

Analyse stijging zorguitgaven

De zorg legt een steeds groter beslag op de overheidsfinanciën. Tegelijkertijd bestaan er ondanks al het wetenschappelijke onderzoek nog steeds de nodige onduidelijkheden over de precieze oorzaken van de sterke uitgavengroei en de mogelijkheden hier wat aan te doen. Onderzoek wijst uit dat met name de vergoeding van steeds ‘lichtere’ zorg debet is aan de uitgavengroei.

JOOST TRIEKENENS

Werkzaam bij het
ministerie van VWS

GIJS VAN DER VLUGT

Werkzaam bij het mi-
nisterie van Financiën

PATRICK JOURISSEN

Werkzaam bij het
ministerie van VWS

MARGRIET GERMIN

Werkzaam bij het
ministerie van VWS

Alle auteurs zijn als
secretariaat verbonden
geweest aan de
Taskforce Beheersing
Zorguitgaven

Er zijn inmiddels veel analyses over de stijging van de zorguitgaven beschikbaar, het blijkt echter lastig om specifieke oorzaken aan te wijzen (Chernew en May, 2011). Een recente inventarisatie van het RIVM (2010) geeft een kwalitatieve synthese van de belangrijkste determinanten van de uitgavenstijging, maar komt nog niet tot kwantitatieve uitsplitsingen. De bestaande kwantitatieve decomposities van het Centraal Planbureau (CPB) behandelen enkel het macroniveau. Een groot deel van deze macrogroei in de jaren 2001–2010 – het zogenaamde overige volume – betreft feitelijk een verzamelterm voor extra kosten die niet eenduidig kunnen worden verklaard.

Aangezien de langetermijnhoudbaarheid van de openbare financiën sterk samenhangt met het vermogen de uitgavengroei van de zorg te temperen (Clerx en Schilperoort, 2012) is het van belang goed zicht te krijgen op de precieze achtergronden van de stijging van de zorguitgaven. Dit geldt zeker in Nederland, dat volgens de OESO (2011) inmiddels op de Verenigde Staten na relatief het meest aan zorg uitgeeft in de westerse wereld; met name de uitgaven voor langdurige zorg zijn erg hoog. Dit roept vragen op omdat dit niet altijd het geval was. Tussen 1980 en 2000 bleven de zorguitgaven in ons land juist min of meer stabiel als percentage van het bbp.

Figuur 1 maakt duidelijk dat zich rond 2000 een trendbreuk heeft voorgedaan. De zorguitgaven gingen hard stijgen. Er is toen bewust gekozen om te investeren in de kwaliteit van zorg en voor het wegwerken van de wachtlijsten. Toen de wachtlijsten omstreeks 2005 waren verdwenen, is de stijging van de uitgaven echter maar weinig gedaald. Bij continuering van de huidige groeipercentages – die aanzienlijk hoger liggen dan de 2,5 procent die demografische en epidemiologische projecties lijken te rechtvaardigen (Van der Lucht en Polder, 2010) – betaalt een tweeverdienersgezin met anderhalf keer een modaal inkomen in 2040 de helft van zijn inkomen aan collectieve zorg (Van der Horst *et al.*, 2011). Een meer beheerste stijging van de zorguitgaven staat dan ook centraal in veel verkiezingsprogramma's.

De sterke stijging van de zorguitgaven wordt gekenmerkt door twee belangrijke, aan elkaar gelieerde ontwikkelingen. Ten eerste duidt het beschikbare bewijs erop dat de productiviteit in met name de curatieve zorg sterk is toegenomen, maar dat dit niet leidt tot lagere uitgaven. Tegelijkertijd wordt zowel de curatieve als de langdurige zorg meer en meer gericht op ‘lichtere’ patiëntengroepen. De specifieke institutionele kenmerken en vormgeving van de zorg zijn hierop van grote invloed.

