

CPB Document

No 007

juli 2001

Een scenario voor de zorguitgaven 2003 - 2006

Kees Folmer, Esther Mot, Rudy Douven (CPB)

Edwin van Gameren, Isolde Woittiez, Joost Timmermans (SCP)

m.m.v RIVM

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

Telefoon (070) 338 33 80
Telefax (070) 338 33 50
Internet www.cpb.nl

ISBN 90-5833-076-1

Inhoudsopgave

Ten geleide	5
1 Inleiding en samenvatting	7
1.1 Doelstelling en betekenis scenario	7
1.2 Samenvatting	9
2 Het recente verleden	13
3 Uitgangspunten van het scenario	17
3.1 Beleid	17
3.2 Demografie	20
3.3 Capaciteit/aanbieders	21
3.4 Technologie en sociaal-culturele trends	23
3.4.1 Algemeen	23
3.4.2 Cure	27
3.4.3 Care	30
3.5 Economie	33
4 Het basisscenario	35
4.1 Uitkomsten	35
4.2 Gevolgen voor de arbeidsmarkt	36
4.3 Van uitgangspunten naar uitkomsten	37
4.4 Uitkomsten per sector	39
5 Onzekerheidsvarianten technologie	41
5.1 Uitgangspunten	41
5.2 Resultaten	43
5.3 Gevolgen voor de vraag naar arbeid in de zorg	47
6 Beleidsvarianten en marktvarianten	49
6.1 Inleiding	49
6.3 Vervangen van het abonnementssysteem van huisartsen door betaling per consult ...	51
6.4 Wijziging van nacalculatie- en vereveningspercentages voor ziekenfondsen	53
6.5 Grotere gevoeligheid voor de premie van de ziektekostenverzekering	55
6.6 Afname van het aantal ziekenfondsen	56

Referenties 59

Abstract 61

Ten geleide

Dit document beschrijft een scenario voor de uitgaven in de gezondheidszorg in de periode 2003-2006, grotendeels gebaseerd op te verwachten ontwikkelingen in de vraag naar zorg. Dit scenario beoogt inzicht te bieden in het mogelijke verloop van de zorguitgaven in de komende kabinetsperiode. Een voorlopige versie van het scenario is gebruikt voor de "Boekhoudkundige berekening budgettaire ruimte 2003-2006"(CPB Document 3, juni 2001).

Gegeven de gekozen invulling van "ongewijzigd beleid", is het scenario de beste raming die we op dit ogenblik kunnen maken van de toekomstige zorguitgaven. Dit wil niet zeggen dat het ook de beste raming is van de *werkelijke* toekomstige zorguitgaven. De uiteindelijke zorguitgaven hangen mede af van politieke keuzen die waarschijnlijk zullen afwijken van onze invulling van "ongewijzigd beleid". Hoe deze invulling er concreet uit moet zien is niet steeds eenduidig vast te stellen. Daarnaast is de onzekerheid rond met name de invloed van medisch-technologische ontwikkelingen groot. Dat wordt nader in beeld gebracht middels gevoeligheidsanalyses. Tenslotte geven een aantal variantenanalyses inzicht in de mogelijkheden van beleidsmakers om de hoogte van de zorguitgaven te beïnvloeden.

Het scenario, de gevoeligheidsanalyse en de beleidsvarianten zijn opgesteld door het CPB en het SCP, met medewerking van het RIVM. De drie bureau's hebben elk vanuit hun eigen expertise aan de werkzaamheden bijgedragen. De coördinatie en eindredactie berustte bij het CPB.

Namens het CPB hebben aan het project gewerkt Esther Mot (projectleider), Kees Folmer, Rudy Douven, Ton Brouwer en Rocus van Opstal, namens het SCP Joost Timmermans, Edwin van Gameren en Isolde Woittiez en namens het RIVM Loek Stokx, Jean Takken en Anneke van den Berg Jeths.

