De samenstelling van de zorgprestaties is daarbij nauwelijks veranderd;
- Het aandeel 85-plussers is toegenomen in beide zorgvormen. Het aandeel van zorg zonder verblijf is onder deze leeftijdsgroep groter geworden ten opzichte van zorg met verblijf;
- Het aantal zorgontvangers tussen 65 en 84 jaar is afgenomen. De afname is het grootst bij zorg zonder verblijf;
- Het aantal zorgontvangers van 85 jaar of ouder is toegenomen, maar hun aandeel in de bevolking lijkt iets te zijn afgenomen (gemiddeld met ongeveer 0,4 procent per jaar, onder de aanname in voetnoot 9)

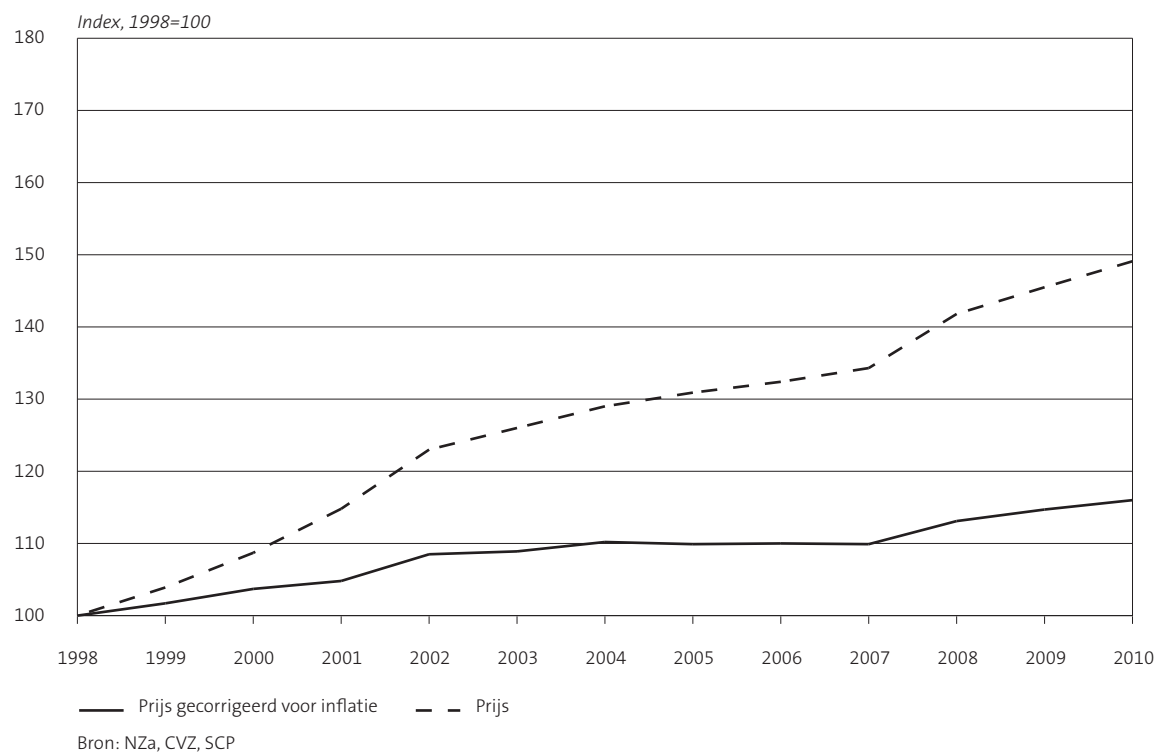
3.4 Prijs

De tarieven van verpleging en verzorging zijn in de periode 1998–2010 met gemiddeld 3,4 procent per jaar gestegen. De inflatie in deze periode was gemiddeld 2,1 procent per jaar. De prijsstijging bij verpleging en verzorging was van 2003 tot en met 2007 vrijwel gelijk aan de inflatie (figuur 3.4.1). De tarieven zijn buiten deze periode door verschillende oorzaken sterker gestegen dan de inflatie. Vóór 2003 is er bijvoorbeeld sprake van een steeds grotere inzet van werkdrukmiddelen. Na 2007 zijn afschrijvingskosten en andere kapitaallasten sterk gestegen in bepaalde jaren.