PRODUCTIVITEITSWINSTEN

De ‘Ziekte van Baumol’ stelt dat de productiviteitsontwikkeling in arbeidsintensieve sectoren zoals de zorg structureel achterblijft bij die in de rest van de economie, terwijl de lonen wel gelijke tred houden met de marktsector. Door dit effect stijgen de prijzen in de zorg harder dan in de rest van de economie. Onderzoek laat zien dat de productiviteit in de zorg het afgelopen decennium sterk is toegenomen (Vandermeulen *et al.*, 2012). De robuustheid van deze conclusie volgt ook uit andere recente onderzoeken. Zo laat het CPB in recent onderzoek zien dat het verschil tussen de prijsontwikkeling in de zorg en de rest van de economie het afgelopen decennium is afgenomen (Van der Horst *et al.*, 2011). Sommige wetenschappers twijfelen inmiddels of de Ziekte van Baumol nog

wel bestaat in de curatieve zorg, in ieder geval lijkt zij het afgelopen decennium weinig vat te hebben gehad op de ziekenhuissector (Eggink en Blank, 2012). Dit ligt in lijn met bevindingen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, die in haar brancherapport een jaarlijkse productiviteitsgroei van 2,3 procent rapporteert tussen 2002 en 2008 (NVZ, 2011).

Deels kan de toegenomen productiviteit een gevolg zijn van een betere bezettingsgraad, wat ook samenhangt met de versnelling in de volumegroei. Aan de andere kant wordt er onder invloed van nieuwe 'prikkel' efficiënter gewerkt. Dit komt onder andere tot uiting in een lager ziekteverzuim en in (organisatorische) innovaties; de verblijfsduur in instellingen neemt bijvoorbeeld steeds verder af. Het feit dat verschillende onderzoeken – ongeacht de gehanteerde methodiek – tot een aanzienlijke productiviteitsontwikkeling in de curatieve zorg komen, ondersteunt de betrouwbaarheid van de gevonden uitkomsten.

In de langdurige zorg is het bewijs voor het einde van de Ziekte van Baumol meer gemengd, zo blijkt uit literatuuronderzoek naar de productiviteit in de verpleging, verzorging en thuiszorg (Dumaij, 2011). Wel duidt ouder onderzoek, waar veelal geen kwaliteitsaspecten zijn meegenomen, vaker op Baumol dan nieuwer onderzoek waarin hiervoor wel wordt gecorrigeerd. Ander recent onderzoek laat inmiddels ook voor de langdurige zorg behoorlijke productiviteitswinsten zien (Pommer, 2012; Vandermeulen *et al.*, 2012). Een definitieve uitspraak over de productiviteitsontwikkeling in de langdurige zorg kan op basis van het beschikbare onderzoek niet worden gedaan.

GEEN VERLAGING GROEI ZORGUIGAVEN

De aanzienlijke productiviteitsstijgingen hebben niet geleid tot een lagere groei van de zorguitgaven, eerder tot het tegendeel. Bij een gegeven productiecapaciteit kan bij een hogere productiviteit meer zorg geleverd worden. Indien vervolgens de prijs van zorg niet voldoende neerwaarts wordt aangepast en het volume niet voldoende wordt beheerst, zal productiviteitswinst leiden tot een extra uitgavenstijging. De versterking van de reservepositie van instellingen – tussen 2002 en 2010 is deze van gemiddeld 8,5 procent opgelopen naar 17,7 procent – suggereert dat de productiviteitswinsten wellicht ook zijn benut voor reservevorming (Wfz, 2003; 2011).