F.J.H. Don, directeur CPB

P. Schnabel, directeur SCP

1 Inleiding en samenvatting

1.1 Doelstelling en betekenis scenario

Dit document beschrijft een scenario voor de groei van de zorguitgaven in de komende kabinetsperiode, gebaseerd op ontwikkelingen in vraag en aanbod en veronderstellingen over de invloed van technologie. Voor beleidsmakers kan het van belang zijn om over zo'n scenario te beschikken bij het vaststellen van de budgettaire kaders voor de komende kabinetsperiode. In het verleden waren de afgesproken groeicijfers voor de zorg vaak meer gericht op het behalen van budgettaire doelstellingen dan op een inschatting van de ontwikkelingen in de vraag en de mate waarin daaraan tegemoet gekomen zou moeten worden. De jarenlange pogingen tot beheersing van de uitgaven hebben waarschijnlijk wel een matigend effect gehad op het niveau van de uitgaven, maar hebben ook bijgedragen aan toenemende wachtlijsten en een weinig flexibele organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Recent is het proces in gang gezet om van aanbodsturing naar meer vraagsturing te komen in de zorg. Op dit ogenblik is er sprake van beleidsintensivering die zijn gericht op het aanpakken van de wachtlijsten en worden de sectorale budgetten anders gehanteerd. Zo kunnen ziekenhuizen bijvoorbeeld onder voorwaarden extra financiering krijgen, als ze kunnen aantonen dat extra productie wordt geleverd. Onder deze omstandigheden kan het van belang zijn om te beschikken over een scenario dat de invloed van vraag- en aanbodfactoren in beeld brengt.

Gegeven de nog toe te lichten invulling van “ongewijzigd beleid”, is het scenario de beste raming die we op dit ogenblik kunnen maken van de toekomstige zorguitgaven. Dit wil niet zeggen dat het ook de beste raming is van de *werkelijke* toekomstige zorguitgaven. De uiteindelijke zorguitgaven hangen mede af van politieke keuzen die waarschijnlijk zullen afwijken van onze invulling van “ongewijzigd beleid”. Vanwege het verzekeringskarakter, de aanwezigheid van informatie-asymmetrie en het belang van solidariteit wordt de afweging tussen kosten en baten van (hogere) zorguitgaven in het algemeen niet op het microniveau van de individuele consument gemaakt. Het gaat om een politieke afweging op macro-niveau. Er kan voor worden gekozen om de algemene welvaarts-groei ook te vertalen in een hogere kwaliteit en kwantiteit van de zorgvoorzieningen, los van de medisch-technologische ontwikkeling. Een dergelijke keuze is niet in het scenario verwerkt. Bij de concrete uitwerking van het uitgangspunt van “ongewijzigd beleid” blijkt wel dat het niet altijd eenvoudig is dat te operationaliseren.

Medisch-technologische ontwikkelingen leiden tot nieuwe mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Bij technologische ontwikkelingen is er een keuze in hoeverre deze worden toegelaten tot het verstrekkingspakket. Als alles wat medisch mogelijk is, ook bij iedereen wordt gedaan zou de groei wel eens heel hoog kunnen worden. In de raming is niet gewerkt met

zo'n "the sky is the limit"-scenario, maar er is wel plaats ingeruimd om aan nieuwe mogelijkheden tegemoet te komen. Het gezamenlijk effect van nieuwe technologie en sociaal-culturele trends op de zorguitgaven komt in het basisscenario uit op ongeveer 1,5% volume-groei per jaar. In hoofdstuk 3 wordt op de veronderstellingen over de invloed van technologie verder ingegaan.

