

# De gezondheidszorg in een macro-economisch perspectief (I)

## Effecten van volume-ombuigingen

Bezien vanuit een macro-economisch perspectief is de gezondheidszorg niet alleen producent van gezondheidsdiensten, maar met 440.000 werkzame personen evenzeer een belangrijke bron van werkgelegenheid. Ook draagt deze sector bij aan de in Nederland hoge collectieve druk: de kosten bedragen bijna 9,5% van het netto nationale inkomen. In twee artikelen, die met enige tussenpoos in ESB zullen verschijnen, wordt de gezondheidszorg vanuit een dergelijke optiek gezien. In het eerste deel gaan de auteurs in op de macro-economische effecten van een verdere volume-ombuiging in de gezondheidszorg van f. 2,8 mrd., waarvan f. 2 mrd. op het collectief gefinancierde deel. Uit een 'spoorboekje' met het model Freia-kompas komt naar voren dat de gevolgen daarvan voor de nationale produktie en voor de totale werkgelegenheid, ook op middellange termijn, niet gunstig zijn. Wel verbeteren de rendementen in de marktsector en daalt de collectieve druk. In het tweede artikel gaan de auteurs na waarom het aandeel van de gezondheidszorg in het nationale inkomen in het verleden zo sterk is gestegen en geven zij vanuit die invalshoek een schets van de perspectieven tot het jaar 2000.

**DRS. L.J.R. VANDERMEULEN – DRS. A.R.M. WENNEKERS –  
DR. J.M.G. FRIJNS\***

### Inleiding

In hun verkiezingsprogramma's hebben alle grote politieke partijen zich uitgesproken voor verdere bezuinigingen op de volksgezondheid. Over de gewenste omvang en invulling hiervan was bij het afsluiten van dit artikel de politieke discussie nog gaande. Ook liepen de meningen uiteen over de vraag in hoeverre daarbij verdere volume-ombuigingen noodzakelijk zijn. De macro-economische effecten die van dergelijke ombuigingen kunnen uitgaan vormen een element in de gedachtenvorming. In hoofdstuk 5 van het onlangs verschenen *Centraal economisch plan 1986* (Cep) is mede om die reden een spoorboekje opgenomen van een kostenvermindering in de gezondheidszorg door middel van een reductie van het volume met f. 2,8 mrd. tot 1990. De bespreking daarvan moest in het Cep summier blijven. In dit artikel gaan wij daarom uitgebreider op de effecten van een dergelijke ombuiging in.

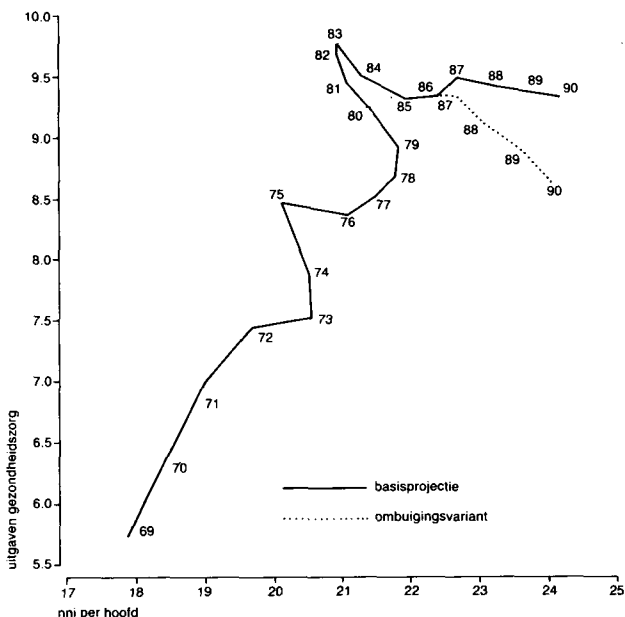
De indeling van het artikel is als volgt. Na een korte beschrijving van de structuur van de gezondheidszorg bespreken we de groei van deze sector in de periode vanaf 1969. Daarbij komen ook de volume-ombuigingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden kort aan de orde. Mede vanuit de optiek van de verwachte economische ont-

wikkeling tot 1990 bezien we vervolgens enkele argumenten voor en tegen verdere ombuigingen in deze sector. Na een korte theoretische beschouwing over de mogelijke effecten volgt dan een uitgebreide bespreking van het spoorboekje. Tot slot maken wij de balans op.

