

Zorguitgaven verdrukken overige collectieve uitgaven

Overschrijdingen van het afgesproken zorgbudget worden slechts voor een deel gecompenseerd door bezuinigingen. Als er niet meer begrotingsdiscipline wordt opgebracht, zullen de zorguitgaven de overige collectieve uitgaven op den duur verdringen.

Terwijl in de marktsector honderdduizenden banen dreigen te verdwijnen, neemt de werkgelegenheid in de collectieve sector ook in 2009 en 2010 verder toe. Doordat de rijksoverheid probeert haar personeelsbestand terug te brengen, blijft de netto banengroei bij de overheid per saldo beperkt. De zorgsector lijkt echter immuun voor de economische crisis te zijn (tabel 1). Voor deze uitzonderlijke situatie bestaat een tweeledige verklaring. Ten eerste wordt de zorgsector in verhouding ruim bedeed, wanneer regeringspartijen bij de formatie van een nieuw kabinet in het raamwerk van het trendmatig begrotingsbeleid afspraken maken over de budgettaire ruimte die beschikbaar is voor de financiering van uiteenlopende collectieve voorzieningen. Ten tweede worden in strijd met de begrotingsregels overschrijdingen van het bij de kabinetsformatie afgesproken zorgbudget slechts voor

een deel gecompenseerd. Volledige compensatie is mogelijk door ingrijpendere bezuinigingsmaatregelen of door de eigen betalingen van zorggebruikers extra te verhogen. Politiek draagvlak hiervoor ontbreekt. Door deze dubbele oorzaak, een ruim bemeten expansie van het zorgbudget plus een zwakke budgetdiscipline, groeien de collectief gefinancierde zorguitgaven en de werkgelegenheid in de zorgsector al jarenlang opvallend snel.

Trendmatig begrotingsbeleid

In 1994 is het trendmatige begrotingsbeleid ingevoerd. Dit kent een strikte scheiding tussen de inkomsten- en de uitgavenkant van de begroting. Mee- en tegenvallers bij de opbrengst van belastingen en sociale premies leiden in beginsel niet

Tabel 1

Werkgelegenheid (verandering in arbeidsjaren x 1.000).

	2008	2009	2010
Marktsector	80	-120	-310
Zorgsector	20	22	15
Overheid	4	2	4

Bron: Centraal Planbureau, 2009

FLIP DE KAM
Honorair hoogleraar
aan de Rijksuniversiteit
Groningen

tot een beleidsreactie. Zij lopen automatisch in het begrotingsaldo, tenzij het tekort te hoog dreigt op te lopen. De uitgaven zijn voor de gehele kabinetsperiode ingekaderd, op basis van tijdens de formatie gemaakte afspraken over de ontwikkeling van de collectieve uitgaven. Dit uitgavenkader is geformuleerd in reële bedragen uit het eerste jaar van de kabinetsperiode. De bedragen worden jaarlijks aangepast in lijn met de feitelijke prijsontwikkeling van de nationale bestedingen. Als uitvloeisel van dit systeem blijven de collectieve uitgaven ten opzichte van het bruto binnenlands product (bbp) achter in jaren waarin de economische groei hoger uitpakt dan tijdens de formatie bij het opstellen van het regeerakkoord is verondersteld. In dit geval neemt vanuit sommige kringen de aandring toe om het uitgavenkader gedurende de loop van de kabinetsperiode op te rekken. Voorstanders van zo'n tussentijdse verhoging van het eerder vastgelegde uitgavenplafond tonen zich beducht voor dreigende publieke armoede in een tijd van private rijkdom. Gemakshalve vergeten zij dat hun visie logischerwijs meebrengt dat het afgesproken uitgavenplafond omlaag moet in jaren waarin de bbp-groei achterblijft bij de veronderstelling inzake de economische groei die aan het regeerakkoord ten grondslag ligt. Zodoende zou van de overheidsbegroting een ongewenste procyclische impuls uitgaan. Het trendmatige begrotingsbeleid daarentegen dempt de invloed van de overheidsfinanciën op de conjunctuurcyclus. Bovendien leidt het er in magere jaren toe dat de collectieve voorzieningen op peil blijven, terwijl die anders zouden sneuvelen bij onvermijdelijke bezuinigingsoperaties om de overheidsfinanciën op orde te houden. Voor de zorgsector vertalen de gemaakte afspraken zich in de cijfers uit het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De bruto BKZ-uitgaven zijn gelijk aan de totale zorguitgaven die worden gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat hier om zorg waarvan de overheid vindt dat zij voor iedereen toegankelijk moet zijn. Aan ziektekosten die aanvullend zijn verzekerd, of die zorggebruikers uit eigen zak betalen, stelt de overheid geen grens. Die vallen buiten het BKZ. Behalve voor de zorguitgaven gelden ook kaders voor de rijksuitgaven en voor de sociale zekerheid.