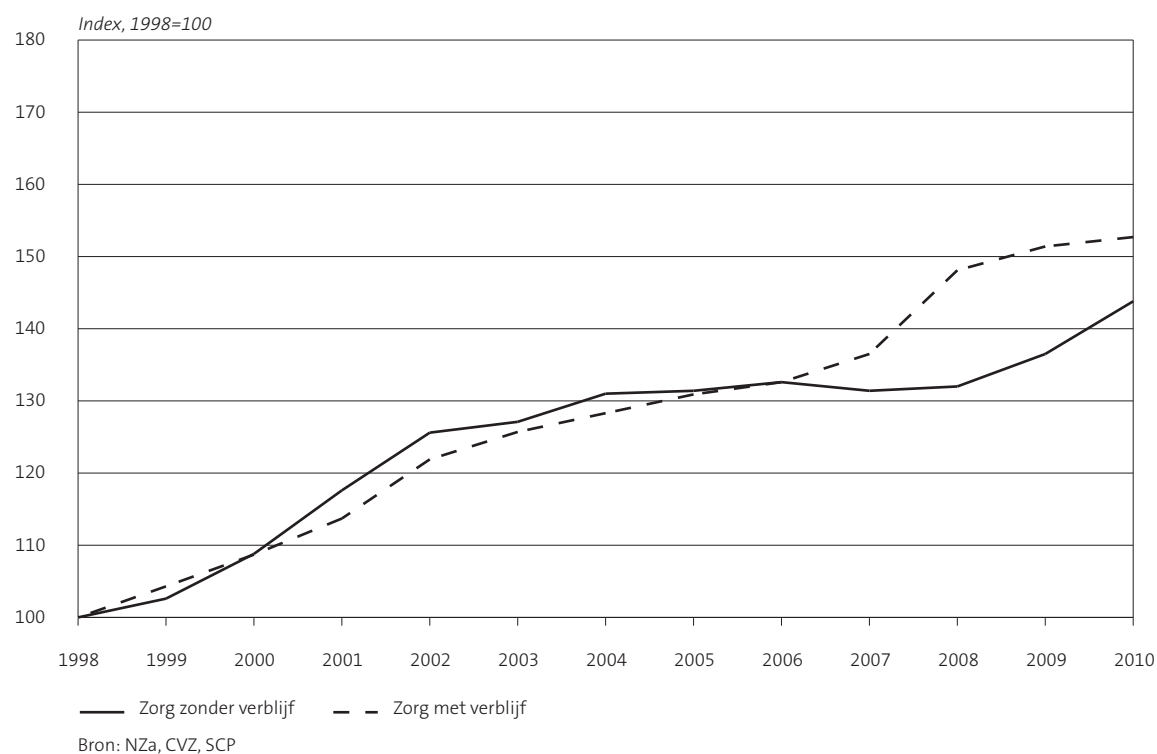
In figuur 3.4.2 is de prijsontwikkeling uitgesplitst naar zorg met verblijf en zorg zonder verblijf. Daarin zien we een soortgelijk beeld voor beide zorgvormen tot en met 2002 en van 2003 tot en met 2006. Na 2006 lopen de twee prijsontwikkelingen uiteen. De prijsdaling in 2007 voor zorg zonder verblijf hangt samen met de overgang van huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de Wmo in dat jaar. Het gemiddelde tarief van huishoudelijke verzorging is na deze overgang sterk gedaald en is na 2007 weer gaan stijgen. Bij zorg met verblijf is er sprake van een sterke prijsstijging in 2008 (8,5 procent), mede door de eerder genoemde stijging van de kapitaallasten. De prijsstijgingen in 2009 en 2010 vallen aanzienlijk lager uit bij deze zorgvorm.

⁹⁾ Bewoners met zorg met verblijf en cliënten met zorg zonder verblijf kunnen niet zomaar bij elkaar worden opgeteld. Personen die beide vormen van zorg ontvangen zitten in de CAK-gegevens zowel bij bewoners met verblijf als bij cliënten zonder verblijf, zodat sprake zou zijn van dubbeltellingen bij het optellen van bewoners en cliënten. Indien we aannemen dat het percentage personen met beide vormen van zorg gelijk blijft in de tijd, dan volgt dat het aantal 85-plussers dat zorg ontvangt met 3,9 procent per jaar gestegen is tussen 2004 en 2010. Het aantal 85-plussers in de bevolking steeg in deze periode met 4,3 procent per jaar, zodat ook het aandeel 85-plussers in de bevolking dat zorg ontvangt gedaald zou zijn.