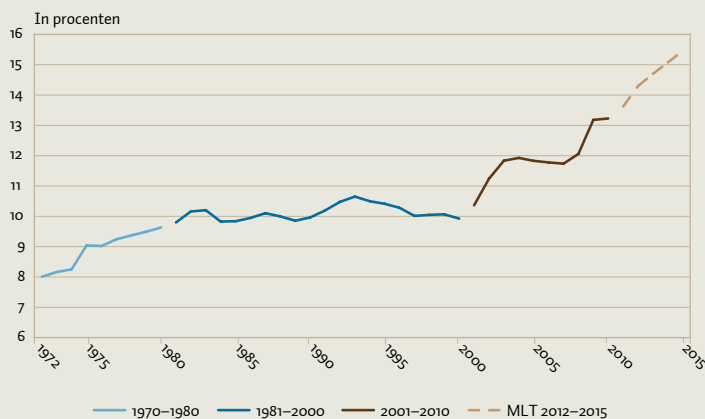
Indien zorginkopers zo scherp onderhandelen dat zij behaalde productiviteitswinsten verzilveren in de vorm van lagere tarieven, terwijl gelijktijdig het volume wordt beheerst, zal de uitgavengroei dalen. De bijstellingen van budgettaire kaders en tarieven houden echter weinig rekening met productiviteitsontwikkelingen. In bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk gebeurt dit wel: daar wordt de productiviteitsstijging ex ante normatief verwerkt in tarieven en budgetten. Een ruimer dan noodzakelijk budgettair kader beperkt de prikkel tot doelmatig inkopen.

MEER LICHTERE ZORG

De productiviteitsstijging heeft vooral tot meer zorgvolume geleid en niet tot lagere zorguitgaven. Deze volumestijging gaat bovendien fors uit boven de onderliggende demografisch-epidemiologische trend. Dit roept de vraag op of de onderliggende zorgzwaarte van de geleverde zorg wel gelijk is gebleven. Het zou immers kunnen dat zorg vooral daar groeit

Totale zorguitgaven als percentage van het bbp

FIGUUR 1

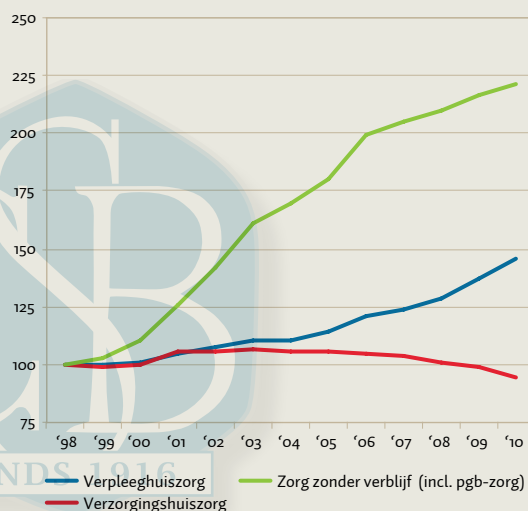


Bron: Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012

waar de ruimte en keuze aanwezig is om wel of niet te behandelen, bijvoorbeeld vanuit de specifieke klacht of vanuit de beschikbare capaciteit (Wennberg, 2010). In de praktijk hebben we het dan vaak over 'lichtere zorg'. Of dit ook zo is, kan worden onderzocht vanuit een aantal veronderstellingen: ten eerste, hoe meer extramuraal zorg, hoe lichter deze in de regel is, vooral als de zorg bovenop en niet in de plaats van intramuraal zorg komt. Ten tweede wijzen verschuivingen in bepaalde relevante indicatoren van de cliëntenpopulatie op een toename van lichtere zorg. Ten derde kunnen verschillen in de stijging van de verschillende kostencategorieën een indicatie vormen voor verschuiving naar lichtere zorg. Tot slot geeft de concentratie van de zorgkosten inzicht in de verdeling van de totale zorgkosten over zwaardere en lichtere zorg.

Volumegroei bij zorg met en zonder verblijf (index 1998 = 100)

FIGUUR 2



Bron: CBS, 2012

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

LICHTERE OUDERENZORG

Het aantal intramurale cliënten is in de ouderenzorg maar zeer beperkt gestegen en in de verzorgingshuizen zelfs gedaald. Wel ligt de voor zorgzwaarte gecorrigeerde volumewikking in de intramurale zorg in lijn met de demografische ontwikkeling. De groei van het volume en het aantal extramurale cliënten (inclusief de pgb's) ligt daarentegen ver boven de demografische trend en is ook veel hoger dan de afname aan intramurale capaciteit (figuur 2). Dat is een indicatie dat er niet alleen substitutie plaatsvindt van intramuraal naar extramuraal, maar ook dat het aandeel zelfzorg en mantelzorg afneemt ten laste van collectief gefinancierde extramurale zorg. Dit alles duidt op een relatieve toename van de lichtere patiëntengroepen.