Belangrijke factoren die de vraag naar zorg beïnvloeden zijn demografie, medisch-technologische ontwikkelingen, epidemiologie en sociaal-culturele trends. Aanbodfactoren zijn de beschikbaarheid van artsen, van (verplegend) personeel en van capaciteit van instellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, etc.). Zoals aangegeven is de vraagtoename door technologische ontwikkelingen en sociaal-culturele trends begrensd op 1,5%. De toename van de vraag op demografische gronden komt daar bovenop. De totale vraagtoename kan echter in het scenario alleen worden gehonoreerd voorzover het aanbod dit toelaat. Het is mogelijk dat er aanbodrestricties zijn die niet op de middellange termijn opgelost kunnen worden, zoals de achterblijvende ontwikkeling van het aantal huisartsen. Wat betreft de beschikbaarheid van voldoende personeel in de zorg zijn geen restricties opgelegd. De besluitvorming rond de Voorjaarsnota 2001 is in het scenario verwerkt. Deze omvat naast intensiveringen ter aanpak van de wachtlijsten in de zorg ook een pakket gericht op het oplossen van arbeidsmarkt knelpunten. Ondanks dit beleid bestaat er een risico dat niet voldoende personeel kan worden gevonden. In het basisscenario voor 2003-2006 wordt specifiek aandacht geschonken aan de gevolgen voor de arbeidsmarkt. Het beleid gericht op het aanpakken van wachtlijsten is verwerkt, maar er is geen veronderstelling gemaakt dat aan het begin van de scenario-periode alle reeds bestaande wachtlijsten zijn weggewerkt.

De genoemde vraag- en aanbodfactoren bepalen in belangrijke mate de uitkomsten van het scenario. Bij het opstellen van het scenario is gebruikt gemaakt van het Zorgmodel dat door CPB en SCP gezamenlijk is ontwikkeld. Het Zorgmodel is een economisch model waarin deze vraag- en aanbodfactoren grotendeels exogeen zijn.¹ Het gebruik van het model is nuttig om drie redenen. Ten eerste zijn in het model endogene doorwerkingen gemodelleerd. Zo zal toenemend tijdgebrek bij de huisarts leiden tot meer verwijzingen naar de fysiotherapeut. Ten tweede waarborgt het gebruik van het model de consistentie van de berekeningen. Ten derde kunnen met behulp van het model onzekerheidsvarianten en beleidsvarianten worden geanalyseerd: wat gebeurt er bij een grotere invloed van nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen of bij bijvoorbeeld de invoering van een eigen risico voor alle verzekerden? In hoofdstuk 6 worden verschillende beleidsvarianten gepresenteerd.

¹ Zie CPB/SCP (1999) voor een beschrijving van het model.

Omdat de exogene uitgangspunten zo belangrijk zijn voor de uitkomsten van het scenario en deze bovendien met onzekerheid zijn omgeven, wordt in dit document veel aandacht besteed aan de onderbouwing van deze uitgangspunten. Bovendien worden voor de meest onzekere factor, de invloed van medisch-technologische ontwikkelingen, twee alternatieve scenario's geschetst en wordt de gevoeligheid geanalyseerd van veronderstellingen over afzonderlijke aspecten van de technische ontwikkeling (zie hoofdstuk 5).

1.2 Samenvatting

De boven beschreven uitgangspunten leveren de volgende resultaten voor het basisscenario. Het volume van de zorg neemt jaarlijks gemiddeld met 2,5% toe over de periode 2003-2006 en de prijs jaarlijks gemiddeld met 3,3%. De totale uitgaven nemen daarmee jaarlijks gemiddeld met 5,9% toe. De invloed van vergrijzing loopt uiteen tussen sectoren. De invloed van bevolkingsgroei en vergrijzing samen is gemiddeld voor alle zorgsectoren dat een volumegroei van 1,1% per jaar nodig is, als gerekend wordt met vaste kostenprofielen voor iemand met een bepaalde leeftijd en geslacht. In het scenario is dus per saldo 1,4% volumegroei per jaar bestemd voor andere factoren, zoals medisch-technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele trends, ontwikkelingen in de capaciteit en afwijkingen van vaste kostenprofielen.