Bij de kabinetsformatie in 1994 werd beslist dat de reële zorguitgaven met 1,3 procent per jaar mochten groeien. Uit kringen van zorgaanbieders en hun zaakwaarnemers klonken destijds geluiden dat dit veel te weinig was (De Kam en Nypels, 2001). Na een verdubbeling van dit groeipercentage zouden de problemen met wachtlijsten en dergelijke uit de wereld zijn. Bij de daaropvolgende kabinetsformatie, in 1998, werd de jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven op 2,3 procent bepaald. Drie kabinetten-Balkenende voerden het groeitempo in de periode 2003–2006 nog wat verder op. Het groeipercentage werd verhoogd tot 2,5 procent per jaar. Bij de kabinetsformatie in 2007 is de zorgsector

met een jaarlijkse volumegroei van 2,8 procent nog ruimer bedeed (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008). Het kabinet acht in de periode 2008–2011 een verzwaring van de collectieve lasten met in totaal 6,5 miljard euro aanvaardbaar. Dit gehele bedrag komt beschikbaar voor de zorg.

Gebrekkige begrotingsdiscipline

De zorguitgaven waarvan tijdens de begrotingsuitvoering wordt nagegaan of zij binnen het afgesproken uitgavenkader blijven zijn niet de bruto maar de netto BKZ-uitgaven. Dit zijn de bruto BKZ-uitgaven verminderd met de eigen betalingen van gebruikers van de AWBZ en de Zvw gefinancierde voorzieningen. Treden de zorguitgaven in de loop van de kabinetsperiode buiten het kader, dan dient het kabinet volgens de begrotingsregels maatregelen te treffen. Bij het BKZ is compensatie mogelijk door te bezuinigen op collectief gefinancierde zorguitgaven, bijvoorbeeld door het budget voor de ziekenhuizen en medisch specialisten of voor de verpleeghuizen te korten. Een andere mogelijkheid is het budget in stand te laten, maar de eigen bijdragen van zorggebruikers te verhogen; het gaat immers om de netto uitgaven die beneden het afgesproken plafond moeten blijven. Een laatste manier om overschrijdingen van het BKZ te compenseren is sommige voorzieningen niet langer collectief te financieren, door bepaalde behandelingen uit de AWBZ of de Zvw te lichten; burgers dienen deze dan voortaan zelf te betalen of zich daarvoor privé aanvullend te verzekeren.

Alle drie soorten ingrepen liggen politiek gevoelig. Bezuinigingen kunnen leiden tot wachtlijsten. Eigen bijdragen treffen lagere inkomens in verhouding het zwaarst. Zorgverzekeraars mogen gegadigden voor een aanvullende verzekering weigeren; ze hebben geen acceptatieplicht. Uit het basispakket verwijderde voorzieningen kunnen voor een deel van de bevolking dus door selectie van zorgverzekeraars of om financiële redenen onbereikbaar worden. Gezien deze effecten blijken politieke partijen in de praktijk uiterst terughoudend te zijn bij hun steun voor maatregelen die beogen overschrijdingen van het BKZ te redresseren. Hun terughoudendheid valt af te leiden uit de feiten. Dat een overschrijding van het uitgavenkader onvolledig wordt gecompenseerd kan immers slechts twee oorzaken hebben: technische onmogelijkheid of politieke onhaalbaarheid. Het is bijvoorbeeld technisch niet te doen om een in oktober aan het daglicht komende omvangrijke tegenvaller nog in hetzelfde kalenderjaar goed te maken. In het daaropvolgende jaar zullen dan maatregelen worden getroffen. Dat dit bij de zorguitgaven toch niet gebeurt, kan uitsluitend het gevolg zijn van politieke weerstand tegen te forse ingrepen in deze sector.

