

De gezondheidszorg in een macro-economisch perspectief (II)

De ontwikkeling op lange termijn

Dit is het tweede deel van een artikel over de Nederlandse gezondheidszorg. In het eerste deel, dat op 2 juli 1986 in ESB verscheen, werden de effecten van volume-ombuigingen in de gezondheidszorg behandeld. In dit deel worden de oorzaken van de snelle groei van het aandeel van de gezondheidszorg in het nationale inkomen in het verleden behandeld. De auteurs constateren dat de reële uitgaven met name afhankelijk zijn van het nationale inkomen, de marktmacht van de aanbieders en de technologische en de demografische ontwikkeling. Bovendien is de prijsstijging in de gezondheidszorg, door de geringe mogelijkheden voor produktiviteitsstijging, hoger dan die in de economie als geheel. De auteurs concluderen dat institutionele veranderingen in de gezondheidszorg nodig zijn om de collectieve lastendruk binnen de perken te houden, zodat vergaande volume-ombuigingen achterwege kunnen blijven.

**DRS. L.J.H. VANDERMEULEN - DRS. A.R.M. WENNEKERS -
DR. J.M.G. FRIJNS***

Wij hebben in ons vorige artikel laten zien dat substantiële ombuigingen van de volumetrend van de gezondheidszorguitgaven rijkelijk laat zijn doorgevoerd. Zo ging de ijklijn in Bestek '81 nog uit van een volumegroei voor de gezondheidszorg van 4% per jaar. Momenteel lijkt het omgekeerde zich voor te doen. Zo wordt er in de onlangs door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gepubliceerde *Nota 2000* van uitgegaan dat de volumegroei van de gezondheidszorg tot het jaar 2000 1,2% per jaar zal bedragen; slechts 0,3% per jaar meer dan op grond van de demografische ontwikkeling nodig zal zijn 1). Eventuele verdere ombuigingen moeten daar dan nog van af.

Opvallend, maar in het licht van de huidige problematiek begrijpelijk, is de sterke nadruk die op de beheersbaarheid van de kosten ligt. De samenhang die, zeker op lange termijn, bestaat tussen de volume-ontwikkeling van de gezondheidszorg en het tempo van de economische groei komt daardoor onvoldoende uit de verf. Naar onze overtuiging kan een analytischer benadering de problemen waarmee de gezondheidszorg, alleen al vanuit macro-economische perspectief op langere termijn te maken krijgt, scherper in beeld brengen. In dit artikel pogen wij een eerste aanzet tot een dergelijke analyse te geven.

Historische ontwikkeling en internationale vergelijking

De uitgaven aan gezondheidszorg zijn als percentage van het bruto nationale produkt in alle westerse landen

gestaag toegenomen: in Nederland van 3,9% in 1960 tot 8,8% in 1983 en in bijvoorbeeld de Verenigde Staten van 5,3% tot 10,8% over dezelfde periode. Een belangrijke oorzaak van deze uitgavengroei is ongetwijfeld de toegenomen welvaart. Daardoor wordt de tendens tot meer en duurdere medische verrichtingen versterkt. Bovendien komt bij een hogere welvaart een goede gezondheidszorg binnen het bereik van steeds meer mensen.

De statistische samenhang tussen uitgaven aan gezondheidszorg en welvaart wordt in figuur 1 in kaart gebracht. De cijfers zijn ontleend aan een recente OESO-publikatie 2). De lijnen in deze grafiek verbinden voor zes OESO-landen het gemiddelde van 1960-1964 (linksonder) met het gemiddelde van 1978-1982 (rechtsboven). De lijnen geven de statistische relatie weer tussen het bruto nationale produkt (bnp) per hoofd in constante prijzen enerzijds en het aandeel van de uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het bnp in lopende prijzen anderzijds. Het bnp per hoofd is uitgedrukt in dollars van 1975 op basis van koopkrachtpariteiten. Voor alle landen geldt dat het aandeel van de uitgaven aan de gezondheidszorg toeneemt bij een stijgend reëel inkomen.

* de auteurs zijn werkzaam bij het Centraal Planbureau. Zij danken A. Brouwer voor het uitvoeren van enkele berekeningen en R. Bakker, P. v. d. Berg, E. Bolhuis, C. Burk, G. gelauff, A. de Jong en L. Knegt voor hun commentaar.

1) Ministerie van WVC, *Nota 2000 over de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid*, april 1986, blz. 528.

2) OESO, *Measuring Health Care 1960-1983*, Social Policy Studies nr. 2, 1985.

In figuur 1 zijn de uitgaven aan gezondheidszorg gemeeten als waardeandaal in het nationaal inkomen. De ontwikkeling van deze quote is op te splitsen in een prijs- en volumecomponent. In formules geldt, als λ de waardequote is:

$$\lambda = p_g \cdot g / p_y \cdot y \quad (1)$$

waarin:

- g = volume gezondheidszorg;
- y = reëel nationaal produkt;
- p_g = prijs van de gezondheidszorg;
- p_y = prijs van het nationale produkt;

zodat:

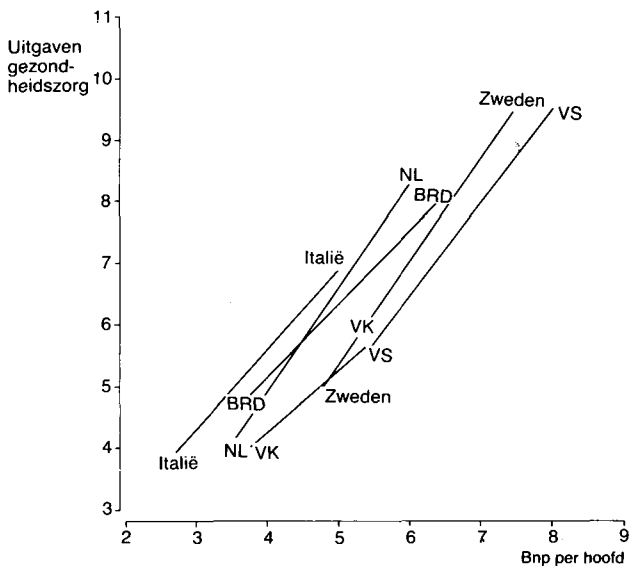
$$D\lambda = \lambda_{-1} [(p_g^0 - p_y^0) + (g^0 - y^0)] \quad (2)$$

waarin:

