



Zorgbudget op de loop

Auteur(s):

Kam, C.A., de

*De auteur is verbonden aan de Faculteit Economische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.***Verschenen in:**

ESB, 87e jaargang, nr. 4360, pagina 374, 10 mei 2002

Rubriek:

LPF

Trefwoord(en):

zorg

Bij de uitvoering van de plannen van de lpf zal het nationale zorgbudget exploderen.

Tijdens het bewind van het tweede parse kabinet zijn de uitgaven voor gezondheidszorg met bijna tien miljard euro gestegen, tot boven de veertig miljard. Uitgedrukt als aandeel van het bruto binnenlands product liepen de zorguitgaven op van 8,7 procent tot 9,0 procent¹. Een ander veelzeggend cijfer: sinds 1997 is de werkgelegenheid in de zorgsector met 115.000 arbeidsjaren (dat is negentien procent) toegenomen². Ondanks de aanzienlijke stijging van personele en materiële inputs voor de zorgproductie manifesteert zich een hardnekkig vraagoverschot, dat tot uitdrukking komt in wachtlijsten voor operatieve ingrepen, thuiszorg en verpleeghuizen.

De bestaande vraagoverschotten ontstaan, doordat de overheid de capaciteit beheerst en plafonds stelt aan prijzen en tarieven. Zij zouden verdwijnen wanneer het prijsmechanisme ruim baan kreeg. Zeker in het begin zouden de tarieven van beroepsbeoefenaren en zorginstellingen stijgen. Dit lokt extra aanbod uit - soms met forse vertraging, gezien de tijd die is gemoeid met nieuwbouw en de opleidingsduur van medisch personeel. Tegelijk zal de vraag naar duurder geworden zorg krimpen. In de aanloop naar evenwicht op alle deelmarkten voor gezondheidszorg komen de zorguitgaven op een aanzienlijk hoger niveau te liggen. Zolang zij voor vier vijfde deel collectief worden gefinancierd, zoals op dit moment het geval is, zet dit de overheidsfinanciën onder ondraaglijke spanning. In reactie zou de overheid zich gedwongen zien de reikwijdte van het ziekenfondspakket in te perken. Zorg buiten dat pakket wordt voor de armsten financieel onbereikbaar. Deze consequenties zijn voor geen van de politieke partijen aanvaardbaar.

Bovendien hebben alle thans in de Tweede Kamer vertegenwoordigde partijen zich bij de economische analyse van hun programma geconformeerd aan de door het Centraal Planbureau (cpb) uitgestippelde budgettaire kaders. Hierdoor kunnen zij - gezien de anders te verwachten uitgavenexplosie - het bestaande stelsel van aanbodssturing door de overheid niet naar de schroothoop verwijzen. Wel willen bijna alle partijen de gedetailleerde overheidsbemoeienis met de zorgsector in de komende kabinetsperiode voor een deel vervangen door een systeem met beter ontwikkelde vraagsturing.

Meer van het zelfde

In het 'beleidsarme' cpb-scenario voor de collectieve sector in de periode 2003-2006 stijgen de netto collectieve uitgaven voor de zorg reëel met 4,6 miljard euro. Dit strookt met een volumegroei van 2,5 procent per jaar³. Alle politieke partijen trekken voor de sector extra middelen uit. Zij voegen de saldobedragen uit [tabel 1](#) toe aan het zorgbudget bij beleidsarme uitgangspunten. Bezuinigingen worden nagestreefd door enige pakketverkleining (vvd, ChristenUnie), minder ziekteverzuim van werknemers in de zorg (sp), invoering van een verplicht eigen risico voor verzekerden tegen ziektekosten (cda, D66 en ChristenUnie), een klap op de medicijnenprijzen (gl), doelmatiger medicijngebruik (vvd) en inkomensverlaging voor apothekers (sgp). Grosso modo wensen partijen de extra uitgetrokken middelen in te zetten voor verbetering van de arbeidsvoorwaarden, opleiding en uitbreiding van het personeelsbestand en de aanpak van knelpunten⁴.