3.4.1 Prijsontwikkeling bij verpleging en verzorging



3.4.2 Prijsontwikkelingen voor zorg met verblijf en zorg zonder verblijf



4 Slotbeschouwing

Uit deze studie is gebleken dat de uitgavenstijging in de verpleging en verzorging tussen 1998 en 2010 ongeveer even zwaar neerslaat bij de prijs als bij het volume aan geleverde zorg. Beide componenten laten een gemiddelde jaarlijkse toename van ruim drie procent zien. Vervolgens zijn de volume- en prijsontwikkelingen apart geanalyseerd, waarbij uitvoerig is stilgestaan bij het volume.

Het volume aan verpleging en verzorging steeg tot en met 2004 sneller dan in de jaren erna. Na 2004 loopt de volumeontwikkeling redelijk in de pas met de ontwikkeling van het aantal 65-plussers in de bevolking. Dit betekent echter niet dat het zorgvolume per zorgontvanger gelijk is gebleven. Zowel bij zorg met verblijf als bij zorg zonder verblijf is het volume aan geleverde zorg per zorgontvanger toegenomen: gemiddeld met 0,5 procent per jaar bij zorg met verblijf en met 1,4 procent per jaar bij zorg zonder verblijf.

Zorgontvangers krijgen dus steeds meer zorg. Bij zorg met verblijf betekent “meer zorg” een verschuiving naar zwaardere vormen van zorg. Het aandeel van verpleeghuiszorg ten opzichte van verzorgingshuiszorg is steeds groter geworden, en ook binnen deze twee zorgvormen zelf hebben verschuivingen naar zwaardere vormen van zorg plaatsgevonden. Cliënten met zorg zonder verblijf hebben jaarlijks steeds meer uren zorg gekregen, maar er is geen verschuiving geweest naar zwaardere zorgprestaties, zoals bijvoorbeeld meer uren verpleging ten opzichte van persoonlijke verzorging.

Parallel aan deze ontwikkelingen zien we dat de leeftijdsamenstelling van de zorgontvangers veranderd is. Binnen de groep 65-plussers is een verschuiving opgetreden van 65–84-jarigen naar 85-plussers. Het aantal zorgontvangers tussen 65 en 84 jaar is zelfs afgenomen. De hiervoor beschreven ontwikkelingen kenmerken de toegenomen extramuralisering in de verpleging en verzorging.

Een beschrijving van resultaten met betrekking tot prijs- en volumeontwikkelingen is niet compleet zonder aandacht te besteden aan de effecten van onzekerheden op de resultaten. In paragraaf 2.2 gaven we een aantal voorbeelden van onzekerheden, die voortkomen uit een gebrek aan gegevens over tarieven en hoeveelheden. We zijn nagegaan in hoeverre de uitspraken in paragrafen 3.3 en 3.4 in stand blijven na variaties in de basiswaarden van onzekere factoren, zoals deze in paragraaf 2.2 geformuleerd waren. We hebben daartoe de volgende variaties doorgerekend:

- Een verlaging van de prijsindex voor nieuwe zorgprestaties met één procentpunt. Deze ingreep is voor elk jaar doorgevoerd;
- Dezelfde variatie passen we toe op de prijsindex van pgb-zorg;
- Toewijzing van de kapitaallasten voor zorg met verblijf aan de capaciteitsgebonden kosten (feitelijk aan de ‘subdienst’ huisvesting/verblijf);
- Een verhoging van de basiswaarde van andere onzekere parameters met één procent.

Bovenstaande variaties zijn zodanig gekozen dat de gezamenlijke effecten op de prijs- en volumeveranderingen zoveel mogelijk dezelfde richting uitwerken. In dit geval betekent dit grotere volumestijgingen en minder sterke prijsstijgingen dan onder de basiswaarden.

De effecten van bovenstaande variaties op de prijs- en volumeveranderingen zijn klein:

- De gemiddelde jaarlijkse volumegroei van zorg met verblijf tussen 2004 en 2010 blijft 1,6 procent, net als in figuur 3.3.1;
- De gemiddelde jaarlijkse volumegroei van zorg zonder verblijf, exclusief pgb-zorg, gaat van 2,50 naar 2,56 procent in figuur 3.3.1;

- De gemiddelde jaarlijkse prijsstijging van verpleging en verzorging, inclusief pgb-zorg, gaat van 3,4 naar 3,3 procent per jaar tussen 1998 en 2010. De gemiddelde jaarlijkse volumegroei komt juist 0,1 procentpunt hoger te liggen en komt ook uit op 3,3 procent per jaar.