De volume-toename is ongelijk over sectoren verdeeld. Bij de genees- en hulpmiddelen is de groei hoog (volume +6,3% per jaar). Dit heeft te maken met een verwachte toename van de behoefte die deels samenhangt met het ter beschikking komen van nieuwe geneesmiddelen. Deze laatste factor leidt er ook toe dat de prijsstijging in deze sector relatief hoog is. De zogenaamde bijlage 1b-middelen, unieke middelen waar geen direct alternatief voor is, zijn gemiddeld veel duurder dan de 1a-middelen waar wel een alternatief voor is. Naast de toename van de behoefte aan geneesmiddelen leidt ook de afname van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking tot een toename van het aantal recepten. Dit is namelijk een reactie van de huisartsen op toenemende werkdruk.

In de sector 'ziekenhuizen en specialisten' is de groei hoog vergeleken met veel andere sectoren (volumegroei van 2,4% jaarlijks gemiddeld), omdat de toename van de behoefte door medisch-technologische ontwikkelingen zich voor een belangrijk deel in deze sector voordoet. Bij de huisartsen, tandartsen en paramedici is de groei niet zo hoog (+1% volume per jaar gemiddeld). Dit heeft te maken met het ontbreken van een technologie-impuls, een relatief bescheiden invloed van vergrijzing en het tekort aan huisartsen.

In tegenstelling tot wat verwacht zou worden gezien de vergrijzing, is de groei het laagst bij de "verpleeghuizen en verzorgingshuizen". Door het toenemend opleidingsniveau van ouderen neemt de voorkeur voor het wonen in verzorgingshuizen af. Dat is de belangrijkste reden van de lage groei in deze sector. Hierbij moet wel bedacht worden dat een effect kan optreden op

collectief gefinancierde regelingen buiten de formele zorgsector om. Bijvoorbeeld, wanneer ouderen langer zelfstandig blijven wonen, meer gemeentelijke voorzieningen gebruikt worden.

Bij de overige care-sectoren (GGZ, maatschappelijke zorg en gehandicaptenzorg) volgt uit de veranderende leeftijdsverdeling en de veranderingen in andere kenmerken van de vragers wel een groeiende zorgvraag. De groei van de vraag naar gehandicaptenzorg (+1,5% volume gemiddeld per jaar) hangt voor een belangrijk deel samen met de toegenomen levensverwachting van gehandicapten waardoor verzorging door de ouders moeilijker wordt. In de GGZ, maatschappelijke zorg en thuiszorg bedraagt de volumegroei gemiddeld 1,8% per jaar. Binnen deze sector groeit de thuiszorg relatief snel. Voor de GGZ geldt dat in het basisscenario de vraag naar intramurale voorzieningen vrijwel constant blijft, en de vraag naar extramurale zorg stijgt. Drijvende krachten hierachter zijn vooral het toenemend aandeel alleenstaanden en de verschuiving in de leeftijdsverdeling (afnemend aandeel jongeren).

De medisch-technologische ontwikkeling kan zowel leiden tot kostenbesparing als tot toename van de behoefte aan zorg door het ontstaan van nieuwe behandelmogelijkheden. Omdat de invloed van deze factor onzeker is, zijn gevoeligheidsanalyses gedaan. In een scenario met een grotere invloed van technologische ontwikkeling is de volumegroei gemiddeld 2,8% per jaar, dus 0,3% hoger dan in het basisscenario. De extra volumegroei door een grotere behoefte aan ziekenhuiszorg, medicijnen en hulpmiddelen wordt deels gecompenseerd door een verdere daling van de verpleegduur in dit scenario. De prijzen stijgen met 0,5% gemiddeld extra per jaar, waardoor de prijsstijging in de zorg op 3,8% komt. Deze prijsstijging is vrij hoog, vooral omdat is verondersteld dat de toename van de behoefte aan geneesmiddelen zich richt op middelen op bijlage 1b (unieke middelen), die gemiddeld veel duurder zijn dan de middelen waarvoor alternatieven beschikbaar zijn.

