



Zorgen om het zorgbudget

Auteur(s):

Kam, C.A., de
Faculteit der Economische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D19, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuwen

Trefwoord(en):

zorg

De totale uitgaven voor de gezondheidszorg zijn vastgelegd in een budgettair kader. Is het verstandig dit macrokader te versoepelen? Of valt met een betere organisatie van de zorg ook meer te bereiken?

Gedurende het laatste kwart van de vorige eeuw is de overheid zich steeds intensiever met de zorgsector gaan bemoeien. De capaciteitsgroei is afgeremd, instellingen zijn gebudgetteerd, tarieven en prijzen geplafonneerd. Deze aanbodssturing roept in toenemende mate kritiek op. Alle politieke partijen willen de inmiddels bijzonder gedetailleerde overheidsbemoeienis met de zorgsector in de volgende kabinetsperiode voor een deel vervangen door een systeem waarin consumenten het meer voor het zeggen krijgen ¹. Vraagsturing is het nieuwe sleutelbegrip. Dit modieuze ideaal wordt bijvoorbeeld bereikt wanneer iemand met behoefte aan zorg ter vrije besteding over een eigen budget kan beschikken zoals het geval is bij het persoonsgebonden budget (pgb). Met pgb's is echter minder dan een half procent van de totale zorguitgaven gemoed. In veruit de meeste gevallen loopt vraagsturing langs een meer indirecte weg. Ziektekostenverzekeraars kunnen de behoeften van zorgconsumenten tot uiting brengen. Zij werven klanten met op maat gesneden polisvoorwaarden en kopen bij aanbieders de zorg in die het beste strookt met onthulde voorkeuren van hun verzekerden.

Economen zijn met dit marktmodel vertrouwd. Zijn toepassing op de zorgsector roept echter specifieke problemen op. Deze houden verband met tekortkomingen van de markt voor ziektekostenverzekeringen en met specifieke kenmerken van markten voor zorg en welzijn. Hier ontbreekt de ruimte om die *in extenso* te etaleren ². Slechts enkele ervan worden aangestipt.

Formeel onderhandelen ziektekostenverzekeraars (namens zorgvragers) op dit moment al met zorgaanbieders over hoeveelheden en prijzen van zorgvoorzieningen. Van marktwerking is in de praktijk echter nog nauwelijks sprake. Bij artsen en apothekers rollen steevast de hoogste door de overheid toegestane tarieven uit de bus. Afsproken verpleegtarieven behoeven thans goedkeuring van het College tarieven gezondheidszorg. Zouden de bestaande prijsplafonds en goedkeuringsprocedures verdwijnen, dan zullen de zorguitgaven sterk stijgen, omdat op inkoopmarkten van zorg de aanbieders in het algemeen veruit de sterkste positie hebben. Oorzaken zijn onder andere asymmetrische informatie (aanbieders bepalen de vraag), het geringe aantal aanbieders (artsen), kartelvorming (huisartsen, medicijnen), regionale monopolies (streekziekenhuis) en een cultuur waarin partijen elkaar ontzien. Zolang de zorguitgaven voor vier vijfden collectief worden gefinancierd, dreigt dan ontwrichting van de overheidsfinanciën. Wentelen werknemers stijgende premies met succes af, dan drijft dit tevens de arbeidskosten op met schadelijke gevolgen voor de nationale economie. Beide standaardargumenten verklaren de bestaande overheidsbemoeienis met het zorgaanbod en de financiering van de zorg.

Een stelsel met vraagsturing brengt eveneens aanzienlijk hogere transactiekosten mee. Bij de overgang naar een vraaggestuurd systeem met nominale premies ervaren grote groepen huishoudens met een betrekkelijk laag inkomen een aanzienlijk koopkrachtverlies ³. Dit valt weliswaar goed te maken via compenserende fiscale maatregelen, zoals de SER heeft voorgesteld, maar koopkrachtreparatie vergt al snel een budgettair offer van zes miljard gulden en maakt de fiscale wetgeving bar ingewikkeld ⁴.

Voorstanders van vraagsturing lijken zich niet altijd te realiseren dat grote keuzevrijheid voor zorgconsumenten meebrengt dat slechts een betrekkelijk smal basispakket collectief en verplicht verzekerd kan zijn. Bij een breed verplicht pakket blijven immers minder opties over om uit te kiezen. Wie een breder pakket (dan het basispakket) wensen, zullen zich moeten bijverzekeren. Dit leidt in beginsel tot grote spreiding in premielasten.