- $p_g^0 - p_y^0$ = prijscomponent van de toename van de waardequote;
- $g^0 - y^0$ = volumecomponent van de toename

Verderop zullen we aantonen dat de bijdrage van de prijscomponent aan de toename van λ doorgaans positief is. Een stijging van λ hoeft derhalve niet te betekenen dat het volume van de gezondheidsdiensten trendmatig snel

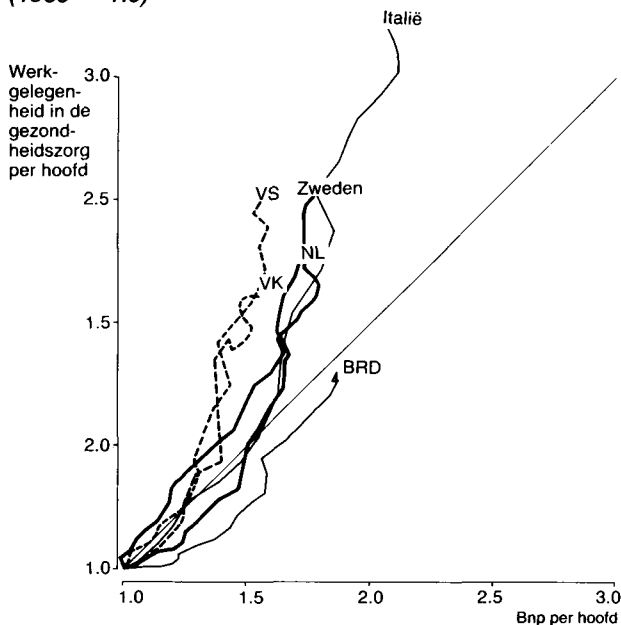
Figuur 1. Uitgaven aan gezondheidszorg in procenten van het bnp in lopende prijzen afgezet tegen het reële bnp per hoofd in dollars $\times 1000$, van 1975 voor het gemiddelde van 1960-1964 (linksonder) en van 1978-1982 (rechtsboven), in zes landen



ler stijgt dan het volume van het nationale produkt. Duidelijkheid hierover is te verkrijgen door rechtstreekse meting van beide componenten. Helaas is echter door het ontbreken van goede produktieaantastaven in de gezondheidszorg de statistische registratie van beide componenten zeer onbetrouwbaar. Daarom volgen wij voor het meten van de volume-ontwikkeling in het kader van deze landenvergelijking een indirecte methode, namelijk via de werkgelegenheidsontwikkeling in de gezondheidszorg. Indien de stijging van de arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg tamelijk gering is, hetgeen plausibel lijkt, dan kan de mutatie in de werkgelegenheid (in arbeidsjaren) als een ruwe indicator van de mutatie in het volume van de gezondheidsdiensten worden gehanteerd.

In figuur 2 wordt het aantal werkenden in de gezondheidszorg per hoofd van de totale bevolking afgezet tegen het reële bnp per hoofd; de variabelen zijn uitgedrukt als

Figuur 2. Index van de werkgelegenheid in de gezondheidszorg per hoofd, afgezet tegen de index van het bnp per hoofd in constante prijzen, 1960-1983, in zes landen (1960 = 1.0)



index. De 45°-lijn geeft de situaties weer met een zelfde groei van de werkgelegenheid in de gezondheidszorg en het reële bnp. We zien dat in alle landen, uitgezonderd Duitsland, de werkgelegenheid in de gezondheidszorg sterker is toegenomen dan het bnp-volume.

De vraag komt nu op of gezondheidszorg een 'luxe'-goed is, in die zin dat de inkomenselasticiteit groter is dan één. Er is echter nog geen rekening gehouden met andere factoren die de volumegroei kunnen verklaren. Verwaarlozing hiervan in een benadering zoals hierboven kan gemakkelijk tot een overschatting van de partiële inkomenselasticiteit leiden. In de volgende paragraaf zullen we dieper ingaan op de belangrijkste oorzaken van de volumegroei van de gezondheidszorg.

Determinanten van de volumegroei

Gezondheidszorg onderscheidt zich van vele andere economische goederen doordat de prijzen en hoeveelheden niet op de gebruikelijke wijze door vraag en aanbod worden bepaald. Gezondheidszorg is individueel onbetaalbaar; om gezondheidszorg voor iedereen bereikbaar te maken is er een systeem van verzekeringen ingevoerd. Prijsprikkels door middel van eigen risico's en/of eigen bijdragen en premiedifferentiatie naar ziekterisico en profijt zijn vaak slechts in zeer beperkte mate aanwezig, onder andere omdat dit ten koste van de solidariteit zou gaan. De vraagzijde van de markt voor gezondheidsdiensten is dus weinig prijsgevoelig.

Bevolkingsgroei, veranderingen in de samenstelling van de bevolking en welvaartsgroei zijn daarentegen wel erg belangrijk voor het verklaren van de groei in de vraag naar gezondheidszorg. De effecten van de, overigens afnemende, bevolkingsgroei zijn evident. Daarnaast is er de invloed van de vergrijzing, die geleidelijk in belang toeneemt.