Deze politieke huiver verklaart waarom het uitgavenkader voor de zorg in de praktijk keer op keer wordt geschonden, ondanks de stapsgewijze verruiming van het zorgbudget. De vijf kabinetten die tussen 1994 en 2007 aan het bewind waren hebben overschrijdingen geaccepteerd die cumulatief opliepen tot bijna zeven miljard euro (tabel 2). Daar stonden grote meevallers tegenover op de rijksbegroting en vooral bij de sociale zekerheid, die zijn weggestreept tegen tegenvallers in de zorgsector. Per saldo bleven de totale collectieve uitgaven ruim binnen de bij opeenvolgende formaties afgesproken kaders.

Het uitgavenkader berust op politieke afspraken die regeringspartijen binden voor een kabinetsperiode. Wanneer een kabinet tussentijds valt, voelt het nieuwe kabinet zich niet aan oude afspraken gebonden. Dit bleek bij de formatie in 2007. Toen besloten de partijen die het vierde kabinet-Balkenende steunden tot

Tabel 2

Overschrijding en overschrijding ten opzichte van uitgavenkaders (miljarden euro's in lopende prijzen).

Kabinet	Kok I 1994-1998	Kok II 1998-2002	Balk I-III 2002-2007	Bijstelling ¹ 2007	Balk IV 2007-2009
Rijksbegroting	-3,0	+1,1	-4,5	+1,5	+0,5
Sociale zekerheid	-2,5	-5,1	-2,6	-0,1	+0,75
Budgettair Kader Zorg	+1,1	+1,9	+3,8	+2,2	+1,0
Totaal	-4,4	-2,0	-3,4	+3,6	+2,25

¹ Opwaartse aanpassing van het uitgavenkader voor 2007 door nieuw kabinet.

Bron: De Kam, 2009, Centraal Planbureau, 2009 en Tweede Kamer, 2008–2009a

Tabel 3

Collectieve uitgaven (in procenten van het bbp).

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010
Collectieve uitgaven waarvan	33	44	58	56	45	47	51
Openbaar bestuur	8	11	12	12	12	12	13
Onderwijs	4	6	7	6	5	5	6
Sociale zekerheid	7	12	19	17	11	11	13
Collectieve zorg	1	3	5	6	6	7	10
Overig	13	12	15	15	11	12	9
Aandeel zorg (procenten)	3	6	8	10	13	16	19

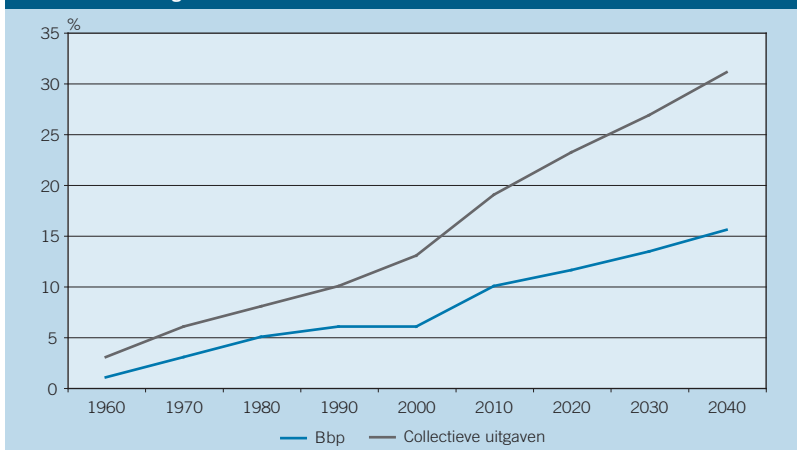
Bron: Centraal Planbureau, *tijdreeks overheidsfinanciën*

een eenmalige opwaartse bijstelling van de uitgavenkaders met 3,6 miljard euro. Dit was een tegemoetkoming aan PvdA en CU van de christendemocraten, die tijdens het bewind van het door CDA en VVD gesteunde derde kabinet-Balkenende hadden ingestemd met een 3,6 miljard euro krappere uitgavenkader. Twee derde van deze ophoging betrof de zorguitgaven. Zoals opgemerkt is de zorgsector bij de kabinetsformatie in 2007 met een reële groei van 2,8 procent per jaar ruimer bedeed dan ooit. Desondanks tekent zich voor de jaren 2008 en 2009 nu al weer een tegenvaller van bijna een miljard euro af (tabel 2).