Tenslotte laat vraagsturing zich niet verzoenen met de door de overheid tot nu toe nagestreefde beheersing van de totale zorguitgaven. Anders gezegd, de financiering van de zorg wordt een open-einderegeling tenzij de overheid bij het begin van een kabinetsperiode de maximale collectieve bijdrage in de financiering van het zorgstelsel vastlegt ⁵.

Het Budgettair Kader Zorg

Om de uitgaven voor het collectief gefinancierde deel te beheersen geldt sinds 1994 een plafond voor de totale zorguitgaven: het (netto) Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ omvat de uitgaven voor een pakket zorgvoorzieningen waarvan het kabinet vindt dat het voor iedereen toegankelijk moet zijn, ongeacht de financieringswijze - collectief of via een particuliere verzekering. Dit kader wordt bij de start van een kabinetsperiode politiek bepaald. Nadien worden de afgesproken bedragen in beginsel uitsluitend aangepast in lijn met de

prijsstijging van het bruto binnenlands product (bbp). De sector lijdt ruilvoetverlies wanneer de specifieke loon- en prijsstijging van zorgvoorzieningen de prijsstijging van het bbp te boven gaat. In het omgekeerde geval is sprake van ruilvoetwinst.

Volgens de door de ministerraad bekrachtigde spelregels dient tegenover iedere overschrijding van het budgettair kader in beginsel een compenserende ombuiging elders in de zorgsector te staan. Een onderschrijding van het kader, doordat de uitgaven achter blijven bij eerder opgestelde ramingen, schept daarentegen juist ruimte andere posten van het zorgbudget op te hogen. De zorgsector is één van de drie budgetdisciplinesectoren. De andere twee zijn de rijksbegroting en de sector sociale zekerheid. Deze sectoren zijn politiek afgebakend. Elke sector moet in beginsel de 'eigen broek ophouden'. De spelregels maken het mogelijk de ruimte die in de ene sector door uitgavenmeevallers ontstaat te gebruiken als compensatie voor overschrijdingen in een andere budgetdisciplinesector. Zoals [tabel 1](#) laat zien, is het BKZ na 1994 vrijwel voortdurend overschreden. Gemeten over twee kabinetperiodes cumuleren de overschrijdingen tot zeven miljard gulden. Zij zijn met instemming van de ministerraad weggestreept tegen grote meevallers op de rijksbegroting - vooral door lagere rentelasten - en bij de sociale uitkeringen - met name als gevolg van de lagere werkloosheid. Met enig kunst- en vliegwerk zijn de kabinetten-Kok er dusdoende in geslaagd, ondanks aanzienlijke overschrijdingen van het bkz, de totale collectieve uitgaven in het keurslijf van de regeerakkoordspraken uit 1994 en 1998 te persen.

Tabel 1. Groei zorgvolume en overschrijding BKZ

kabinetsperiode	1994-1998	1998-2002
volume groei conform regeerakkoord (in procenten per jaar)	1,3	2,3
werkelijke volume groei (in procenten per jaar)	2,0	3,0 à 3,5 ^a
overschrijding BKZ (miljard gulden)	4	3 ^b

a. Raming, wegens onzekerheid over de volumecomponent in 2001 en 2002.

b. Tot en met het jaar 2000 gaat het om 1,8 miljard. Dit bedrag loopt op tot circa drie miljard gulden als uitvloeisel van de besluitvorming over de *Voorjaarsnota 2001* (zie tekst).

Bron: *Miljoenennota 1998*, blz. 45; *Miljoenennota 1999*, blz. 64; *Miljoenennota 2001*, blz. 110.

Een andere begrotingsafspraken houdt in dat meevallers bij de inkomsten niet beschikbaar zijn om de uitgaven te verhogen. Brengen de premies voor de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de ziekenfondsverzekering (ZFW) meer op dan eerder was geraamd, dan kan de premie nadien in beginsel omlaag. Het alternatief is dat meevallende inkomsten worden toegevoegd aan het vermogen van het Algemeen Fonds (AWBZ) en de Algemene Kas (ZFW).