### Structuur en ontwikkeling

Het Centraal Planbureau maakt zowel ramingen voor de bedrijfstak medische diensten als voor de totale kosten van de meer omvattende gezondheidszorg. De bedrijfstak medische diensten omvat ruwweg de intramurale en de extramurale gezondheidszorg. In 1985 verschaftte deze bedrijfstak werk aan ruim 400.000 personen, waarvan ongeveer 150.000 deeltijdwerkers. Te zamen zorgden zij voor een totale toegevoegde waarde van bijna f. 23 mrd. Dit is ongeveer 6% van het totale netto nationale produkt. Daarmee behoort deze bedrijfstak tot de grotere bedrijfstakken; hij is zelfs groter dan de hele bouwnijverheid. In veel opzichten is deze bedrijfstak een typisch onderdeel van de dienstensector: de toegevoegde-waardequote is

**Figuur. Uitgaven gezondheidszorg in procenten van het netto nationale inkomen in lopende prijzen, afgezet tegen het reële nationale inkomen per hoofd in gld. x 1.000, 1969-1990**



hoog; de toegevoegde waarde is circa 80% van de bruto productiewaarde. De invoerquote is dan ook maar 5% 1).

De kosten van de gezondheidszorg volgens het Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn (FOGM) 2) vallen niet geheel samen met de productiewaarde van de bedrijfstak medische diensten. Het FOGM heeft indertijd als uitgangspunt de financiering genomen. Daarom omvat de gezondheidszorg in het FOGM ook gedeelten van een aantal andere bedrijfstakken, zoals enkele door de AWBZ gefinancierde onderdelen uit de maatschappelijke dienstverlening, de kosten van geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen en de kosten van het beheer en de administratie van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars.

In het FOGM worden de kosten in 1986 op f. 35,3 mrd. geraamd. De werkgelegenheid in de gezondheidszorg bedraagt dan 360.000 arbeidsjaren; het aantal werkzame personen bedraagt 440.000. De loonkosten en het inkomen van de vrije beroepsbeoefenaren omvatten 55% respectievelijk 10% van de kosten. De kapitaalkosten (rente en afschrijvingen) vormen 10 à 15% van de kosten; het verbruik bedraagt 20 à 25%. De kosten van de gezondheidszorg worden voor 75% collectief gefinancierd, te weten: 40% door het ziekenfonds, 30% via de AWBZ en 5% door het rijk. Het overige deel wordt particulier gefinancierd.

De ontwikkeling voor de jaren tot 1990 wordt enerzijds bepaald door de volumegroei (1% per jaar krachtens interdepartementale afspraken, tegen ca. 2,5% voor de verwachte volumegroei van het nationale produkt), anderzijds door de loon- en prijsontwikkeling. Daarbij is vooral de loonvoetontwikkeling van belang. In de basisprojectie van de recente middellange-termijnverkenning van het CPB bedraagt deze 1,5% per jaar. Te zamen met prijsramingen voor andere kostencategorieën leidt dit in deze CPB-raming tot een stijging van de totale kosten van de gezondheidszorg met ruim 2% per jaar. De totale kosten bedragen dan in 1990 f. 38,4 mrd.

Deze cijfers krijgen meer reliëf indien we ze afzetten tegen de ontwikkeling van het netto nationale inkomen (nni). Dit is, voor de periode 1969/1990, gedaan in de figuur. Op de verticale as van deze grafiek staat het aandeel van de kosten van de gezondheidszorg in het netto nationale inkomen in lopende prijzen, op de horizontale het reële na-

tionale inkomen per hoofd. Tot en met 1979 steeg het waarde-aandeel gemiddeld circa twee maal zo snel als het reële inkomen per hoofd van de bevolking. In een volgend artikel gaan wij nader in op de achtergronden van deze ontwikkeling. Hier vermelden we slechts enkele saillante punten.

Opvallend is bij voorbeeld dat de trendmatige daling van de groei van de nationale productie na 1973 pas vanaf 1982 werd gevolgd door een substantiële volume-ombuiging van de gezondheidszorg. De 'ijklijn' waartegen de volumebezuinigingen in *Bestek '81* ter grootte van f. 0,6 mrd. 3) werden afgezet, ging bij voorbeeld uit van een gemiddelde volumegroei voor de gezondheidszorg van ruim 4% per jaar, bij een gerealiseerde economische groei van 2% in 1974-1978 en een toen verwachte economische groei van 3%.