Naast de hiervoor genoemde en doorgerekende onzekerheden kunnen prijs- en volume-indices ook beïnvloed worden door de keuze van de indexmethode. In paragraaf 2.2 was aangegeven dat het bij het CBS gebruikelijk is om volume-indices te berekenen volgens de Laspeyres indexmethode; uit de verandering van de productiewaarde (uitgaven, omzet) volgt dan een Paasche prijsindex.

We zouden echter ook kunnen kiezen voor een Paasche volume-index (en dus een Laspeyres prijsindex), waarbij de hoeveelheden in jaren $t - 1$ en t in de volume-index worden gecombineerd met de tarieven in jaar t (i.p.v. jaar $t - 1$ zoals in de Laspeyres volume-index). Het geometrisch (of “meetkundig”) gemiddelde van de Laspeyres en Paasche volume-indices geeft een Fisher volume-index (en een Fisher prijsindex). Al deze varianten zijn doorgerekend. De Fisher volume- en prijsindices verschillen slechts enkele honderdsten van een procentpunt op jaarbasis van de hier gepresenteerde resultaten.¹⁰⁾

Op basis van deze bevindingen kunnen we stellen dat de conclusies in paragrafen 3.3 en 3.4 ongewijzigd blijven. Zij opgemerkt dat de prijsveranderingen voor nieuwe producten en pgb-zorg in de doorgerekende variaties met één procentpunt zijn aangepast in elk jaar.

Volledigheidshalve dient te worden vermeld dat de resultaten voor zorg zonder verblijf in figuur 3.3.1 exclusief pgb-zorg zijn. Voor een volledig beeld zouden we eigenlijk ook de aantallen pgb-houders met verpleging en verzorging willen weten, en vervolgens de ontwikkeling hierin, samen met die voor cliënten met zorg in natura in figuur 3.3.1, willen vergelijken met de volumestijging inclusief pgb-zorg. Hiervoor is nader onderzoek nodig. Nadere informatie over pgb's heeft uiteraard geen invloed op de resultaten voor zorg met verblijf, aangezien met pgb's alleen zorg zonder verblijf kan worden ingekocht.

¹⁰⁾ The Bureau of Economic Analysis (BEA) in de Verenigde Staten hanteert Fisher prijs- en volume-indices.

Literatuur

Castelli, A., Dawson, D., Gravelle, H., Street, A. (2007). Improving the measurement of health system output growth. *Health economics*, 16, 1091-1107.

Chessa, A.G. (2009). Measures of health care volume with applications to the Dutch health sector. Paper gepresenteerd tijdens de *UKCeMGA and NIESR International Conference on Public Service Measurement*, Cardiff, UK, 11–13 november 2009. (Zie: <http://www.ons.gov.uk/ons/media-centre/events/ukcemga-and-niesr-conference/ukcemga-and-niesr-international-conference-papers/index.html>)

Chessa, A.G., Kleima, F.J. (2006). De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen: 1998–2004. In *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2006*, pp. 43–51. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Chessa, A.G., Okkerse-Ruitenbergh, M. (2007). Ouderenzorg groeit sterk. In *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2007*, pp. 81–89. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Eurostat (2001). *Handbook on price and volume measures in national accounts*.

Halfens, R.J.G., Meijers, J.M.M., Neyens, J.C.L., Offermans, M.P.W. (2007). *Rapportage resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2007*. Universiteit Maastricht, november 2007.

NZa (2002). *Zorg op maat verpleeghuizen*. Beleidsregel II-508, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2009). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*. Beleidsregel CA-299, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2010). *Prestatiebeschrijvingen extramurale zorg*. Beleidsregel CA-387, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2011). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ*. Beleidsregel CA-451, Nederlandse Zorgautoriteit.

Schreyer, P. (2008). Output and Outcome – Measuring the production of non-market services. Paper gepresenteerd

tijdens de 30e *General Conference of The International Association for Research in Income and Wealth*, Portorož, Slovenië, 24–30 augustus 2008. (Zie: <http://www.iariw.org/c2008.php>)

SCP (2011). *Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012*. Sociaal en Cultureel Planbureau, juni 2011.

SCP (2012). *Waar voor ons belastinggeld?* Prijs en kwaliteit van publieke diensten. Sociaal en Cultureel Planbureau, volgnummer 2012-2.

VWS (2007). Aanwijzing inzake Contracteerruimte AWBZ 2008. Uit *Staatscourant*, nr. 242, 13 december 2007, pag. 18.