Overschrijdingen

In 1994 sprak het eerste kabinet-Kok af dat het volume van de verleende zorg in de periode 1995-1998 elk jaar opnieuw met 1,3 procent zou kunnen toenemen. Dit volume betreft zaken als het aantal bezoeken aan de arts, de productie van de ziekenhuizen, de hoeveelheid geslikte medicijnen en zo verder. Van meet af aan noemden veel deskundigen deze groeiëraming onrealistisch laag. Uiteindelijk is een volumegroei van twee procent gerealiseerd. Dit komt overeen met een overschrijding van het BKZ met circa twee miljard gulden. Daarenboven kon twee miljard gulden aan ruilvoetverliezen niet door compenserende ombuigingen worden goedge maakt. Bij de formatie van het tweede kabinet-Kok kwamen de regeringspartijen met elkaar overeen dat de hoeveelheid zorg in de periode 1999-2002 jaarlijks met 2,3 procent zou kunnen toenemen. Na 1998 is in de arbeidsintensieve zorgsector opnieuw sprake van ruilvoetverliezen. De prijzen van nieuwe medicijnen schieten veel sneller omhoog dan de prijs van het bbp (inflatie). Voor geavanceerde medische apparatuur en de bouwkosten geldt hetzelfde. De cao-lonen lopen in 2001 evenmin in de pas met de prijsontwikkeling van het bbp. In de eerste helft van de lopende kabinetperiode groeide het zorgvolume ongeveer een procentpunt méér dan het regeerakkoord uit 1998 voorziet. Eind vorig jaar stond de tot dat moment door het kabinet geaccepteerde overschrijding van de zorguitgaven al op 1,8 miljard gulden. Bij het overleg over de *Voorjaarsnota 2001* is daar in april jongstleden nog eens circa 1,2 miljard gulden bij gelegd. De totale overschrijding van het BKZ in de periode 1999-2002 van minimaal drie miljard gulden is wederom weggestreept tegen miljardenmeevallers in de andere twee budgetdisciplinesectoren. Deze handelwijze betekende de redding van de Zalmnorm. Zij was er mede de oorzaak van dat het aandeel van de collectief gefinancierde zorg in de totale uitgaven van de overheid en de sociale verzekeringen sinds het eind van de jaren tachtig is toegenomen van veertien procent tot negentien procent.

Baumol-effecten

In een klassiek geworden artikel suggereerde Baumol dat de verbetering van de arbeidsproductiviteit in dienstverlenende sectoren trendmatig achterblijft bij die in de industrie ⁶. Dienstverleners spiegelen zich echter wel aan loonstijgingen elders in de economie. Lopen hun arbeidskosten in de pas met die in de rest van de economie dan zal - omdat hun productiviteit minder toeneemt - de prijs van diensten sneller stijgen dan die van industriële producten. Om het aandeel van diensten in het bruto binnenlands product te handhaven, zal dan een steeds groter deel van het nationaal inkomen voor diensten moeten worden uitgetrokken. De overheid - inzonderheid de zorgsector - is bij uitstek vatbaar voor 'Baumol's disease'. Wordt zorg in verhouding tot veel andere producten steeds duurder, dan loopt de zorgquote op, tenzij de lonen van zorgverleners achterblijven (zoals in de jaren tachtig het geval was) of het aandeel van zorgdiensten terugvalt. De cijfers bevestigen de actualiteit van Baumol's hypothese.

Dalende productiviteit

In de afgelopen jaren is de arbeidsproductiviteit in de zorgsector sterk gedaald als gevolg van verkorting van de werkweek en forse personeelsuitbreidingen die de gematigde productiestijging verre overtroffen (zie [tabel 2](#)). Het CPB merkt op dat de cijfers mogelijk onvoldoende rekening houden met kwaliteitsverbeteringen door 'meer handen aan het bed'. De groei van het personeelsbestand vond echter primair plaats om de werkdruk van verplegend en verzorgend personeel te verlichten. Niet zozeer de kwaliteit van de zorg is verbeterd, als wel de arbeidsomstandigheden zijn veraangenaamd. Dit laat zich moeilijk anders duiden dan als een verminderde arbeidsproductiviteit. Het kabinet overweegt thans het uitgavenkader van de overheid en het BKZ voor de zorgsector jaarlijks op te plussen met het prijsbeloop van het bbp, aangevuld met een extra verhoging om rekening te houden met Baumol-effecten.

Tabel 2. Arbeidsproductiviteit (mutaties in procenten per jaar)

	1997	1998	1999	2000	2001
marktsector	1,8	2,0	1,7	2,2	1,5
zorgsector	-2,7	-3,9	-1,4	0,4	0

Bron: CPB, *Centraal Economisch Plan 2001*, blz. 93.