Terugblik op de zorgquote

De omvang van de collectieve sector pleegt te worden benaderd door de collectieve uitgaven te relateren aan het bruto binnenlands product. In de jaren zestig en zeventig legde de overheid een snel toenemend beslag op de vaderlandse economie. Van 1960 tot 1983 is de collectieve-uitgavenquote bijna verdubbeld: deze steeg van 33 procent tot 63 procent van het bbp (tabel 3). In de daarop volgende vijftien jaar liep de quote terug tot omstreeks 45 procent van het bbp. Enerzijds was sprake van een tellereffect. Te beginnen met het kabinet-Lubbers-I (1982–1986) werd de voordien bijkans ongebreidelde expansie van de collectieve sector afgeremd. Zo werden de bruto salarissen bij de overheid en in de zorgsector en de sociale uitkeringen jarenlang niet verhoogd, en in 1984 zelfs eenmaal met drie procent verlaagd. Anderzijds profiteerden beleidsmakers van het noemereffect. Doordat een aantal jaren sprake was van forse economische groei zakte de quote, ook al stegen de collectieve uitgaven gestaag. In het eerste decennium van deze eeuw bleef de uitgavenquote tot en met vorig jaar min of meer stabiel. Dit jaar en komend jaar gaat hij met zeven punten omhoog naar 51 procent van het bbp. Voor het eerst sinds 1996 legt de overheid weer beslag op meer dan de helft van de binnenlands toegevoegde waarde, met name door

Figuur 1

Collectieve zorguitgaven als percentage van het bbp en van de collectieve uitgaven¹.

¹ Ramingen na 2010.

Bron: De Kam, 2009 en Centraal Planbureau, 2009

hogere uitgaven voor uitkeringen aan werklozen van 4,5 miljard euro en gestegen rentelasten van twee miljard euro. Het noemereffect werkt nu in tegen-gestelde richting: het bbp krimpt van 594 miljard euro in 2008 tot 582 miljard euro in 2010 (Centraal Planbureau, 2009).

In 1960 beliepen de collectief gefinancierde zorguitgaven slechts een procent van het bbp. Komend jaar staat de zorgquote op tien procent van het bbp. Het aandeel van de collectieve zorguitgaven in de totale collectieve uitgaven nam in goede en slechte tijden vrijwel voortdurend toe. Het is sinds 1980 ruimschoots verdubbeld van acht procent tot negentien procent (tabel 3). De zorguitgaven verdrongen dus in toenemende mate de uitgaven voor andere collectieve voorzieningen. Aan dit verdringingsproces van andere overheidsuitgaven zijn grenzen gesteld, die steeds dichterbij komen. Ook voor andere essentiële overheidstaken zoals openbaar bestuur, zeeweringen, politie, onderwijs en sociale uitkeringen moeten immers de nodige middelen beschikbaar blijven, zonder dat het peil van de collectieve lasten eindeloos kan worden opgeschroefd.