ZN (2004). *Handreiking bij AWBZ-inkoop 2005*. Deel 2: Inkoop van extramurale zorg. Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, 1 november 2004.

Lijst met afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CVZ	College voor zorgverzekeringen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
pgb	persoonsgebonden budget
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZZP	Zorgzwaartepakket

Tabellenbijlage

1. Verpleging en Verzorging (V&V): Uitgaven, volume en prijs

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Uitgaven V&V	<i>in miljoen euro</i>												
Totaal	6 998	7 281	7 839	8 842	9 956	10 746	11 207	11 707	12 487	12 847	13 789	14 536	15 156
Verpleeghuiszorg	2 694	2 764	2 872	3 128	3 425	3 636	3 727	3 873	4 121	4 337	4 944	5 218	5 541
Verzorgingshuiszorg	2 547	2 669	2 857	3 124	3 388	3 513	3 564	3 678	3 719	3 783	3 978	4 136	4 031
Zorg zonder verblijf (incl. pgb's)	1 757	1 848	2 110	2 590	3 143	3 597	3 915	4 155	4 648	4 727	4 867	5 183	5 584
Volume en prijs V&V	<i>1998=100</i>												
<i>V&V totaal</i>													
Volume	100	100,1	103,0	110,0	115,7	121,9	124,1	127,8	134,8	136,7	139,0	142,8	145,2
Prijs	100	103,9	108,7	114,8	123,0	126,0	129,0	130,9	132,4	134,3	141,8	145,5	149,1
CPI (inflatie)	100	102,2	104,9	109,6	113,3	115,7	117,1	119,1	120,4	122,3	125,4	126,9	128,5
Prijs V&V, gecorrigeerd voor inflatie	100	101,7	103,7	104,8	108,5	108,9	110,2	109,9	110,0	109,9	113,1	114,7	116,0
<i>Verpleeghuiszorg</i>													
Volume	100	99,7	101,1	104,4	107,5	110,5	110,9	114,1	120,6	123,8	129,0	136,9	145,7
Prijs	100	102,9	105,5	111,3	118,3	122,1	124,8	126,0	126,8	130,1	142,3	141,5	141,2
<i>Verzorgingshuiszorg</i>													
Volume	100	99,0	100,0	105,5	105,7	106,4	106,0	105,9	105,0	103,4	101,2	99,2	94,5
Prijs	100	105,9	112,2	116,3	125,8	129,6	132,0	136,3	139,0	143,7	154,4	163,6	167,5
<i>Zorg zonder verblijf (incl. pgb-zorg)</i>													
Volume	100	102,5	110,4	125,3	142,5	161,1	170,1	179,9	199,5	204,8	209,9	216,2	221,0
Prijs	100	102,6	108,8	117,6	125,6	127,1	131,0	131,4	132,6	131,4	132,0	136,5	143,8

NB: Bovenstaande cijfers kunnen afwijken van de gegevens in StatLine. Dit heeft te maken met de wijze waarop zorg is ingedeeld. De gegevens in StatLine hebben betrekking op zorg geleverd door instellingen voor verpleging en verzorging ("institutionele" invalshoek), terwijl de gegevens hierboven uitgaan van het type zorg (verpleeg- en verzorgingshuiszorg en zorg zonder verblijf, oftewel de "functionele" invalshoek). Bij het volgen van de functionele invalshoek wordt bijvoorbeeld ook verpleeghuiszorg meegenomen die door ziekenhuizen is geleverd.

2. Ontwikkeling volume Verpleging en Verzorging (V&V), bevolking 65 jaar en ouder, dagen zorg met verblijf, uren zorg zonder verblijf en zorgontvangers

	1998–2004	2004–2010	2002–2010
<i>Gemiddelde groei per jaar in %</i>			
Volume V&V	3,7	2,7	2,9
Bevolkingsaantallen			
65-plussers	1,2	2,1	2,0
65–84-jarigen	1,2	1,8	1,8
85-plussers	1,2	4,3	3,5
Zorg met verblijf			
Volume	1,4	1,6	1,4
Dagen		0,3	0,1
Bewoners (65-plussers)		1,1	
ww.			
65–84-jarigen		0,0	
85-plussers		2,2	
Zorg zonder verblijf (excl. pgb's)			
Volume	7,8	2,5	3,7
Uren		2,6	3,8
Cliënten (65-plussers)		1,1	
ww.			
65–84-jarigen		–0,5	
85-plussers		5,3	