Aan de prijzenkant vond al eerder een omslag plaats. Onder meer als gevolg van de algemene loonmatiging en van de ombuigingen op de arbeidsvoorwaarden in de collectieve sector is sinds 1980 de prijs van de gezondheidszorg minder snel gestegen dan die van het nationale produkt. Een novum voor deze sector waar de relatief (zeer) geringe groei van de arbeidsproductiviteit bij koppeling van de loonvoet aan die in de marktsector leidt tot een opwaartse druk op de relatieve prijs 4). Desondanks bleef het aandeel in het nationale inkomen tussen 1980 en 1983 verder stijgen. Qua volume groeide de gezondheidszorg toen krachtig door terwijl het reële nationale inkomen daalde.

In de periode 1984-1986 daalt het waarde-aandeel weer tot iets boven het niveau van 1980. Door de totale volume-ombuigingen in deze periode van f. 3,5 mrd. daalt namelijk ook de volumegroei tot onder die van het nationale produkt, dat dan juist weer herstelt. Ook de relatieve prijs levert, althans tot en met 1985, een aandeel in de quotedaling. In de basisprojectie tot 1990 wordt weer met een stijging van de relatieve prijs gerekend, onder meer omdat is verondersteld dat de salarisstijging van ambtenaren en trendvolgers weer parallel loopt met die in de marktsector.

De ononderbroken lijn in figuur 1 geeft vanaf 1986 deze basisprojectie weer. Hierbij is geen rekening gehouden met de additionele ombuigingen van f. 600 mln. in 1987, die staan vermeld in de aan de kamer gestuurde 'aardgasbrief' van het kabinet. De stippellijn in de grafiek geeft de ontwikkeling van de hierna te bespreken variant weer, indien er in de periode 1987-1990 f. 2,8 mrd. in de gezondheidszorg wordt omgebogen.

Nog sprekerder worden de cijfers indien we ze relateren aan de ontwikkeling van de nationale loonsom. Deze vormt immers het draagvlak van het huidige stelsel van de sociale zekerheid. Het premieplichtig inkomen bestaat uit de loonsom, gecorrigeerd voor franchises en/of premiegrenzen. De uitgaven voor de gezondheidszorg worden voor 70% uit dergelijke premies gefinancierd.

Nu is de loonsom in de periode 1980-1986 gemiddeld ca. 2% per jaar bij de ontwikkeling van het nni achtergebleven. Door dit noemereffect nam de premiequote tussen 1980 en 1986 nog met enige procentpunten toe, in tegenstelling tot de in de grafiek gepresenteerde uitgavenquote. Zo bedroegen de kosten van de gezondheidszorg in 1980 nog 14,1% van de loonsom. In 1986 is dit percentage gestegen tot 16,0. In de meerjarenraming stabiliseert het percentage zich.

De feitelijke ziekenfonds- en AWBZ-premies namen van 8,1% respectievelijk 3,2% in 1980 toe tot 9,6% respectievelijk 4,25% in 1986. Onder invloed van incidentele en overlooffactoren stijgt de ziekenfondspremie nog verder tot 10,0% in 1990.

1) Een groot aantal kerngegevens van deze bedrijfstak is te vinden in het *Centraal economisch plan 1986*.

2) Het FOGM wordt jaarlijks als bijlage bij de begroting van WVC uitgebracht en heeft een taakstellend karakter.

3) Exclusief het beoogde effect van beddenreductie van f. 500 mln.

4) Overigens was door de stagnerende macro-economische produktiviteitsontwikkeling na 1973, de z.g. 'productivity slowdown', de stijging van de relatieve prijs van de gezondheidszorg tussen 1973 en 1979 al minder sterk dan daarvoor.

## Macro-economisch kader

De discussie over extra bezuinigingen in de gezondheidszorg krijgt meer reliëf tegen de achtergrond van de verwachte economische ontwikkeling tot 1990. Uit de onlangs gepubliceerde middellange-termijnramingen van het Centraal Planbureau rijst het beeld op van een matige doch gestage economische groei. Het nationale inkomen groeit met ongeveer 2,5% per jaar, genoeg om weer een kleine stijging van de koopkracht voor vrijwel iedereen mogelijk te maken. Het groeitempo is echter niet hoog genoeg om tot een substantiële verlaging van de werkloosheid te komen. Deze blijft hoog en waarschijnlijk nog meer geconcentreerd bij een harde kern van slecht geschoolde langdurig werklozen. Opmerkelijk in het door het CPB geschetste beeld is de afwezigheid van inflatie en de bescheiden nominale loonontwikkeling.