Van grotere betekenis, althans in de achter ons liggende naoorlogse periode, is de uitbouw van het collectieve-verzekeringssysteem. Zo hebben in Nederland de oprichting van de ziekenfondsen tijdens de tweede wereldoorlog en de voortdurende uitbreiding van het verstrekkingspakket de curatieve gezondheidszorg voor iedereen bereikbaar gemaakt. De invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 heeft geleid tot een grote

bloei van de verzorgende sector binnen de gezondheidszorg. De invoering en vooral de uitbouw van deze collectieve verzekeringen was mogelijk door de snelle welvaarts-groei in de naoorlogse periode. In andere westerse landen kunnen ruwweg vergelijkbare ontwikkelingen worden geconstateerd.

Niet alleen vraagfactoren zijn van belang geweest; de medische technologie heeft, ook onder invloed van het sterk toegenomen belang van de gezondheidssector, een hoge vlucht genomen, zelfs zo dat niet meer alle technisch mogelijke medische handelingen ook daadwerkelijk plaatsvinden. Niettemin gaat van deze vergroting van het medisch kunnen een opwaarts effect op het volume van de gezondheidszorg uit.

Daarnaast is de ligging van de vraagcurve tot op zekere hoogte manipuleerbaar door de aanbieders van gezondheidszorgdiensten. Deze bepalen overwegend of en op welke wijze patiënten behandeld worden. De patiënt laat zich door de arts vertegenwoordigen en zal diens beslissing in het algemeen volgen. Indien het systeem dan ook nog zo is opgezet dat de aanbieders van gezondheidsdiensten baat hebben bij een hogere produktie en bovendien in tijden van snelle welvaarts-groei niet door strakke budgettaire randvoorwaarden gehinderd worden, dan mag in zulke tijden een zeer expansieve ontwikkeling van de gezondheidszorg worden verwacht. In tijden van afnemende welvaarts-groei mag een verstrakking van de budgettaire kaders worden verwacht, waarvan weer een matigende invloed uitgaat op de groei van het volume.

Samenvattend kan het volume van de gezondheidszorg worden weergegeven met behulp van de volgende vergelijking:

$$g_t = A \cdot r(t) m(t) v(t) \cdot \text{pop}_t \cdot (y_t/\text{pop}_t)^\beta (p_g/p_y)_t^\gamma \quad (1)$$

waarin:

- pop = bevolkingsomvang;
- r = medisch-technologische ontwikkeling;
- m = invloed van de marktmacht van aanbieders van gezondheidsdiensten;
- v = invloed van de vergrijzing.

De invloed van het medische kunnen wordt weergegeven door een exponentiële trend en een invloed van de economische groei:

$$r(t) = e^{r \cdot t} (y_t/\text{pop}_t)^\rho \quad (2)$$

We gaan ervan uit dat de marktmacht van de aanbieders van gezondheidsdiensten ten dele institutioneel bepaald is en ten dele afhangt van de gestelde budgettaire kaders. In de gehanteerde specificatie hangt deze marktmacht ten dele samen met de welvaarts-groei:

$$m(t) = e^{m \cdot t} \cdot (y_t/\text{pop}_t)^\mu \quad (3)$$

De invloed van de vergrijzing is trendmatig, maar de jaarlijkse bijdrage zal in de periode tot 2000 groter zijn dan in de jaren 1960-1980. We stellen:

$$v(t) = e^{v \cdot t} \quad (4)$$

Substitutie van de vergelijkingen 2, 3 en 4 in vergelijking 1 geeft:

$$g_t = A e^{(m+r+v)t} \cdot \text{pop}_t^{1-\beta-\mu-\rho} \cdot y_t^{\beta+\mu+\rho} \cdot (p_g/p_y)_t^\gamma \quad (5)$$

We gaan er, althans voor het verleden, van uit dat $\gamma = 0$ 3). Voorts zullen we de coëfficiënten $\beta + \mu + \rho$ voortaan samenvoegen tot de coëfficiënt α , de z.g. inkomenselasticiteit. Evenzo duiden we $m + r + v$ aan als δ , de z.g. autonome groei. Er resulteert dan:

$$g_t = A e^{\delta \cdot t} \cdot \text{pop}_t^{1-\alpha} \cdot y_t^\alpha \quad (6)$$

De mutatie van het volume-aandeel van de gezondheidszorg in het bnp kan dus worden geschreven als:

$$\dot{\bar{g}} - \dot{\bar{y}} = \delta + (\alpha - 1) \cdot \left(\frac{\dot{\bar{y}}}{\text{pop}} \right) \quad (7)$$

Onder invloed van onder meer de autonome technologische ontwikkeling, institutionele factoren en de vergrijzing vertoont het volume-aandeel dus een trendmatige stijging. Daarnaast oefent de welvaarts-groei per hoofd invloed uit op het volume-aandeel. Deze invloed is negatief als α kleiner is dan één en positief als α groter is dan één.

Via een regressie-analyse hebben we geprobeerd de orde van grootte van de inkomenselasticiteit te bepalen. Hiertoe herschrijven we vergelijking 7 en gaan we er bovendien van uit dat de invloed van de welvaarts-ontwikkeling op de groei van de gezondheidszorg geleidelijk verloopt, en zulks bovendien met enige vertraging:

$$\left(\frac{\dot{\bar{g}}}{\text{pop}} \right) = \delta + \alpha \left(\frac{\dot{\bar{y}}}{\text{pop}} \right) - \theta \quad (8)$$

waarin \bar{y} het vijfjaarsvoortschrijdend gemiddelde van y voorstelt en θ de gemiddelde vertraging.