LICHTERE GEHANDICAPTENZORG

Deze ontwikkeling geldt ook in de gehandicaptensector. De wettelijke aanspraken zijn in 2000 sterk toegenomen door de uitbreiding van zorg voor licht verstandelijk gehandicapten

met een gedragsstoornis, en in 2005 door de verbreding van de IQ-grens. Figuur 3 illustreert de hardere volumegroei van lichtere zorg voor gehandicapten. Daarnaast was de kostenstijging bij de gemiddeld lichtere zorgcategorieën, zoals de begeleiding en het kortdurende verblijf, zeer hoog met een stijging van respectievelijk 20 en 19 procent per jaar.

LICHTERE CURATIEVE ZORG

Ook in de curatieve zorg zijn er sterke indicaties dat het zwaartepunt van de zorg verschuift naar lichtere patiëntengroepen. Zo blijkt uit recent onderzoek dat het wegwerken van de wachtlijsten tussen 1998 en 2004 heeft geleid tot een sterke groei bij met name die patiënten die in een goedkopere kostenklasse vallen (De Meijer, 2012). Ook na het wegwerken van de wachtlijsten blijft deze trend zich voordoen (APE, 2012). De kosten stijgen vooral in de onderste decielen van de uitgavenverdeling (figuur 4). We mogen aannemen dat dit door de bank genomen lichtere zorg betreft. Dit wordt verder bevestigd door de langzamere groei bij patiënten met specifieke vereveningsindicatoren (de farmacie- en diagnosekostengroepen), bedoeld om de voorspelbaar hoge kosten van (chronisch zieke) patiënten voor verzekeraars te corrigeren. Dit wijst ook op een verschuiving naar lichtere zorg (APE, 2012).

OPNAMEKANSEN ZIEKENHUIZEN

Aangenomen kan worden dat de ziektelast onder jongere groepen gemiddeld genomen lichter is dan onder oudere leeftijdscategorieën. Tussen 2000 en 2010 is de stijging van de opnamekans voor jongere cohorten echter toegenomen ten opzichte van oudere cohorten. Vooral in meer recenter jaren lijken de 20- tot 40-jarigen en 40- tot 65-jarigen een relatief sterkere groei te hebben gekend (figuur 5).

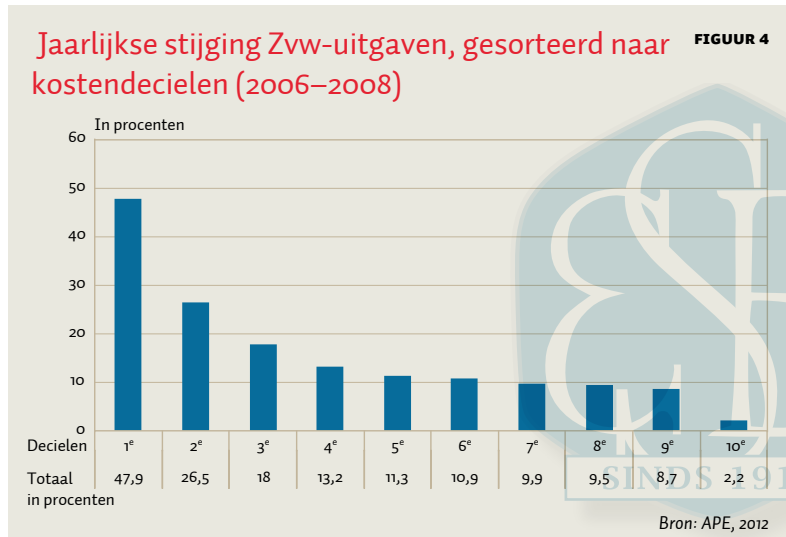
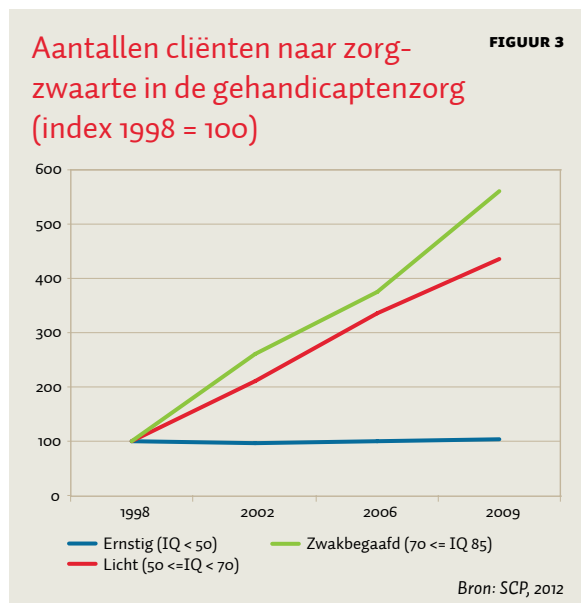
Het gevolg van dit alles is dat ook de verdeling van de zorguitgaven, de Lorenz-curve van de curatieve zorg, in de periode 2006–2008 minder scheef is geworden (APE, 2012). Hiermee lijkt een decennialange trend van juist een steeds schevere verdeling van de zorguitgaven ten gunste van een beperkte groep – zwaar zieke – patiënten (Jeurissen, 2005) te zijn doorbroken.