In een scenario met een geringere invloed van technologie is de gemiddelde volumegroei 0,4% lager (2,1% in plaats van 2,5%). In dit scenario is er geen invloed van een verandering in de verpleegduur, omdat het niet zinvol is de minimale verpleegduur uit het basisscenario te laten toenemen. Ook is de verandering in de behoefte aan nieuwe geneesmiddelen niet symmetrisch ingezet, omdat dat zou betekenen dat patiënten zouden moeten stoppen met nieuwe geneesmiddelen die ze nu al gebruiken. Het effect van een verandering in de behoefte aan geneesmiddelen is daarom kleiner in een scenario met minder invloed van technologie. Hierdoor is het neerwaartse effect op de prijs van geneesmiddelen in dit scenario veel kleiner dan het opwaartse effect in het technologie-intensieve scenario. De prijsstijging is in dit scenario 0,2% lager dan in het basisscenario (dus 3,1% gemiddeld per jaar). Per saldo nemen de uitgaven in het technologie-intensieve scenario met 0,8% gemiddeld extra per jaar toe en in het scenario met weinig technologie met 0,6% gemiddeld minder per jaar toe.

Met behulp van het Zorgmodel zijn zes varianten geanalyseerd: vier beleidsvarianten en twee varianten met wijzigingen die in de markt kunnen optreden. De invoering van een eigen risico

voor alle verzekerden van 100 euro leidt er toe dat in 2006 de uitgaven aan zorg wat lager zijn dan in het basisscenario (de waarde ligt 0,3% lager dan in het basisscenario). Als het abonnementssysteem dat nu bij huisartsen geldt voor ziekenfondsverzekerden wordt vervangen door betaling per consult zoals bij particulier verzekerden, dan nemen de uitgaven aan zorg per saldo toe (de waarde ligt 0,4% hoger dan in het basisscenario). Huisartsen reageren op de veranderende prikkel door meer te gaan werken en minder geneesmiddelen voor te schrijven. Als de prijsverhouding tussen unieke geneesmiddelen op bijlage 1b en clusterbare geneesmiddelen op bijlage 1a verder oploopt (van 17,5 in 2002 tot 44,5 in 2006) zijn de uitgaven aan zorg als geheel bijna 2% hoger in 2006 vergeleken met het basispad (dat wil zeggen de waarde in 2006 is 2% hoger).

De overige drie varianten hebben te maken met het gedrag van ziektekostenverzekeraars. Deze varianten worden alleen kwalitatief gepresenteerd omdat er onvoldoende empirische informatie is over doelmatigheidsinspanningen van verzekeraars en het effect daarvan. In de eerste variant wordt getoond hoe ziekenfondsen reageren op een wijziging in de nacalculatie- en vereveningspercentages in het budgetsysteem. In de variant nemen per saldo de doelmatigheidsinspanningen toe, waardoor de totale kosten afnemen. In de tweede variant wijzigen consumenten hun gedrag en gaan ze sterker reageren op premieverschillen tussen verzekeraars (mogelijk onder invloed van beleidsinspanningen). In dat geval zullen de premies dalen, evenals de winsten van verzekeraars, bij een gelijkblijvende schadelast. In de derde variant leiden ontwikkelingen in de markt tot fusies tussen ziekenfondsen waardoor het aantal ziekenfondsen afneemt. Investerings in doelmatigheid nemen dan toe door schaalvoordelen, waardoor de kosten van de zorg dalen. De concurrentie tussen verzekeraars neemt echter af. Door de lage prijselasticiteit van verzekerden stijgen per saldo de premies.

2 Het recente verleden

In dit hoofdstuk kijken we naar de ontwikkeling van de gefinancierde en feitelijke kosten in het afgelopen decennium. Hierbij besteden we niet alleen aandacht aan de waarde-ontwikkeling², maar voorzover mogelijk ook aan de uitsplitsing tussen een volume- en een prijscomponent.