Uit een regressie gebaseerd op een doorsnede/tijdreeksanalyse met de aan figuur 2 ten grondslag liggende cijfers komt voor de zes landen te zamen naar voren:

$$\left(\frac{\dot{\bar{g}}}{\text{pop}} \right) = 1,79 + 0,85 \left(\frac{\dot{\bar{y}}}{\text{pop}} \right) - 3 \quad \bar{R}^2 = 0,12 \quad (1966-1983)$$

Bij toepassing van landendummies volgt $\alpha = 0,99$ (met $t = 4,4$) en stijgt de gecorrigeerde R^2 tot 0,21 4). Er zij nogmaals op gewezen dat in dit cijfermateriaal de volumeontwikkeling in de gezondheidszorg is benaderd met de werkgelegenheids-groei.

Voor de Nederlandse gezondheidszorg beschikken wij vanaf 1974 ook over via deflering verkregen volumecijfers. Regressie daarvan op het reële nationale inkomen per hoofd geeft voor de periode van 1974 tot en met 1986:

$$\left(\frac{\dot{\bar{g}}}{\text{pop}} \right) = 1,94 + 0,75 \left(\frac{\dot{\bar{y}}}{\text{pop}} \right) - 3 \quad \bar{R}^2 = 0,77$$

Al met al lijkt het onwaarschijnlijk dat de partiële inkomenselasticiteit veel lager is dan één. Bovendien lijkt het aannemelijk dat naast de welvaartsinvloed ook autonome krachten in de gezondheidszorg werkzaam zijn.

Ontwikkeling van de relatieve prijs

De prijs van de gezondheidszorg hangt af van de loonkosten, de prijs van het intermediaire verbruik en de kapitaalkosten. Na enige vereenvoudiging ziet de prijsvergelijking voor de gezondheidszorg er bij voorbeeld als volgt uit:

$$\dot{p}_g = \alpha(\dot{\ell}_g - \dot{h}_g) + (1 - \alpha) \dot{p}_x \quad (1)$$

waarin:

- \dot{p}_g = prijsmutatie gezondheidszorg;
- $\dot{\ell}_g$ = loonvoetmutatie gezondheidszorg;
- \dot{h}_g = arbeidsproductiviteitsstijging gezondheidszorg;
- \dot{p}_x = prijsmutatie totale afzet (macro).

De loonvoetmutatie in de gezondheidszorg is in beginsel gelijk aan die in de marktsector ($\dot{\ell}$), maar kan hier

3) Voor een empirische ondersteuning zie J.C. van Ours, *Gezinsconsumptie in Nederland; 1951-1980*, 1986, blz. 181 en 182.

4) Bij schatting van een logaritmische vergelijking wordt $\alpha = 1,14$ gevonden met $t = 7,2$ en $\bar{R}^2 = 0,98$.

door trendkortingen of andere salarismaatregelen van afwijken. Bezien ten opzichte van de prijs van het nationale produkt (\hat{p}_y) luidt de afzetprijs van de gezondheidszorg dan:

$$\hat{p}_g - \hat{p}_y = \alpha(\hat{\ell} + \hat{\ell}_g - \hat{\ell} - \hat{h}_g) + (1 - \alpha)\hat{p}_x - \hat{p}_y \quad (2)$$

Voor de loonvoet in de marktsector kiezen wij, met weglating van de vertragsstructuur, de volgende vereenvoudigde specificatie 5):

$$\hat{\ell} = \hat{p}_x + \hat{h} + \hat{\ell}_a \quad (3)$$

waarin:

- \hat{h} = arbeidsproductiviteitsstijging in de marktsector;
- $\hat{\ell}_a$ = overige invloeden (b.v. loonmatiging).

Substitutie van vergelijking 3 in vergelijking 2 leidt dan tot:

$$\hat{p}_g - \hat{p}_y = \alpha[(\hat{h} - \hat{h}_g) + (\hat{\ell}_g - \hat{\ell})] + \alpha\hat{\ell}_a + (\hat{p}_x - \hat{p}_y) \quad (4)$$

Bovendien geldt:

$$\hat{p}_y = (1 + \delta)\hat{p}_x - \delta\hat{p}_m \quad (5)$$

waarin \hat{p}_m = invoerprijsmutatie.

Dan volgt:

$$\hat{p}_x - \hat{p}_y = \delta\hat{p}_m - \delta\hat{p}_x \quad (6)$$

Voor de afzetprijs kiezen we:

$$\hat{p}_x = \beta(\hat{\ell} - \hat{h}) + (1 - \beta)\hat{p}_m \quad (7)$$

Substitutie van vergelijking 3 in vergelijking 7 leidt na enige herschrijving tot

$$\hat{p}_x = \frac{\beta}{1 - \beta} \hat{\ell}_a + \hat{p}_m \quad (8)$$

Na substitutie van vergelijking 6 en 8 in vergelijking 4 volgt voor de relatieve prijs van de gezondheidszorg:

$$\hat{p}_g - \hat{p}_y = \alpha[(\hat{h} - \hat{h}_g) + (\hat{\ell}_g - \hat{\ell})] + (\alpha - \delta \frac{\beta}{1 - \beta}) \hat{\ell}_a \quad (9)$$

Om de gedachten te bepalen stellen wij $\alpha = \delta = 0,7$ en $\beta = 0,3$. De coëfficiënt van $\hat{\ell}_a$ is dan gelijk aan 0,4.

Uit vergelijking 9 volgt dat elke procent waarmee de arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg achterblijft bij die in de marktsector leidt tot een toename van de relatieve prijs met 0,7%. Dit is uiteraard niets anders dan de wet van Baumol 6). Salariskortingen in de collectieve sector drukken daarentegen de relatieve prijs. Daarnaast blijkt ook van loonmatiging in de marktsector althans bij koppeling enige matigende werking op de relatieve prijs van de gezondheidszorg uit te gaan.