Als knelpunten tot 1990 zijn, althans in de projectie zonder nader beleid, behalve de reeds genoemde werkloosheid, het hoge financieringstekort en de niet of nauwelijks dalende collectieve-lastendruk te noemen. De belangrijkste oorzaak van het hoog blijvende tekort is de scherpe daling van de aardgasbaten van f. 21,9 mrd. in 1986 tot f. 10,8 mrd. in 1987 en latere jaren.

Het hoge financieringstekort is des te teleurstellender omdat een deel van de werkloosheidslasten, ter grootte van ca. 1% van het nni, wordt overgeheveld van de schatkist naar de sociale fondsen. Dit is dan ook de reden dat de totale uitkeringen van de sociale fondsen even hard groeien als het nationale inkomen. Door de gestage groei van productie, inkomens en werkgelegenheid en door uitgabenbeperkende maatregelen in het recente verleden mag immers een verdere daling van de collectieve-lastendruk worden verwacht.

De zojuist genoemde knelpunten winnen nog aan gewicht tegen de achtergrond van de in de internationale conjunctuur ruimschoots aanwezige neerwaartse risico's. Zo zouden financieringstekort en collectieve-lastendruk bij een minder gunstig verloop van de wereldconjunctuur in 1990 nog veel hoger kunnen uitkomen. Mede in dit licht kan er weinig twijfel zijn over de hoofdlijnen van het budgettaire beleid in de volgende kabinetsperiode. Aan verdergaande ombuigingen valt niet te ontkomen. Op dit punt bestaan er tussen de grote politieke partijen ook geen grote verschillen van mening. Wel wordt er verschillend gedacht over de mate en het tempo waarin de collectieve uitgaven zou moeten worden teruggebracht. Deels liggen hieraan verschillende visies op de werking van de economische processen, in het bijzonder die op de arbeidsmarkt, ten grondslag. Het gaat dan om het belang van verschijnselen als afwenteling van collectieve-drukverhogingen en het effect van een hogere (marginale) druk op het zwarte circuit en op de inspanningsbereidheid van individuen 5).

Ook ombuigingen op de volksgezondheid behoren tot de mogelijkheden. Weliswaar is het directe effect op het financieringstekort gering doch zij leiden wel tot lagere sociale premies. De loonkosten in de marktsector gaan daardoor omlaag en de koopkracht van de werkenden in deze sector kan, zij het in geringe mate, toenemen. Voorts kan het te lange bruto-netto-traject, de zogenaamde 'wig', dan worden verkort. Desgewenst kan de premiedaling ook worden ingezet om, via lastenverzwaring elders, toch het financieringstekort te verminderen; maar dan zonder de collectieve druk te verhogen. De beleidspraktijk van de afgelopen jaren laat een dergelijke integrale benadering van de tekortproblematiek zien; een voortzetting hiervan is dan ook te verwachten. Daarbij was bij het afsluiten van dit artikel overigens nog niet duidelijk in hoeverre de volksgezondheid in deze ombuigingstaakstelling wordt betrokken. Hiertegen zou onder meer pleiten dat de volumegroei in de gezondheidszorg zoals besloten in de meerjarenramingen van het FOGM reeds bescheiden is, zeker naar historische maatstaven 6). Ervoor pleit de notie 7) dat de zeer sterke volumegroei in de jaren tot 1983 tot een flinke portie 'lucht' in het systeem heeft geleid die tijdens de af-

gelopen bezuinigingsronde nog niet volledig is verbruikt.

## Een ombuigingsvariant

Ter illustratie wordt hieronder een ombuigingsvariant in de volumesfeer uitgewerkt ter grootte van f. 2,8 mrd. na vier jaar, waarvan f. 2 mrd. op het collectief gefinancierde deel. De omvang van het om te buigen bedrag is in het spoorboekje om redenen van presentatie aan de ruime kant genomen. Hiermee wordt overigens geen uitspraak gedaan over de wenselijkheid of haalbaarheid van een dergelijke bezuiniging.

Tabel 1. Totaal ombuigingsbedrag en werkgelegenheidsverlies per onderdeel in de ombuigingsvariant

	Ombuigingsbedrag, in mln. gld.	Verlies aan werkgelegenheid in arbeidsjaren	Verlies aan werkgelegenheid in procenten
Ziekenhuizen	1.190	16.600	12,2
Psychiatrische ziekenhuizen	270	4.000	14,8
Zwakzinnigeninrichtingen	250	3.900	13,4
Verpleeghuizen	140	2.500	4,7
Overig intramuraal	130	1.800	12,5
Totaal intramuraal	1.980	28.800	11,0
Specialisten	290	1.300	15,3
Tandartsen	140	1.000	7,7
Geneesmiddelen	270	p.m.	p.m.
Beleid, adm. en beheer	90	900	6,7
Totaal extramuraal	790	3.200	3,1
Totaal	2.770	32.000	8,8