Vooruitblik op de zorgquote

Op de lange termijn staan de zorguitgaven onder blijvende opwaartse druk door de vergrijzing van de bevolking, het groeiende aantal chronisch zieken, dure technologische innovaties, steeds hogere verwachtingen van zorgconsumenten en de monetaarisering van een deel van de mantelzorg. Dit laatste begrip doelt op zorg die vroeger om niet werd verleend door de mantel van familieleden, burens en kennissen en die nu in toenemende mate tegen een geldelijke vergoeding wordt gegeven. Zo kunnen zorgbehoevenden een persoonsgebonden budget claimen om zelf zorg in te kopen, ook bij hun burens. De zorguitgaven staan daarnaast extra onder opwaartse druk, doordat de productiviteit in deze arbeidsintensieve sector achterblijft bij die in grote delen van de marktsector. Omdat de lonen in de zorgsector concurrerend moeten blijven, neemt de kostprijs per eenheid zorg sneller toe dan de kostprijs per eenheid product in de industrie en grote delen van de commerciële dienstverlening. Dit effect werd voor het eerst geanalyseerd door Baumol (1967) en speelt de zorgsector in hoge mate parten. Vorig jaar heeft het kabinet aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) advies gevraagd over mogelijkheden voor een beheerste uitgavenontwikkeling. In het uitgebrachte advies kiest de RVZ als uitgangspunt dat de reële zorguitgaven ten hoogste tweemaal zo snel mogen groeien als de totale economie (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008). Dit lijkt een tegendraads advies, maar zonder maatregelen stijgen de zorguitgaven waarschijnlijk nog aanzienlijk sneller. Toch heeft het door de Raad gekozen vertrekpunt verre gaande consequenties. Neem aan dat het bbp trendmatig groeit met 1,5 procent per jaar. Dit groeipercentage is iets lager dan waarmee het CPB tot nu toe doorgaans rekent.

Het houdt beter rekening met krimp en veroudering van de beroepsbevolking en inschakeling bij het productieproces van minder productieve groepen, die nu nog aan de kant staan. De verwachting is gerechtvaardigd dat het planbureau in zijn geactualiseerde studie van de overheidsfinanciën op lange termijn, die komend jaar wordt gepubliceerd, eveneens op een jaarlijkse bbp-groei van ongeveer 1,5 procent uitkomt. In de visie van de RVZ zouden de reële zorguitgaven dan met drie procent per jaar mogen stijgen, dat is net iets meer dan de jaarlijkse groei met 2,8 procent waarvan het vierde kabinet-Balkenende uitgaat. Bij deze aannamen loopt de zorgquote, die nu tien procent van bbp bedraagt, tot 2040 op naar 15,5 procent van het bbp:

$$[100 \times 1,03^{30}] / [100 \times 1,015^{30}] \times 10 = 15,5.$$

Als het beslag vanuit de collectieve sector stabiel blijft op ongeveer de helft van het nationaal inkomen, dan loopt het aandeel van de zorguitgaven in de totale collectieve uitgaven (nu negentien procent) op tot 31 procent ($15,5 / 50 \times 100$ procent). Figuur 1 brengt dit in beeld. Om deze groei volledig te accommoderen zouden andere collectieve uitgaven samen met 5,5 punten van het bbp moeten dalen. In prijzen van 2009 gaat het om 32 miljard euro. Dat staat gelijk aan het totale uitgavenbedrag dat in de rijksbegroting voor 2009 (Tweede Kamer, 2008–2009b) wordt uitgetrokken voor de ministeries van Algemene Zaken, Justitie, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Defensie, Economische Zaken, Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit en Jeugd en Gezin. Het is moeilijk voorstelbaar dat al deze departementen in 2040 zijn opgeheven en hun taken zijn vervallen, om daarmee voldoende budgettaire ruimte vrij te maken voor de uitdijende collectieve zorguitgaven.

Beleidsopties

Om te voorkomen dat de oploop van de zorguitgaven de overige collectieve uitgaven te veel in de verdrukking brengt, beschikken beleidsmakers over drie opties. Ten eerste kunnen zij berusten in een sterke stijging van de premies voor de AWBZ en de Zvw. Deze premies worden tot de collectieve lasten gerekend, omdat het gaat om gedwongen betalingen aan de overheid en, bij de nominale Zvw-premie, aan de zorgverzekeraars, waarvan de hoogte geen verband houdt met de schadekans. Deze oploop van de collectieve lasten met vijf tot zes procent van het bbp zou vrijwel volledig ten laste van de factor arbeid komen. Want de werkgevers zijn ingevolge art. 46 lid 1 Zvw verplicht om hun werknemers te compenseren voor de stijgende procentuele Zvw-premie. Gezinnen dragen de inkomensafhankelijke premie voor de AWBZ en de Zvw af over hun inkomen uit werk en eigen woning (box 1), niet over winst uit aanmerkelijk belang (box 2) en inkomsten uit vermogen (box 3). Op de lange termijn nemen de spanningen op de arbeidsmarkt door de demografische ontwikkeling

toe. De kans dat gezinnen erin slagen de stijgende zorgpremies, voor zover die niet door de werkgever vergoed worden, af te wentelen ten koste van de winsten is daarmee groot. De ervaringen uit de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw laten zien welke schadelijke gevolgen afwenteling van collectieve lasten voor de Nederlandse economie kan hebben.