Tabel 1. Verschil tussen de jaarlijkse procentuele afzetprijsmutatie van medische diensten en gezondheidszorg enerzijds en de prijsmutatie van het nnp anderzijds, 1959-1990

	Medische diensten	Gezondheidszorg
1959-1973	4,5 à 5	1 à 1,5
1973-1979	2	-2 à -1,5
1979-1982	-1,5	-0,5
1982-1986		1,5 a)
1986-1990		

a) Basisprojectie CEP 1986.

5) Uiteraard zijn dergelijke vereenvoudigingen bij de modelberekeningen in de volgende paragrafen achterwege gebleven.

6) Zie W.J. Baumol, Macro-economics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis, *American Economic Review* jg. 57, nr. 3, 1967.



Hoe meer welvaart, hoe meer gezondheidszorg. (foto: Ad Visual)

Tabel 1 biedt een kwantitatieve illustratie. Voor de totale gezondheidszorg zijn slechts vanaf 1973 voldoende gegevens beschikbaar. De cijfers over 1959-1973 zijn daarom ontleend aan een interne afzetprijsraming van het CPB voor de bedrijfstak medische diensten. De periode 1973-1982 is volgens beide bronnen gepresenteerd.

In de periode tot 1973 nam de relatieve prijs zeer snel toe. De arbeidsproductiviteit in de marktsector steeg toen met meer dan 5% per jaar en de arbeidsmarktsituatie leidde tot een stijging van de reële loonvoet die daar nog boven uitging. Het lagere tempo van de arbeidsproductiviteitsstijging na 1973 vindt, zo blijkt uit de tabel, zijn weerlag in een geringere relatieve prijsmutatie. Na 1979 gaven de algemene loonmatiging en de ombuigingen op de arbeidsvoorwaarden in de collectieve sector de doorslag: de relatieve prijs is sindsdien gedaald. In de basisprojectie van het *Centraal Economisch Plan 1986* wordt het beeld voor de jaren 1986-1990 bepaald door de arbeidsproductiviteitsgroei in de marktsector en neemt de relatieve prijs weer toe 7).

Verkenning tot het jaar 2000

Zoals we gezien hebben heeft de groei van de gezondheidszorguitgaven in de afgelopen decennia doorgaans die van het bnp (in waarde) overtroffen. Op basis van de analyses in de voorgaande paragrafen van de achterliggende factoren voor respectievelijk de volume- en de prijsstijging, mag ook voor de toekomst een dergelijke ontwikkeling geenszins worden uitgesloten.

Nu wordt een groot deel van deze uitgaven collectief gefinancierd, in Nederland via de rijksbegroting, de Ziekenfondswet (ZFW) en de AWBZ. Het stijgende aandeel van de uitgaven aan gezondheidszorg in het bnp is daardoor een belangrijke oorzaak geweest van het voortdurend oplopen van de collectieve-lastendruk in de afgelopen decennia. Ook in de toekomst zou de gezondheidszorg de collectieve-lastendruk weer kunnen opstuwen.

Vanuit de economische theorie maar ook vanuit de economische praktijk worden in toenemende mate bezwaren aangevoerd tegen een steeds verder oplopende collectieve-lastendruk. Gedeeltelijk liggen deze bezwaren op het vlak van de micro-economie. Hoge (marginale) tarieven nemen de prikkels weg voor extra inspanningen en het nemen van risico's. Daarnaast staat er een hoge beloning op het ontduiken van premies en belastingen door zwart werk en fraude.

Op macro-niveau speelt het bekende probleem van de afwenteling van de hogere belasting- en premiedruk ten koste van het winstkomen (met alle gevolgen van dien voor het investeringsniveau en de economische groei). Daarnaast mag worden verwacht dat, nog afgezien van de zojuist beschreven afwentelingsverschijnselen, een verdere stijging van de collectieve-lastendruk op een steeds grotere maatschappelijke tegenstand zal stuiten. Een verdere uitbreiding van de collectieve voorzieningen wordt dan, ook als zij om bij voorbeeld demografische redenen (vergrijzing) gewenst zou zijn, zeer moeilijk. Al met al is dit voldoende reden om voor de periode 1985-2000 nader te kijken naar de bijdrage van de collectief gefinancierde gezondheidszorgvoorzieningen aan de ontwikkeling van de collectieve-lastendruk.

Vergelijking (1) uit paragraaf 2 is een handig hulpmiddel bij de analyse. Omdat de daar in de noemer 8) opgenomen prijs- en volumeterm onderling samenhangen, onder meer via andere macro-economische grootheden zoals de arbeidsproductiviteit en de bezettingsgraad, dient onze verkenning van de gezondheidszorg op langere termijn te worden ingebed in een consistent macro-economisch kader. Dit lijkt zelfs van meer belang dan de mate van detaillering waarin de gezondheidszorg wordt beschreven. Startpunt zijn daarom de vorig jaar door het Centraal Planbureau gepubliceerde lange-termijnscenario's 9). Deze scenario's (Hoog, Midden en Laag) zijn gemaakt met een speciaal daarvoor ontworpen macro-economisch model.

Tabel 2. Kerngegevens lange-termijnscenario's, 1985-2000

	Hoog	Midden	Laag
	mutatie in % per jaar		
Wereldhandelsgroei a)	6½	4	1¼
Volumegroei bnp b)	4	3	1¼
Prijsstijging particuliere consumptie	4½	2	¾
Werkgelegenheid	2	1¼	0
Prijsstijging sociale zekerheid c) ten opzichte van het nni	1¼	1	¾
Volumegroei sociale zekerheid c) ten opzichte van het nni	-2¼	-1¼	½
Prijsstijging gezondheidszorg ten opzichte van het nni	1½	1	1¼
Volumegroei gezondheidszorg ten opzichte van het nni	0	¼	0

a) Dubbel herwogen excl. energie.

b) Tevens volumegroei gezondheidszorg.

c) Inclusief gezondheidszorg.