Bij de invulling 8) van de bezuinigingen binnen de sector gezondheidszorg is rekening gehouden met een vrij algemeen verlangen de extramuraal gezondheidszorg te ontzien. Met het oog op de dubbele vergrijzing 9) zijn de verpleeghuizen minder bij de ombuigingen betrokken. De bezuinigingen hebben alle betrekking op volume-ombuigingen en liggen dus niet in de sfeer van tariefsverlagingen van vrije beroepsbeoefenaren of prijsmaatregelen bij de geneesmiddelenverstrekking. Tevens vinden er geen financieringsverschuivingen plaats, anders dan de direct door de kostenreductie geïnduceerde. Dit leidt ertoe dat het volume van de gezondheidszorg tot 1990 met 1% per jaar daalt in plaats van met 1% per jaar stijgt zoals in het FOGM. Door de relatief forse stijging van de kostprijs stijgen de totale uitgaven voor de volksgezondheid dan toch nog met een 0,5% per jaar. De stippe lijn in de figuur laat zien wat dit betekent voor het aandeel van de gezond-

5) Zie bij voorbeeld het *Centraal economisch plan 1986*, paragraaf III.4.3.

6) Het beeld dat ombuigingsbedragen geven van de bezuinigingsinspanning wordt in belangrijke mate bepaald door de 'ijklijn' waartegen de ombuigingen worden afgezet. Vanuit de werkhypothese dat de vraag naar gezondheidszorg globaal evenredig zal verlopen met de trendmatige groei van het reële inkomen kan men dan stellen dat in de ijklijn voor de komende jaren (nl. de meerjarenraming van 1% volumegroei per jaar) al een zekere bezuinigingsinspanning ligt besloten. Voor de periode 1978-1983 geldt overigens het omgekeerde: de ijklijn lijkt, zeker achteraf, aan de royale kant, waardoor de ombuigingsbedragen een geflatteerd beeld geven.

7) Zie bij voorbeeld *Medisch Contact*, 1985, nr. 42, blz. 1317 of *Het Ziekenhuis*, 1986, nr. 11, blz. 406.

8) Ook de invulling binnen de sector impliceert geen uitspraak over de wenselijkheid of haalbaarheid van de maatregelen.

9) Hiermee wordt bedoeld op het toenemende aandeel van de hoogbejaarden binnen de, eveneens in aandeel groeiende, bevolkingsgroep ouder dan 65 jaar.

Tabel 2. Kostenreductie per financieringsvorm in de ombuigingsvariant

	Mln. gld. a)	In % van de totale uitkeringen
Ziekenfonds	1.300	9,0
AWBZ	700	7,2
Particulier	800	8,4
Totaal	2.800	7,9

a) Afgerond op f. 100 mln.

heidszorg in het netto nationale inkomen. De directe gevolgen van deze ombuigingen voor de werkgelegenheid in de gezondheidszorg zijn samengevat in tabel 1, waarin een uitsplitsing wordt gemaakt van het totale ombuigingsbedrag naar onderdelen en het daarbij behorende verlies aan werkgelegenheid in arbeidsjaren. Het directe werkgelegenheidsverlies bedraagt 32.000 arbeidsjaren, geconcentreerd in de intramurale sector.

Gegeven de samenstelling van het pakket ombuigingen zijn de effecten op de uitkeringen per financieringsvorm te berekenen. Uit tabel 2 volgt dat de reductie in kosten tamelijk gelijkmatig over de verschillende financieringsvormen is verdeeld.

De effecten op de premies bedragen voor het ziekenfonds 1,2%-punt en voor de AWBZ-premie 0,35%-punt, in procenten 12 resp. 8. De particuliere premie kan met circa 8% dalen. De ziekenfondspremie is voor 50% een werkgeverspremie en de AWBZ-premie voor 100%. Daardoor leidt de ombuiging in belangrijke mate tot een verlaging van de werkgeverslasten (met f. 1.300 mln.), en in mindere mate tot vermindering van de werknemerspremie (met f. 650 mln.). De verlaging van de werkgeverslasten betekent onder meer matiging van de reële arbeidskosten. De daling van de werknemerspremie ZFW heeft voor bepaalde inkomensgroepen partieel een relatief groot koopkrachteffect (bij voorbeeld voor modaal in de marktsector 0,18% per 0,10%-punt werknemerspremie). Tot slot leidt de daling van de particuliere ziektekostenpremie tot een bestedingsverschuiving binnen de consumptie.