INSTITUTIES

Institutionele kenmerken en vormgeving zijn van grote invloed op de ontwikkeling van de zorguitgaven. Zorg is bovendien wellicht de meest heterogene verzameling van diensten binnen de publieke sector (Marmor en Klein, 2012) en de transparantie blijft mede daardoor achter bij andere sectoren. Dit alles draagt bij aan een grote mate van institutionele complexiteit en verdichting in de uitvoering. Dit creëert op zijn beurt tal van onbedoelde effecten en maakt systemen kwetsbaar voor opportunistisch gedrag.

Daarbij geldt dat bij de hervormingen aanvankelijk de betaalbaarheid niet op de voorgrond stond. Bestuigingssystemen die zich vooral richten op extra productie – en niet op het verzilveren van productiviteitswinsten of op gezondheidsuitkomst – hebben in aanzienlijke mate bijgedragen aan de uitgavenstijging en veranderende aard van het volume. Ook andere instituties – zoals een achterblijvende risicodragendheid van verzekeraars en de beperkte hoogte van eigen betalingen – hebben niet bijgedragen aan de uitgavenbeheersing (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

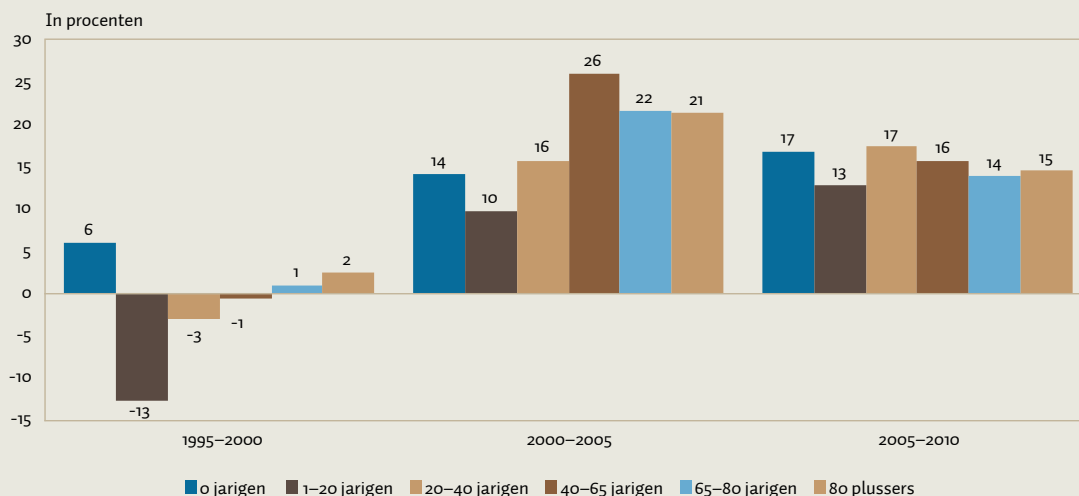
Instituties en beleid wegen veelal zwaarder dan vergrijzing en