In dit model komt het collectief gefinancierde deel van de gezondheidszorg expliciet aan de orde als onderdeel van de sociale zekerheid.

Het gaat daarbij vooral om een rechtstreekse modellering van de uitkeringen krachtens de Ziekenfondswet (inclusief de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren) en de AWBZ. Voor de volumecomponent van deze uitkeringen is verondersteld dat deze op lange termijn gelijk oploopt met de volumegroei van het nationale product. Deze werkhypothese vindt (achteraf) ondersteuning in de in dit artikel gepresenteerde becijfering van de partiële inkomenselasticiteit. Een autonome trend is niet meegenomen. Weliswaar zullen de voortgaande vergrijzing en de autonome technische ontwikkeling stuwend werken op de gezondheidszorguitgaven, maar ook is verondersteld dat de in de afgelopen periode ingevoerde budgettering van de uitgaven een matigende invloed zal hebben. Ingrijpende institutionele veranderingen, zoals budgettering van medische specialisten en de invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten, zijn in de scenario's overigens niet verondersteld.

De prijsmutatie van de gezondheidszorguitgaven wordt in het model berekend door het gewogen gemiddelde te nemen van de relevante loonvoetmutatie en de verandering in de particuliere consumptieprijzen, die als algemene prijsindex voor de overige kosten wordt gehanteerd.

Ook de financiering is in beeld gebracht. Premiequotes worden berekend door een confrontatie van de uitkeringen en het benaderd premieplichtige inkomen, rekening houdend met administratiekosten, rijksbijdragen, rentebaten en de normale vermogensvorming. Deze premiequotes worden vervolgens opgesplitst in premiepercentages voor werkgevers en werknemers.

Alvorens de perspectieven voor de gezondheidszorg tot 2000 nader te bezien staan wij eerst even stil bij de in de drie scenario's geschetste toekomstbeelden voor de nationale economie als geheel. Wat hun uitgangspunten betreft onderscheiden de lange-termijnprojecties zich vooral door verschillen in de voor een open economie zo belangrijke externe omgeving: de wereldhandel, de invoerprijzen en de internationale rentestand. De binnenlandse uitgangspunten zijn in grote lijnen gebaseerd op onveranderde institutionele kaders.

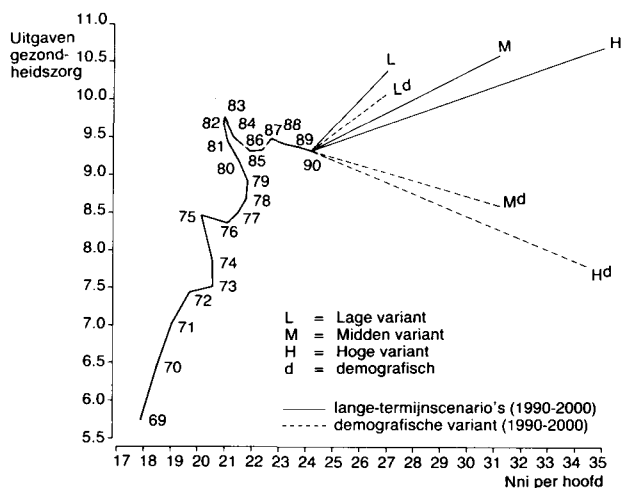
De in de drie scenario's gekozen groeivoeten voor de wereldhandel staan vermeld in tabel 2. De spreiding tus-

7) In de basisprojectie is verondersteld dat de salarisstijging van ambtenaren en trendvolgers weer parallel loopt met die in de marktsector.

8) In het vervolg worden in de noemer steeds volume en prijs van het netto nationale inkomen gebruikt, in tegenstelling tot de vorige paragrafen waar om redenen van internationale vergelijkbaarheid het bnp werd gehanteerd.

9) Zie Centraal Planbureau, *De Nederlandse Economie op langere termijn*, Den Haag, 1985.

Figuur 3. Uitgaven aan gezondheidszorg in procenten van het netto nationale inkomen in lopende prijzen, afgezet tegen het reële nationale inkomen per hoofd in gld x 1000, 1969-2000



Tabel 3. Ontwikkeling gezondheidszorguitgaven ten opzichte van het nationaal inkomen (nni) volgens de demografische variant a), 1985-2000

	H ^d	M ^d	L ^d
	mutatie per jaar in %		
Prijsstijging gezondheidszorg ten opzichte van het nni	1	1	1¼
Volume groei gezondheidszorg ten opzichte van het nni	-3	-2	-½
Volume groei gezondheidszorg	1	1	1

a) De demografische variant wordt t.o.v. Hoog, Midden en Laag aangegeven als respectievelijk H^d, M^d en L^d.

de overeenkomstige grafiek in ons eerste artikel 11). De ontwikkeling in de periode 1990-2000 is dan gebaseerd op de lange-termijnsenario's.

De stijging van de Ziekenfonds- en de AWBZ-premie in alle scenario's kan een reden zijn om de historische samenhang met het reële bnp los te laten en ook op lange termijn nader beleid te bezien. Immers, de collectieve druk wordt in brede kring momenteel al te hoog gevonden. Bovendien kan een nog verdere verlaging gewenst zijn om na 2010 de oplopende gewogen demografische druk op te kunnen vangen.

Als alternatief bezien we hier daarom een beleidsvariant waarin alleen met de demografische ontwikkeling rekening wordt gehouden 12). Voor de gezondheidszorg betekent dat een volumegroei van gemiddeld 1% per jaar.