Verder kijken we naar verschillen in ontwikkeling tussen sectoren.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de gefinancierde kosten tussen 1991 en 2001 naar compartiment van de gezondheidszorg. We zien dat deze kosten in de 10 jaar tussen 1991 en 2001 met ruim 14 miljard euro zijn toegenomen, dat is gemiddeld met 4,8 % per jaar. Tussen compartimenten loopt de waarde-ontwikkeling uiteen. Aangezien er nog wel eens gedeelten van het pakket overgeheveld zijn van het ene compartiment naar het andere (bijvoorbeeld de geneesmiddelen), zegt dit niet zo veel over de inhoudelijke besteding van het geld. Als we de periode 1991-2001 bezien dan valt een groeivertraging op in het eerste deel. Vanaf 1997 zien we hogere groeicijfers met een piek in 2001. Het aandeel van de gefinancierde kosten in het BBP stijgt eerst licht van 9,6% in 1991 naar 10% in 1993 en daalt vervolgens naar 8,7% over de periode 1998-2001.

Tabel 2.1 Gefinancierde kosten zorg naar compartiment, miljarden euro's

Financiering	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
AWBZ (incl. eigen bijdragen)	7,4	10,6	11,3	11,6	12,2	9,3	12,2	12,9	13,4	14,6	16,2
ZFW	7,9	6,9	7,2	7,5	7,4	9,9	10,4	11,0	11,9	12,6	13,6
Particulier	3,9	3,5	3,7	3,6	3,3	4,3	4,3	4,3	4,7	4,8	5,4
Overheid	2,5	2,5	2,6	2,5	2,7	2,7	1,4	1,5	1,6	1,8	1,8
Eigen betalingen overig (excl AWBZ)	2,0	2,0	1,8	1,7	1,5	1,5	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
Totaal	23,7	25,5	26,5	27,0	27,0	27,7	29,2	30,8	32,6	34,7	37,9
Waardemutatie totaal in %		7,3	3,9	2,1	0,2	2,5	5,4	5,3	5,9	6,5	9,2
Aandeel in BBP in %	9,6	9,9	10,0	9,7	8,9	8,8	8,8	8,7	8,7	8,7	8,7

Bron: Zorgnota, Financieel Overzicht Zorg, Voorjaarsnota 2001

Voor een splitsing van de waardemutatie tussen prijs en volume doen we een beroep op CBS-data (kosten en financiering van zorg). Deze gegevens sluiten qua indeling niet naadloos aan bij tabel 2.1. Het belangrijkste verschil is dat het CBS de verzorgingshuizen niet beschouwt als een onderdeel van de gezondheidszorg. Verder is de sectorindeling in de loop der tijd gewijzigd, zodat het niet altijd mogelijk is voor alle sectoren gegevens over alle jaren te verzamelen. Zie tabel 2.2.

² Hiermee wordt bedoeld de ontwikkeling in nominale bedragen, die niet zijn gecorrigeerd voor prijsstijging.

Volgens het CBS is de gemiddelde jaarlijkse waardemutatie tussen 1990 en 1999 ongeveer 5,3%,³, verdeeld over een gemiddelde volumemutatie van 2,5% per jaar en een gemiddelde prijsstijging van 2,7% per jaar. In dezelfde periode steeg het volume van het BBP met 3% per jaar, en de prijs van het BBP met 2% per jaar.