Hieronder zal worden gezien hoe deze effecten verder doorwerken en in hoeverre ze compensatie kunnen bieden voor het directe werkgelegenheids- en inkomensverlies waarmee de premieverlagingen als het ware zijn gefinancierd.

## Uiteindelijke effecten: de theorie

Aan de vraagzijde zal een multiplierproces optreden als gevolg van de doorwerking van de lagere uitgaven aan gezondheidszorg op de marktsector. Dit directe bestedings-effect wordt versterkt door het verminderen van de werkgelegenheid in de gezondheidszorg en anderzijds afgezwakt door het koopkrachteffect van de lagere ziektekostenpremies.

De positieve effecten van lagere werkgeverslasten op de economische groei en werkgelegenheid in de marktsector kunnen langs een aantal kanalen gestalte krijgen. Ten eerste zal de externe concurrentiepositie verbeteren en kan met enige vertraging de uitvoer sneller groeien. De rendementen zullen toenemen en in het verlengde daarvan de investeringen in de marktsector. Bovendien zullen de lagere reële arbeidskosten leiden tot een verminderde vervanging van arbeid door kapitaal.

Daarnaast zijn er moeilijker meetbare maar wellicht eveneens belangrijke impulsen die van lagere arbeidskosten en lagere collectieve lasten uitgaan op de microsfeer. Ten slotte moet rekening worden gehouden met verdere doorwerkingen, bij voorbeeld via de arbeidsproductiviteit en de Phillipscurve op de reële loonvoet en daarmee zowel op de bestedingen als op de aanbodzijde.

De mate waarin de positieve en negatieve effecten zullen optreden hangt mede af van de situatie (regiem) waarin de economie zich bevindt. Als de economie ver onder zijn capaciteitsgrenzen opereert zullen de negatieve bestedings-effecten relatief sterk zijn. Is er sprake van een gespannen arbeidsmarkt dan komt een daling van de werkgelegenheid in de gezondheidssector juist gelegen: de arbeidsmarkt wordt wat minder krap hetgeen via lagere looneisen de groeimogelijkheden voor de marktsector bevordert. Thans is van een gespannen arbeidsmarkt althans op macro-niveau geen sprake, zodat rekening moet worden gehouden met forse negatieve bestedingseffecten.

## Uitkomsten van het spoorboekje

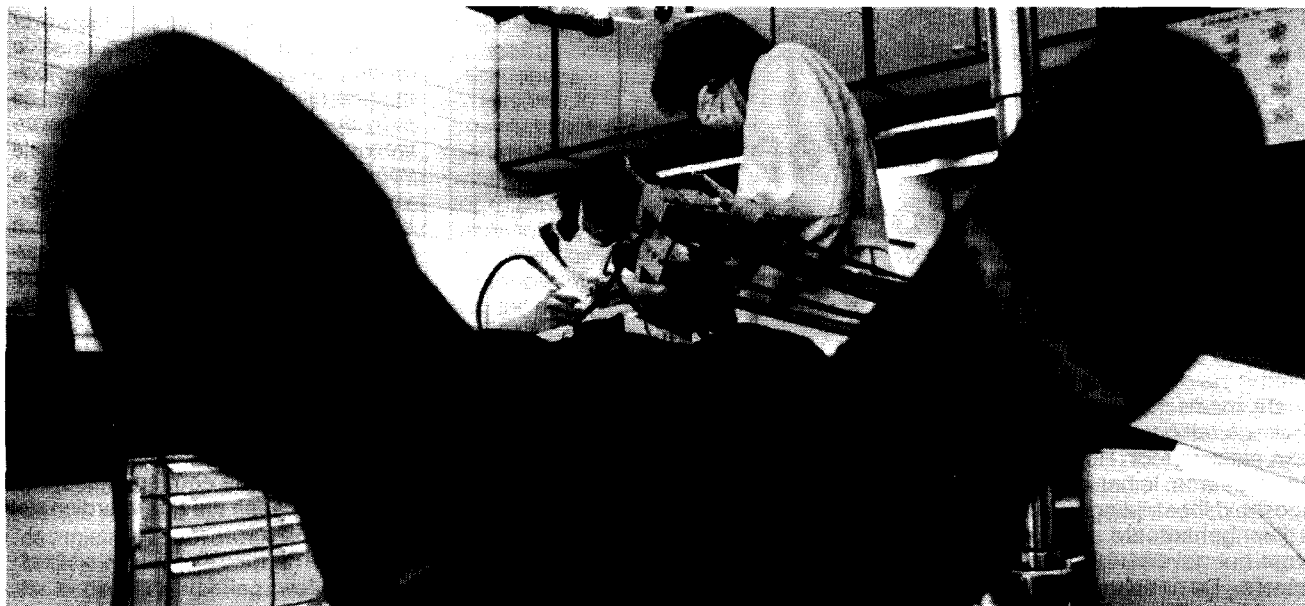
Modelberekeningen met behulp van het macro-model Freia-Kompas van het CPB ondersteunen dit beeld. In tabel 3 staan voor een aantal belangrijke variabelen de resultaten van deze bezuinigingsvariant in 1990 en vier jaar later.