Tabel 1. Ombuigingen en intensiveringen, in miljarden euro

partij	ombuigingen	intensiveringen	saldo
sp-	0,5	3,7	3,2
GroenLinks	- 0,2	1,5	1,3
cda	- 0,1	1,2	1,1
PvdA	- 0,1	1,1	1,0
Christen Unie	- 0,4	1,3	0,9
sgp	- 0,2	1,0	0,8
d66	- 0,4	0,8	0,4
vvd	- 0,4	0,7	0,3

Noodzaak en doeltreffendheid van deze aanpak zijn betwistbaar. In de afgelopen tien jaar zijn de cao-inkomens in de zorgsector al sneller gestegen dan in de marktsector. Bovendien leert het recente verleden dat extra geld voor de sector in belangrijke mate weglekt via productiviteitsverliezen en extra prijsverhogingen. Na 1994 is de arbeidsproductiviteit per uur in de zorgsector gedaald met 5,9 procent⁵. Het tarief van de huisartsen is vorig jaar aanzienlijk verhoogd om de werklust op ongeregelde uren te verlichten. Verder overtrof, zoals gezegd, in de jaren negentig de stijging van de cao-uurlonen in de zorgsector die in de marktsector en wel met 3,5 procent. Anders gezegd, zorgaanbieders hebben een groot deel van de extra beschikbaar gekomen middelen opgeslorpt voor verbetering van hun eigen beloning en arbeids-omstandigheden. Zolang zij door institutionele veranderingen - zoals meer concurrentie waar dat mogelijk is - geen prikkel krijgen doelmatiger en meer kostenbewust zorg te produceren, valt te verwachten dat de nu door partijen in het vooruitzicht gestelde extra miljoenen verdwijnen in een bodem-loze put. Het bestaande stelsel geeft precies de verkeerde prikkel: het zet een premie op wachtlijsten. Om die weg te werken, krijgen aanbieders immers extra geld. Geen wonder dat de wachtlijsten niet verdwijnen, hoeveel geld ook in de sector wordt gepompt.

Het alternatief van de lpf

Eén partij, de Lijst Pim Fortuyn (lpf), presenteert een rigoureuze alternatief⁶. De lpf wil de zorg-sector afrekenen op heldere criteria inzake kwaliteit en kwantiteit van de geboden dienstverlening. Het wordt aan de sector zelf overgelaten dit te organiseren, in eerste instantie op basis van de huidige begroting. Alleen de ouderenzorg krijgt meer geld voor personeelsuitbreiding. Hoeveel, dat laat de lpf in het midden. De partij geeft niet aan hoe de sector kan worden geprikkeld tot een grotere zorg-productie van ten minste dezelfde kwaliteit. Bovendien vervalt de budgettering van medischspecialistische ingrepen en dient deze beroepsgroep weer per verrichting te worden betaald. Dit systeem gold tot 1995 en leidde jaarlijks tot een overschrijding van het zorgbudget. Te voorspellen valt dat de specialisten bij uitvoering van de lpf-plannen hun omzet en inkomen fors opvoeren. Omdat het budget niet groeit, komen andere zorgvoorzieningen dan in de knel.

De lpf komt met iets andere proposities op de proppen. De partij wil de zorgsector twee jaar lang uitsluitend compensatie geven voor de stijging van lonen en prijzen. Er komt geen extra budget om de hoeveelheid geleverde zorg uit te breiden. De vraag naar zorgvoorzieningen groeit echter ook na 2002 door, als gevolg van de vergrijzing van de bevolking, de invoering van dure nieuwe technieken en medicijnen, en de stijgende welvaart. Om in 2003 en 2004 aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen, is volgens het cpb reëel twee miljard euro extra nodig. De lpf stelt dat dit bedrag binnen het bestaande zorgbudget valt vrij te maken door het mes te zetten in de bureaucratie. "De sector krijgt opdracht de arbeidsproductiviteit op te voeren door het stelselmatig terugdringen van de overhead in de vorm van administratieve lasten, bureaucraten en overtollig management"⁷. De overheid moet die opdracht kennelijk geven. Zij beschikt echter niet over instrumenten om de gewenste verbetering van de productiviteit af te dwingen. Om te meten of en in welke mate de productie per werker stijgt, dient de zorgproductie in de toekomst juist nauwkeuriger te worden geregistreerd. Dit zal met meer, niet met minder bureaucratie gepaard gaan.