10) Het beeld is daarmee exclusief de in het regeerakkoord opgenomen nadere beleidsmaatregelen. De projectie heeft dus niet het karakter van een prognose.

11) Zie ESB 2 juli 1986, blz. 654.

12) Zie CPB-notitie 1/20/1985. Dit betreft niet alleen de gezondheidszorg maar ook de andere demografisch bepaalde uitgaven zoals onderwijs, volkshuisvesting en welzijn. Voor al deze categorieën is de volume-ontwikkeling in de scenario's vervangen door een pad zoals dat is geformuleerd door de Heroverwegingsgroep Demografie en Collectieve uitgaven. Voor het overige zijn de veronderstellingen van de varianten geheel gelijk aan die in de zojuist besproken lange-termijnsenario's.

sen Hoog en Laag is aanmerkelijk, maar geringer dan de variatie die in werkelijkheid bij voorbeeld heeft plaatsgevonden tussen de jaren zestig en de jaren dertig van deze eeuw. Door een koppeling van sterke economische groei aan een hoger internationaal inflatietempo en omgekeerd zijn ook de verschillen in invoerprijsontwikkeling tussen de scenario's aanzienlijk.

Ook enkele uitkomsten van de scenario's staan in tabel 2 vermeld. In Midden groeit het bruto nationale produkt tot 2000 met circa 3% per jaar. In Hoog en Laag is de economische groei 1% hoger respectievelijk ruim 1,5% lager. In Midden en Hoog neemt ook de werkgelegenheid weer aanmerkelijk toe, zodat de werkloosheid kan dalen. In Laag blijft de werkgelegenheid nagenoeg gelijk en loopt de werkloosheid als gevolg van het verder stijgend arbeidsaanbod weer op.

De sociale-premiedruk kan in Midden met circa 1%-punt en in Hoog met bijna 3%-punt dalen. Dit is mogelijk omdat de volume-ontwikkeling van de sociale zekerheid, die met uitzondering van de ziektekostenverzekering en de werkloosheidswet niet scenariospecifiek is verondersteld, in die scenario's achterblijft bij die van het nationale produkt. De relatieve prijs neemt in deze scenario's overigens wel toe. In Laag groeit de sociale zekerheid zowel in prijs als in volume sneller dan het nationale inkomen: het aandeel van deze sector in het netto nationaal inkomen neemt in 15 jaar met circa 5%-punten toe.

Perspectieven voor de gezondheidszorg

Ook de resultaten voor de gezondheidszorg staan vermeld in tabel 2. De relatieve prijs stijgt in alle scenario's als gevolg van de achterblijvende arbeidsproductiviteit. Doordat in Laag ten gevolge van veronderstelde rigiditeiten geen loonmatiging optreedt is de relatieve prijsstijging daar, in het licht van de bescheiden produktiviteitsontwikkeling, naar verhouding groot. De volume-ontwikkeling wijkt door de koppeling aan de bnp-groei sterk af van die bij de overige sociale-zekerheidsuitgaven. De relatieve prijsstijging van de gezondheidszorg wordt dus ook in Midden en Hoog niet gecompenseerd door een achterblijvende volumegroei. Ook het beeld voor de premiedruk wijkt dan af van dat bij de gehele sociale zekerheid: het aandeel van de gezondheidszorguitgaven in het netto nationale inkomen neemt niet alleen toe in Laag, maar in alle scenario's.

Dit is in beeld gebracht in figuur 3. De cijfers voor de jaren 1986 tot en met 1990 zijn daarbij overgenomen uit de - meer recente - basisprojectie 10) van het CEP 1986. De figuur is zodoende voor de periode tot 1990 gelijk aan



Eigen bijdrage verlaagt collectieve-lastendruk. (foto: Ad Visual)

Het belangrijkste verschil in uitkomst betreft de premie- en belastingdruk die in alle varianten enige procentpunten lager uitkomt dan in de overeenkomstige scenario's. Zoals blijkt uit tabel 3 daalt het aandeel van de gezondheidszorg-uitgaven in het nationale inkomen in Midden en Hoog. Voor Laag zijn de verschillen veel kleiner: de demografisch bepaalde ontwikkeling is namelijk vrijwel gelijk aan de economische groei in die variant.

In de onlangs door het ministerie van WVC gepubliceerde *Nota 2000* wordt een tijdpad voor de volksgezondheid geschetst dat een gemiddelde volumegroei van 1,2% per jaar met zich meebrengt. Globaal dezelfde groei dus als in onze demografische varianten. In het geval van een macro-economische ontwikkeling zoals geschetst in Laag lijkt dit wel een realistisch perspectief. In de wereld van Midden en Hoog lijkt de plausibiliteit van zo'n groeipad voor de gezondheidszorg echter minder overtuigend. Zowel vanuit de aanbod- als vanuit de vraagzijde kunnen bij de macro-economische ontwikkeling in die scenario's immers sterke impulsen op de gezondheidszorg uitgaan. Hoe moeten wij de technologische ontwikkelingen inschatten die bij een voortdurende mondiale economische groei van 3 à 4% zullen plaatsvinden, ook op het terrein van de gezondheidszorg? Hoe zal de Nederlandse burger, die ook zijn reële besteedbare inkomen met procenten per jaar ziet stijgen, reageren als zijn gezondheidszorgpakket bij de technische mogelijkheden achterblijft? Het lijkt van belang dat bij verder onderzoek naar de langetermijnperspectieven voor de gezondheidszorg op deze vragen wordt ingegaan.

Beleidsimplicaties

Wij hebben geconstateerd dat bij een stijgend reëel nationaal inkomen ook de reële uitgaven aan gezondheidszorg toenemen. Daarnaast kennen de volume-uitgaven aan gezondheidszorg een trendmatige component. Ten slotte heeft de prijs van de volksgezondheid als gevolg van een achterblijvende produktiviteitsgroei, de neiging sneller te stijgen dan die van het nationale produkt.