Tabel 2.2 Feitelijke kosten naar sector: volume en prijsmutaties in %

Volumemutaties	1990/95	1996	1997	1998	1999	1990/99
Ziekenhuizen en specialisten	1,5	1,0	0,6	1,4	1,0	1,2
Huisartsen, tandartsen, paramedici en ov. extramuraal	1,1	0,3	2,8	3,1	0,6	1,3
Genees- en hulpmiddelen	8,9	4,5	6,7	6,5	5,3	7,5
GGZ en maatsch. zorg (incl thuiszorg)				4,1	2,4	1,7
Gehandicapten en ov. extramuraal voorzieningen	1,4	1,3	1,5	1,4	1,3	1,4
Verpleeghuizen	1,8	2,7	2,2	2,0	2,5	2,1
Preventie, beheer, diversen	1,2	-0,8	-0,2	-0,6	2,4	0,8
Totaal	2,6	1,9	2,6	2,9	2,2	2,5
Prijsmutaties						
Ziekenhuizen en specialisten	3,3	2,8	2,6	3,9	4,3	3,3
Huisartsen, tandartsen, paramedici en ov. extramuraal	2,3	1,6	4,4	1,2	4,0	2,5
Genees- en hulpmiddelen	-0,2	-1,0	-2,5	4,1	2,0	0,2
GGZ en maatsch. zorg (incl thuiszorg)				2,5	3,0	3,2
Gehandicapten en ov. extramuraal voorzieningen	4,2	1,8	3,6	5,6	2,6	3,8
Verpleeghuizen	4,0	3,2	1,4	4,8	3,0	3,6
Preventie, beheer, diversen	2,6	1,2	2,1	2,5	3,0	2,4
Totaal	2,8	1,9	1,7	3,3	3,3	2,7

Bron: CBS, Kosten en financiering van de gezondheidszorg

De volumestijging loopt sterk uiteen tussen de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg. Tabel 2.2 onderscheidt zeven sectoren. Op een hoger aggregatie-niveau geldt de verdeling over drie sectoren: 'cure' en 'care' en overig. De laatste term, die onder meer preventie omvat, wordt deels uit de begroting van VWS gefinancierd. De 'cure' is de curatieve zorg bestaande uit de eerste drie sectoren uit de tabel: ziekenhuiszorg en specialistische zorg, eerstelijns curatieve zorg en genees- en hulpmiddelen. Bij de 'care' gaat het voor een belangrijk

³ Volgens de Zorgnota is de gemiddelde waardemutatie in die periode 4,6%. Een belangrijk verschil is dat in de CBS-cijfers voor kosten & financiering de verzorgingshuizen niet zijn opgenomen. Als we de verzorgingshuizen buiten beschouwing laten bij de Zorgnota-cijfers, resulteert een gemiddelde jaarlijkse waardemutatie van 4,8% voor de periode 1990-1999. Verder zijn er definitieverschillen tussen de CBS-cijfers en de Zorgnota: bij de eerste gaat het om feitelijke kosten en bij de tweede om gefinancierde kosten.

deel om verpleging en verzorging. Deze omvat de volgende drie sectoren uit de tabel: geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke zorg en thuiszorg, gehandicapten en overige extramurale voorzieningen en verpleeghuizen. Verzorgingshuizen zijn zoals gezegd niet opgenomen in de tabel, maar maken in het vervolg van dit document wel deel uit van de care-sector.

Met een gemiddelde volume stijging van 7,5% per jaar over de periode 1990-1999 springen de genees- en hulpmiddelen er echt uit; voor alle overige zorgsectoren ligt de stijging onder of rond de 2% per jaar. De prijsstijging is volgens het CBS bij de genees- en hulpmiddelen juist weer heel laag. In de betreffende periode is veel beleid gevoerd dat gericht is op uitgavenbeheersing bij de geneesmiddelen. Enkele belangrijke maatregelen waren gericht op de beheersing van de prijsontwikkeling: de invoering van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) in 1991, de 5%-prijsverlaging in 1994 en de inwerkingtreding van de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP) in juni 1996. In 1994 heeft de farmaceutische industrie toegezegd de prijzen met gemiddeld 5% te verlagen in ruil waarvoor de overheid afzag van het voornemen om de GVS-limieten met 15% te verlagen.⁴ Op grond van de WGP worden maximumprijzen vastgesteld voor een groot aantal geneesmiddelen waarbij de apotheekinkooprijzen in overeenstemming worden gebracht met het gemiddelde prijsniveau in Duitsland, Frankrijk, België en het Verenigd Koninkrijk. De lage prijsstijging voor geneesmiddelen hangt deels samen met deze beleidsmaatregelen.