De *particuliere consumptie* daalt fors (f. 1,9 mrd. respectievelijk f. 2,8 mrd. in 1990 en 1994). Dit is overwegend toe te schrijven aan de gedaalde medische consumptie (f. 2,4 mrd. respectievelijk f. 2,7 mrd.). Daarnaast is er een positieve invloed van de bestedingsverschuiving binnen de particuliere consumptie (f. 0,7 mrd.), die tot stand komt door de lagere particuliere ziektekostenpremies. In het eerste deel van de periode is er ten slotte een klein negatief saldo-effect van onder meer de lagere werknemerspremie van het ziekenfonds en het inkomensverlies ten gevolge van de hogere werkloosheid. Op termijn wordt deze negatieve post groter door een initiële loonvoetdaling, die vooral een gevolg is van Phillipscurve-effecten. In 1994 is het effect op de particuliere consump-

Tabel 3. Macro-economische effecten a) van de volume-ombuigingen op de volksgezondheid over de periode 1987-1990 van in totaal f. 2,8 mrd. (0,7% van het nni)

Effecten in jaar	1990	1994
	(%)	(%)
Loonvoet werknemers bedrijven	-0,6	-1,2
t.g.v. - prijscompensatie	-0,2	-0,4
- sociale lasten werkgevers	-0,2	-0,3
- initieel	-0,3	-0,6
Prijspeil particuliere consumptie	-0,2	-0,4
t.g.v. - loonkosten	-0,3	-0,5
- kapitaalkosten en winstmarge	0,1	0,1
Prijspeil uitvoer goederen excl. energie	-0,1	-0,1
t.g.v. - loonkosten	-0,2	-0,4
- kapitaalkosten en winstmarge	0,2	0,3
	(%)	(%)
Particuliere consumptie	-0,7	-0,9
t.g.v. - medische consumptie collectief	-0,6	-0,6
- medische particuliere consumptie	-0,2	-0,2
- overige particuliere consumptie	0,2	0
Investeringen bedrijven excl. woningen	0,3	0,5
Uitvoer goederen excl. energie	0,1	0,3
Productie bedrijven	-0,4	-0,3
Productie marktsector	0,2	0,3
Reëel netto nationale inkomen	-0,4	-0,4
	(D)	(D)
Arbeitsplaatsen marktsector	4	14
Werkgelegenheid bedrijven	-25	-20
Geregistreerde werkloosheid	23	17
	(%-punt)	(%-punt)
Aandelen in het nnp van:		
- saldo lopende rekening	0,1	0,2
- financieringstekort overheid	0	-0,1
- premies sociale verzekeringen	-0,3	-0,4
- belastingen	0,1	0,1
Arbeitsinkomensquote bedrijven	-0,3	-0,5

a) Geaccumuleerde effecten als procentuele afwijking van het centrale pad (%) c.q. absolute afwijking in duizend arbeidsjaren (D) of procentpunten.



Leeft de gezondheidszorg op te grote voet?

(foto Ad Visual)

tie exclusief de medische consumptie dan per saldo gelijk aan nul.

De *loonvoet* van werknemers in de bedrijven daalt. Allereerst is dit toe te schrijven aan de lagere sociale lasten van werkgevers en geringere prijscompensatie (loon-prijs-spiraal). Daarnaast leidt de hogere werkloosheid tot het al genoemde Phillipscurve-effect. Ten slotte is er nog een spiraal die vanuit de lagere reële lonen via een mindere vervanging van arbeid en een daardoor geïnduceerde lagere arbeidsproductiviteit tot nog lagere reële lonen voert.

De lagere loonkosten worden ten dele doorgegeven in lagere afzetprijzen, maar maken ook enige verbetering van de winstmarge mogelijk. Hierdoor stijgen de *investeringen* in de marktsector.