De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

Verandering in leeftijdspecifieke kans op ziekenhuisopname (1995–2010)

FIGUUR 5



Bron: RIVM, 2012; CBS statline

de technologie (RIVM, 2010). Een ongeclausuleerd doortrekken van bovenstaande ontwikkelingen uit het verleden naar de toekomst accomodeert daarmee een blijvende toename van de zorguitgaven. Een lager groeipad op basis van de demografisch-epidemiologische ontwikkeling van de zorgvraag biedt minder ruimte aan de trend naar steeds meer lichtere zorg.

CONCLUSIES

Voor een volgend kabinet ligt er nu de keuze hoe om te gaan met de trend naar steeds lichtere zorg en hoe de productiviteitswinsten in de zorg te verzilveren. De gepresenteerde analyse naar de oorzaken van de uitgavenstijging biedt handvaten bij de zoektocht naar oplossingen. Daarbij vragen de institutionele complexiteit, de omvang van het probleem en de beperkte verankering van 'betaalbaarheid' om een integrale strategie. Dat lukt niet zonder dat naast de rijksoverheid ook alle andere partijen – burgers, patiënten, verzekeraars, aanbieders en zbo's – verantwoordelijker worden voor de betaalbaarheid. Daarbij wordt de zorg teruggebracht naar de kern: het collectieve pakket wordt in lijn gebracht met ons omringende landen en daar aangescherpt waar de groei het grootst is: bij de lichtere zorg. Daarnaast kan, door de zorg op de juiste plaats te leveren, de doelmatigheid verbeteren. Alleen met een integrale strategie kan de groei van de productiviteit worden omgezet in lagere uitgaven in plaats van in meer lichtere zorg.

LITERATUUR

- APE (2012) *Patiëntprofielen in de Zvw, de GGZ en AWBZ*. Den Haag: APE.
- CBS (2012) *Ontwikkelingen van prijs en volume voor verpleging en verzorging, 1998–2010*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Chernew, M.E. en D. May (2011) Health care cost growth. In: Glied, Sh. en P. Smith (red.) *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Clerx, J.A.G. en W.O. Schilperoord (2012) Omvang begrotingsopgave nieuw kabinet. *ESB*, 97(4642), 502–504.
- Dumaij, A.C.M. (2011) *Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg*. IPSE Studies, Technische Universiteit Delft.
- Eggink, E. en J.L.T. Blank (2012) Ziekenhuiszorg. In: Kuhry, B. en F. de Kam (red.) *Waar voor ons belastinggeld?*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 104.
- Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong (2011) *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Jeurissen, P.P.T. (2005) *Houdbare solidariteit in de zorg*. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Lucht, F. van der, en J.J. Polder (2010) *Van gezond naar beter*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Marmor, T.R. en R. Klein (2012) *Politics, health & health care*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Meijer, C.A.M. de (2012) *Studies of health and long-term care expenditure growth in aging populations*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- NVZ (2011) *Zorg op doorreis. Brancherapport 2011*. Utrecht: NVZ Vereniging van Ziekenhuizen.
- OESO (2011) *Health at a glance. OECD indicators 2011*. Parijs: OECD Publishing.
- Pommer, E. (2012) Verpleging en verzorging. In: Kuhry, B. en F. de Kam (red.) *Waar voor ons belastinggeld?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- RIVM (2010) *Determinanten van volumegroei*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) *Naar beter betaalbare zorg*. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven. Den Haag: Sdu.
- Vandermeulen L.J.R., A. Beldman en A.J.J. van der Kwartel (2012) *Productiviteitswinst in de zorg. Who get's what, when and how?* Utrecht: Kiwa Prismant.
- Wennberg, J. (2012) *Tracking medicine. A researchers quest to understand health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Wfz (2003) *Jaarrekening 2003*. Utrecht: Waarborgfonds zorg.
- Wfz (2011) *Jaarrekening 2011*. Utrecht: Waarborgfonds zorg.