Investing of consumptie?

Sinds enige tijd duiden sommige politici uitgaven voor zorg en onderwijs stelselmatig aan als 'investeringen'. Zij leveren daarmee een bijdrage aan de vervuiling van onze taal. De bedoelde uitgaven vormen geen investeringen. In de Nationale Rekeningen staan zij als individuele consumptie door de overheid (uitkeringen in natura) te boek. Bij investeringen in de correcte betekenis van het woord gaat het om de aanschaffing van activa die langer dan een jaar in het productieproces worden gebruikt. Uiteraard dragen, behalve investeringen in materiële en immateriële activa, ook goed onderwijs en adequate gezondheidszorg bij aan het nationale productievermogen. Dat geldt echter evenzeer voor andere consumptiegoederen, zoals drinkwater en voedingsmiddelen. Zij voorzien in eerste levensbehoeften, maar dat maakt de aanschaf van de betrokken goederen niet tot investeringen.

In het geval van zorgvoorzieningen bestaat een bijkomend argument om van consumptie te (blijven) spreken. Meer dan veertig procent van de zorguitgaven komt ten goede aan 64-plussers, dus individuen die niet langer tot de potentiële beroepsbevolking worden gerekend. De zorguitgaven voor deze groep dragen dus niet bij aan de nationale productiecapaciteit.

Op weg naar een open einde?

Handhaving van een budgettair kader voor de zorguitgaven betekent - ook wanneer de jaarlijkse aanpassing van het kader wordt geamendeerd, bijvoorbeeld om rekening te houden met Baumol-effecten - dat een grens is gesteld aan de hoeveelheid zorg die collectief wordt gefinancierd. Dit noopt tot het maken van afwegingen, zoals in en buiten de collectieve sector gebruikelijk is. Naar verluidt willen sommige politieke partijen de zorguitgaven niet langer rijgen in het corset van een uitgavenkader. Die koersverandering deugt niet. Het is onduidelijk waarom juist de zorgsector boven de gangbare vormen van budgetdiscipline zou zijn verheven. Het argument dat bestaande wachtlijsten alleen langs deze weg kunnen verdwijnen overtuigt niet, omdat tegen wachtlijsten geen kruid is gewassen⁷. Bovendien kunnen uitgaven beneden het zorgplafond desgewenst worden herschikt ten gunste van sectoren met wachtlijsten. Het grootste bezwaar is dat de collectieve financiering van zorgvoorzieningen bij afwezigheid van een budgettair kader een open-einderegeling zonder weerga zou worden. Dit maakt beheersing van de collectieve uitgaven en een gematigde ontwikkeling van de arbeidskosten illusoir. Een makro-kader voor de collectief gefinancierde zorg is en blijft derhalve onmisbaar. Gegeven de afwezigheid van 'remgelden' (eigen bijdragen) maakt dit hoeveelheidsrantsoening onvermijdelijk.

Dossier Zorgvuldig vernieuwen

Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

De sturing: wie bepaalt?

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

Epiloog

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)

1 Ministerie van VWS, *Standpunten politieke partijen ten aanzien van het zorgstelsel*, Den Haag, januari 2001.

2 Zie voor een analyse het hoofdstuk Van aanbodssturing naar vraagsturing, in *Gezondheidszorg in tel 2001*, Prismant, Utrecht, 2000.

3 Als een rol blijft weggelegd voor particuliere ziektekostenverzekeraars, dan is er geen ruimte voor inkomensafhankelijke premies, behalve wanneer zij door de overheid worden geheven en hun opbrengst volgens een bepaalde sleutel aan verzekeraars wordt overgedragen.

4 Sociaal-Economische Raad (SER), *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, 2000, blz. 114 e.v.

5 Dit is zeker het geval in de SER-variant waarbij de overheid onvoorwaardelijk fiscale compensatie zou moeten bieden voor toekomstige stijgingen van de nominale ziektekostenpremie (van initieel circa 3500 gulden per verzekerde). Deze onrealistische 'oplossing' (SER, blz. 117) was nodig om instemming van de vakbeweging met het advies te verkrijgen.

6 W. Baumol, Macroeconomics of unbalanced growth, the anatomy of urban crisis, *American Economic Review*, nummer 58, 1967, blz. 415-426.

7 Wanneer er meer middelen beschikbaar komen, dan zullen mensen eerder voor een behandeling worden geïndiceerd. Dit illustreert nogmaals dat aanbod vraag schept in de zorgsector.