Ook het *uitvoervolume* van goederen exclusief energie trekt geleidelijk aan, niet alleen door een verbetering van de externe concurrentiepositie maar in toenemende mate ook door de stijging van de investeringsquote. Het overschot op de betalingsbalans neemt toe. Vooral door hogere indirecte belastingopbrengsten als gevolg van de geschetste bestedingsverschuiving binnen de particuliere consumptie, maar ook door een toegenomen winstbelasting neemt de totale belastingopbrengst toe. Het financieringstekort daalt daardoor marginaal. De sociale premiedruk vermindert met 0,4%-punt.

De *werkgelegenheid* in de marktsector neemt langzaam toe met 4.000 arbeidsjaren in 1990 tot 14.000 in 1994; deze groei is bij lange na niet voldoende om het verlies aan werkgelegenheid in de gezondheidszorgsector van 32.000 arbeidsjaren te compenseren. Per saldo neemt de werkloosheid in deze variant in 1990 en 1994 met 23.000 respectievelijk 17.000 toe.

Het *reële netto nationale inkomen* is in 1991 0,5% lager en blijft ondanks het aantrekken van de marktsector in 1994 nog 0,4% achter.

In het model lijken de negatieve bestedingseffecten dus te overheersen. Niettemin zijn ook de inverdieneffecten, die langs de aanbodzijde en daarom pas op wat langere termijn werken, van belang. Duidelijk blijkt dit indien we ons concentreren op de voortgaande extra groei van productie en werkgelegenheid in de marktsector. Het beeld is daarvoor in 1994 minder ongunstig dan in 1990. Daarbij zij nog aangetekend dat met een aantal van de eerder genoemde micro-economische effecten die potentieel uitgaan van bij voorbeeld een korter bruto-netto traject, in het model geen rekening wordt gehouden.

en werkloosheid zijn de effecten van bezuinigingen op de gezondheidszorg, althans op korte en middellange termijn, niet gunstig. Bovendien is er een gezondheidsoffer gebracht. Het directe effect op het financieringstekort is gering. Een grotere tekortdaling is mogelijk via bijvoorbeeld terugsluizing, maar dit verslechtert de effecten voor productie en werkloosheid. Voor wat betreft de collectieve uitgaven, en in samenhang daarmee de collectieve druk, blijken de bezuinigingen wel positief. De lagere premiedruk heeft o.a. gunstige gevolgen voor de loonkosten van bedrijven. Voorts kan op lange termijn de verlaging van de collectieve druk bevorderend zijn voor de groei: het vergroot de micro-prikkels en verkleint het gevaar van te grote loonstijgingen. Met het oog op de verre toekomst is een verlaging van de collectieve druk thans eveneens aantrekkelijk omdat straks de vergrijzing tot verdere stijging hiervan zal leiden (AOW, gezondheidszorg, e.d.).

Er zijn dus plussen en minnen. De afweging daarvan, en dus het uitspreken van een oordeel over verdere ombuigingen in de gezondheidszorg, laten wij graag over aan de politiek. Wel kunnen wij nog wijzen op enkele alternatieven. Zo is er ook de mogelijkheid van een ombuiging in de prijsensfeer, bij voorbeeld via een algemene loonmatiging of door middel van specifiek inkomens- en prijsbeleid in de gezondheidszorg. Ook dan zal de consumptie afnemen, maar de werkloosheid kan dalen, evenals wederom de collectieve druk.

Voorts kan men de sociale-premiedruk verlagen door een groter aandeel van de gezondheidszorg particulier te laten financieren. Dan blijven de negatieve bezuinigingseffecten (grotendeels) achterwege. Wij komen hier in een volgend artikel nog op terug.

Ten slotte is er nog de mogelijkheid van een efficiëntere aanwending van de middelen binnen de gezondheidszorg. Is het mogelijk te bezuinigen op de uitgaven van de gezondheidszorg zonder dat daardoor het voorzieningsniveau aangetast wordt? De macro-economie kan op deze vraag geen antwoord geven. Wel kan ze aangeven welke de macro-effecten zijn van een dergelijke efficiency-verhoging. Deze zijn ruwweg gelijk aan die in de zojuist behandelde bezuinigingsvariant. De effecten binnen de gezondheidszorg zelf zijn echter geheel anders en veel minder ongunstig.

L.J.R. Vandermeulen  
A.R.M. Wennekers  
J.M.G. Frijns

## Evaluatie

Wij maken nu de balans op. Met betrekking tot productie

\* De auteurs zijn werkzaam bij het Centraal Planbureau.