De tweede optie voor beleidsmakers is dat zij drastisch ingrijpen bij de collectieve financiering van de zorguitgaven, om zodoende bij een gelijkblijvend lastenpeil de overige categorieën collectieve uitgaven te sauveren. Politici zullen de hiervoor noodzakelijke daadkracht moeilijk kunnen opbrengen. Hun bestaande huiver voor krachtige ingrepen zal nog toenemen, naarmate een vergrijzend electoraat bij periodieke verkiezingen van de leden van de Staten-Generaal een steeds explicietere voorkeur voor zorgvoorzieningen articuleert.

De derde optie, het lastenpeil gelijk houden en de zorguitgaven onbeheerst laten stijgen, dus berusten in een toenemend begrotingstekort, is strijdig met het Stabiliteits- en Groeipact en drijft de overheidsschuld en de rentelasten op den duur torenhoog op. Daarmee vormt deze optie een rechtstreekse bedreiging voor de houdbaarheid van de overheidsfinanciën. In de definitie van het CPB betekent houdbaar dat collectief gefinancierde voorzieningen ook in de toekomst kunnen meegroeien met de welvaart, zonder dat de collectieve lasten omhoog hoeven. In deze zin zijn de overheidsfinanciën bij ongewijzigd beleid al niet houdbaar. Het Centraal Planbureau (2006) heeft berekend dat hiertoe een inspanning in de vorm van extra bezuinigingen en lastenverzwaringen nodig is ter grootte van twee tot vier procent van het bbp, afhankelijk van de gekozen beleidsvariant. Bij deze becijfering komt de zorgquote in 2040 uit op 13,1 procent van het bbp. In 2006, het basisjaar van de CPB-exercitie, stond het robuuste begrotingssaldo ongeveer op nul. Dit is het begrotingssaldo, gecorrigeerd voor de stand van de conjunctuur, gasbaten en rente. Voor 2010 voorziet het CPB thans een robuust begrotingstekort van bijna vier procent van het bbp (Centraal Planbureau, 2009). Zo resulteert een houdbaarheidsprobleem in de orde van grootte van zes tot acht procent van het bbp, ervan uitgaand dat de zorgquote slechts oploopt tot 13,1 procent van het bbp. Het RVZ-scenario mondt uit in een zorgquote van maximaal 15,5 procent van het bbp; dan loopt het houdbaarheidstekort op in de richting van acht tot tien procent van het bbp.

Conclusie

In de aanloop naar de volgende verkiezingen van de leden van de Tweede Kamer der Staten-Generaal staan beleidsmakers voor een reusachtige uitdaging: hoe de oploop van de collectieve uitgaven, en in het bijzonder die voor de zorg, in te tomen. Het RVZ-advies (RVZ, 2008) bevat weliswaar enkele voorstellen die kunnen helpen om deze uitdaging het hoofd te bieden, maar het gaat hierbij, gezien de inherente opwaartse drift van de zorguitgaven, slechts om relatief beperkte effecten. Daarmee rijst ernstige twijfel of in de aankomende decennia voldoende kwalitatief goede zorg voor iedereen toegankelijk blijft.

LITERATUUR

- Baumol, W. (1967) *Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis*. *American economic review*, 57(3), 415–426.
- Centraal Planbureau (2006) *Ageing and the sustainability of Dutch public finances*. Den Haag: CPB.
- Centraal Planbureau (2009) *Centraal economisch plan 2009*. Den Haag: Sdu.
- Kam, C. de (2009) *Gezondheidszorg en openbare financiën*. In: Schut, E. en F. Rutten (red.) *Economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Kam, C. de en F. Nypels (2001) *De zorg van Nederland*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008) *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Den Haag: RVZ.
- Tweede Kamer (2008–2009a) *Slotwet en jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008*, 31924 XVI, nr 1–3.
- Tweede Kamer (2008–2009b) *Nota over de toestand van 's Rijks financiën* (Miljoenennota 2009), 31700, nr 1–2.