Dit heeft in het verleden geleid tot een sterk oplopend beslag van de gezondheidszorg op de nationale middelen. Ook in de toekomst zou, althans op wat langere termijn, deze inherente opwaartse druk zich weer kunnen manifesteren. Bij het huidige financieringsstelsel heeft dit een stuwende invloed op de toch al hoge collectieve druk. Hier- van kunnen, zoals we in het voorgaande betoogd hebben, ongewenste effecten uitgaan. De collectieve financiering van de volksgezondheid leidt dus kennelijk tot 'externe kosten'. Dit heeft mede ten grondslag gelegen aan de omvangrijke volume-ombuigingen van de afgelopen jaren. Nog meer bezuinigingen zijn verre van uitgesloten, hetgeen er op langere termijn toe zou kunnen leiden dat de uitgaven aan gezondheidszorg lager uitkomen dan wenselijk zou zijn gelet op de preferenties van de consumenten.

De gedachte dient zich dan aan dat men door geleidelijke privatisering (13) van een gedeelte van de gezondheidszorg twee vliegen in één klap kan slaan: de gezondheidszorg kan dan groeien in overeenstemming met de demografische ontwikkeling en de welvaartsgroei (vraag, technische ontwikkeling e.d.), terwijl anderzijds de sociale premiedruk op micro-niveau niet hoeft op te lopen. Aan het slot van ons eerste artikel noemden wij dit al als alternatief voor verdere volume-ombuigingen.

Wil privatisering leiden tot verlaging van de (marginale) micro-druk dan komen bij voorbeeld beperking van het verstrekkingenpakket van het ziekenfonds en de invoering van eigen risico's en eigen bijdragen in aanmerking. Ook invoering van een gedeeltelijke nominale premie verlaagt de marginale druk. Dergelijke institutionele veranderingen zouden geleidelijk en afhankelijk van het tempo van de welvaartsgroei kunnen plaatsvinden. Ongetwijfeld zijn er ook haken en ogen aan privatisering verbonden. Zo zal de inkomensongelijkheid erdoor kunnen toenemen.

Vanuit het geschetste analytische kader vloeien ook an-

dere beleidsopties voort om een koers uit te stippelen tussen de Skylla van de volume-ombuigingen en de Charybdis van de stijgende sociale-premiedruk. Met name denken wij daarbij aan institutionele veranderingen ter beperking van de marktmacht van de aanbieders van gezondheidsdiensten. Dit kan allereerst rechtstreeks aan de aanbodzijde geschieden, bij voorbeeld via het honoreringssysteem of via verdergaande maatregelen zoals het in loondienst nemen van daarvoor in aanmerking komende specialisten.

Een alternatieve benadering richt zich op een versterking van de vraagzijde: de ziektekostenverzekeraars en met name de ziekenfondsen. De mogelijkheden hiertoe zijn vorig jaar in dit tijdschrift door anderen al uitgebreid besproken (14). Zeer actueel lijkt de invoering van vrijheid voor de fondsen om zelf te bepalen met welke hulpverleners een contract wordt gesloten (afschaffen contractdwang) (15). Bij gelijktijdige invoering van enige financiële zelfstandigheid voor de ziekenfondsen ten aanzien van de premievaststelling zal dan concurrentie tussen deze verzekeraars en indirect tussen de aanbieders mogelijk worden gemaakt. Langs deze weg zouden ook meer prijsprikkels in het gezondheidszorgsysteem worden geïntroduceerd. De hiervoor nog a priori op nul gestelde prijs-elasticiteit zou dan van belang kunnen worden.

Een verdergaande variant is de toelating van 'Health Maintenance Organizations', waarbij de verzekeraar hulpverleners in loondienst neemt en contracten afsluit met ziekenhuizen of deze in eigen beheer neemt (16). Uiteraard dienen dergelijke ontwikkelingen zich onder overheidstoezicht af te spelen.

In het verlengde van bovenstaande is er het perspectief van de in ons vorige artikel al genoemde vergroting van de bedrijfsmatige efficiency. Door de daarmee gepaard gaande toename van de produktiviteit zou de prijsstijging in de gezondheidszorg minder boven die van het bnp uitgaan, terwijl het volume van de volksgezondheid er niet door hoeft te worden aangetast.

Ten slotte is er nog de optie om de prijsstijging in de gezondheidszorg af te remmen door middel van een specifiek arbeidsvoorwaardenbeleid in de collectieve sector. Dit is de afgelopen jaren gebeurd en ligt ook besloten in de beleidsplannen voor de periode tot 1990. Voor de langere termijn lijkt een jaarlijks achterblijven van de loonstijging in de gezondheidszorg bij die in de marktsector, onder meer vanwege de gevolgen voor de allocatie van arbeid, minder goed denkbaar.

Blijkens het regeerakkoord wenst het nieuwe kabinet op korte termijn een serieuze verkenning van de mogelijkheden om via institutionele veranderingen te komen tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Het in dit artikel geschetste analytische kader kan aan een dergelijke verkenning wellicht een bijdrage leveren.

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

13) Met privatisering wordt hier bedoeld dat de financiering niet geschiedt via heffingen maar via prijzen. Zie C. Goedhart, Hoe collectief is de collectieve sector?, *Openbare Uitgaven* 9, 1977, nr. 1, blz. 4 en 5.

14) F.F.H. Rutten en W.P.M.M. van de Ven, Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg, *ESB*, 29 mei 1985.

15) Zie bij voorbeeld *Het ziekenfonds op eigen benen*; discussienota van het VNZ-secretariaat, 1986.

16) F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, Health Maintenance Organizations, *ESB*, 6 november 1985.