Hoe dan ook valt op termijn van enkele jaren geen doelmatigheidswinst van twee miljard euro te boeken. Uit een recent rapport van de commissie-De Beer over administratieve lasten in de zorg blijkt dat op dit terrein op langere termijn een bezuiniging van ten hoogste driehonderd miljoen euro haalbaar is⁸. Daarvoor is het echter nodig eerst duchtig te investeren in informatie- en communicatietechnologie, en daar trekt de lpf geen middelen voor uit. Bovendien hebben afgevoerde bureaucraten de eerste jaren na hun ontslag recht op wachtgeld, waardoor de beoogde bezuiniging - voorzover al te realiseren - deels verdampt.

De lpf wil het bestaande stelsel van verzekeringen tegen ziekte kosten handhaven. Anders dan nu het geval is, mogen artsen en zorginstellingen zich van de lpf straks ondernemend opstellen en in vrijheid met de zorgverzekeraars onderhandelen over hun tarieven. Door een reeks van oorzaken hebben de zorgaanbieders bij tarief-onderhandelingen met de zorgverzekeraars een sterke marktpositie, niet alleen in ons land, maar ook elders. Mede gelet op de zwakke positie van de zorgverzekeraars stuurt de overheid in alle lidstaten van de Europese Unie het aanbod van ziekenhuiszorg. Ook elders zijn deze instellingen gebudgetteerd⁹. De zwakke onderhandelingspositie van verzekeraars in Nederland blijkt wel uit het feit dat zij altijd akkoord gaan met de maximaal door de overheid toegestane tarieven van de beroeps-beoefenaren.

Conclusie

Alle politieke partijen willen het zorgbudget voor de periode 2003-2006 ophogen. De meeste extra middelen zijn bestemd voor verbetering van de arbeidsvoorwaarden en vermindering van de werkdruk. Nut en noodzaak van deze prioriteiten zijn twijfelachtig.

Bij uitvoering van de fortunistische plannen zal het nationale zorgbudget exploderen. De door de lpf bepleite marktwerking valt zeker niet te rijmen met een zorgbudget dat alleen voor de inflatie wordt opgehoogd. Door de voorspelbare sterke stijging van het zorgbudget lopen de collectieve lasten in de volgende kabinet-periode met ettelijke miljarden euro's op, terwijl de lpf voorspiegelt dat zorgverzekerden 'can have their cake and eat it too'. Zulke inconsistenties maken het begrijpelijk dat de lpf, als enige groepering met uitzicht op een fiks aantal kamerzetels, haar programma liever niet door het Centraal Planbureau liet narekenen. De rekenmeesters zouden de inconsistenties genadeloos aan de kaak stellen.

1 CPB, Centraal Economisch Plan 2002, Sdu,

2 CPB, op. cit., blz. 125.

3 CPB, Economische verkenning 2003-2006,

4 Deze summier samenvatting is gebaseerd op de bijlagen van: CPB, Keuzes in kaart 2003-2006, Sdu, Den Haag, 2002.

5 Ministerie van VWS, Gepast betalen,

6 Zie: www.lijst-pimfortuyn.nl

7 Pim Fortuyn, De puinhopen van acht jaar paars, Karakter Uitgevers, Rotterdam, 2002, blz. 45.

8 Commissie terugdringing administratieve

9 Zie de analyse voor de ziekenhuissector in: Hans Maarse e.a., Marktwerking in de ziekenhuiszorg. Een analyse van mogelijkheden en effecten, UP Maastricht, 2002, blz. 81.