NB: De volumegroei voor zorg met verblijf heeft betrekking op verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg samen en kan worden berekend uit de gegevens van tabel 1. In "dagen" zijn dagen verpleeghuiszorg en dagen verzorgingshuiszorg bij elkaar opgeteld. Gegevens over uren zorg zonder verblijf tot en met 2001 ontbreken voor een aantal soorten zorg. Van pgb's zijn alleen de uitgaven bekend, zodat deze hier niet zijn meegenomen. Bij het aantal uren zorg zonder verblijf zijn ook dagdelen dagactiviteiten meegerekend. Hierbij is 1 dagdeel gelijkgesteld aan 4 uren. De groeicijfers met betrekking tot bewoners (met verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis) en cliënten (zorg zonder verblijf) zijn afgeleid uit gegevens in StatLine. Deze gegevens betreffen aantallen gedurende een verslagjaar (dus geen begin- of eindstanden). De StatLine-tabel voor zorg met verblijf bevat gegevens tot en met 2009; aantallen voor 2010 zijn berekend uit (nog niet gepubliceerde) gegevens over zorggebruik op basis van type grondslag.

3. Uitgaven, prijs- en volumeontwikkelingen gehandicaptenzorg en ziekenhuizen en specialistenpraktijken

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>in miljoen euro</i>													
Uitgaven													
Gehandicaptenzorg													
Zorg met verblijf en behandeling	1 848	1 926	2 056	2 235	2 491	2 612	2 705	2 821	2 907	3 097	3 515	3 823	4 015
Zorg met verblijf, zonder behandeling	517	556	591	651	731	792	752	798	838	935	1 055	1 061	1 168
Zorg zonder verblijf (incl. pgb's)	384	513	572	711	899	1 131	1 314	1 478	1 650	1 829	2 061	2 223	2 247
Ziekenhuizen en specialistenpraktijken	9 892	10 468	11 032	12 551	14 167	15 047	16 024	16 624	17 308	18 275	20 259	21 629	22 390
Prijs- en volumeontwikkelingen	<i>1998 = 100</i>												
Gehandicaptenzorg													
<i>Zorg met verblijf en behandeling</i>													
Volume	100	105,1	108,1	113,0	119,0	122,0	123,2	125,4	128,8	131,0	138,4	146,7	153,9
Prijs	100	99,1	102,9	107,1	113,2	115,8	118,8	121,7	122,2	128,0	137,5	141,0	141,2
<i>Zorg met verblijf, zonder behandeling</i>													
Volume	100	102,0	105,1	111,2	118,0	124,9	114,4	116,6	119,3	123,8	129,5	125,7	140,1
Prijs	100	105,6	108,7	113,2	119,8	122,7	127,2	132,4	135,9	146,1	157,6	163,3	161,2
<i>Zorg zonder verblijf (incl. pgb-zorg)</i>													
Volume	100	127,5	137,4	161,3	190,4	231,9	262,3	291,0	321,1	340,6	369,8	393,3	381,9
Prijs	100	104,7	108,4	114,7	122,8	126,8	130,3	132,1	133,7	139,7	145,0	147,1	153,0
Ziekenhuizen en specialistenpraktijken													
<i>Ziekenhuizen en specialisten totaal</i>													
Volume	100	100,2	100,4	103,2	108,8	113,2	120,5	126,1	130,2	135,9	143,1	152,4	159,1
Prijs	100	105,7	111,1	123,0	131,7	134,3	134,4	133,2	134,3	136,0	143,1	143,5	142,2
<i>Klinische behandelingen en dagbehandelingen samen ("LMR-index")</i>													
Volume Algemene ziekenhuizen	100	100,3	100,3	103,0	109,4	116,2	124,5	131,5	140,2	146,3	152,8	161,9	170,0
Volume Algemene ziekenhuizen + UMC's	100	100,1	100,1	102,9	109,4	115,9	123,7	130,3	136,7	142,8	150,2	158,7	168,1

NB: Gehandicaptenzorg met verblijf, zonder behandeling, heeft betrekking op zorg geleverd in gezinsvervangende tehuizen. Bovenstaande cijfers over gehandicaptenzorg kunnen afwijken van de gegevens in StatLine. Dit heeft te maken met de wijze waarop zorg is ingedeeld. De gegevens in StatLine hebben betrekking op zorg geleverd door instellingen voor gehandicaptenzorg ("institutionele" invalshoek), terwijl de gegevens hierboven uitgaan van het type zorg (zorg met of zonder verblijf, oftewel de "functionele" invalshoek).