Voor de meeste andere sectoren ligt de jaarlijkse prijsstijging tussen de 3 en 4%. De gemiddelde jaarlijkse prijsstijging voor alle zorgsectoren samen voor de periode 1990-1999 is 2,7%. De prijs van de zorg stijgt daarmee sneller dan de prijs van het BBP. Dit verschijnsel hangt onder andere samen met het zogenoemde Baumol-effect. Baumol (zie bijvoorbeeld Newhouse (2001)) stelt dat de prijs per eenheid product van arbeidsintensieve sectoren (zoals de zorg) sneller toeneemt dan die van minder arbeidsintensieve bedrijfstakken. Dit komt omdat de toename van de arbeidsproductiviteit (de productie per gewerkt uur) in de zorg geen gelijke tred houdt met de ontwikkeling van de loonkosten per gewerkt uur. Deze laatste is zowel voor de zorg als voor de rest van de economie veelal gebaseerd op de toename van de gemiddelde arbeidsproductiviteit in de hele economie⁵. Dit betekent dat zorg relatief duurder wordt 'per eenheid product'.

In de periode 1990-1999 compenseert de beperkte prijsstijging van geneesmiddelen het Baumol-effect zodat het 'ruilvoetverlies' (het verschil tussen de prijsstijging in de zorg en de prijsstijging van het BBP) beperkt blijft tot 0,7% per jaar.⁶

⁴ Van den Berg Jeths et al (1999)

⁵ In de periode 1990-1999 is de loonvoet van de zorg evenveel gestegen als de loonvoet in de marktsector.

⁶ Ideaal zou zijn om over een voor kwaliteitswijzigingen gecorrigeerde prijsontwikkeling te beschikken. Die hebben we helaas niet; de stijging van de prijs van nieuwe geneesmiddelen is een combinatie van een kwaliteitseffect en een puur prijseffect.

Volgens tabel 2.1 (gebaseerd op de Zorgnota) neemt het aandeel van de gefinancierde kosten in het BBP tussen 1991 en 2001 af. Dat geldt ook voor de periode 1990-1999: het aandeel zakt van 9,3% naar 8,7%. In eerste instantie lijkt dit in tegenspraak met de corresponderende CBS gegevens over de feitelijk kosten en het BBP: het volume van de kosten stijgt gemiddeld met 2,5%, de prijs met 2,7%, het volume BBP groeit met 3%, en prijs BBP met 2%. Deze schijnbare tegenstrijdigheid ontstaat doordat de gemiddelde jaarlijkse waardemutatie over 1990-1999 volgens de Zorgnota lager is (4,6%) dan volgens de CBS-cijfers (5,3%). Aangezien de kostenbegrippen verschillend zijn, zijn deze waardemutaties niet geheel vergelijkbaar.

3 **Uitgangspunten van het scenario**

In de inleiding is al aangestipt dat een aantal cruciale grootheden in het Zorgmodel exogeen is, dat wil zeggen: ze beïnvloeden de uitkomsten van het model, maar worden zelf buiten het model bepaald. Het model heeft dus informatie nodig over het toekomstige verloop van deze variabelen om zelf de ontwikkelingen in de zorg te ramen. Deze exogenen vallen in vier groepen uiteen: (i) demografie (bevolkingsgroei en vergrijzing); (ii) ontwikkelingen in de capaciteit van instellingen en aantallen zorgverleners: artsen, fysiotherapeuten, apothekers; (iii) medische technologie en sociaal-culturele trends en tenslotte (iv) lonen en prijzen. Daarnaast is van belang hoe het uitgangspunt van ongewijzigd beleid wordt ingevuld.

De ontwikkelingen in punt (i) en (iii) grijpen vooral aan op de behoefte aan zorg. Hieronder verstaan we de geobjectiveerde behoefte aan zorg zoals een deskundige die zou vaststellen. Gezien de informatie-asymmetrie tussen arts en patiënt gaan wij er van uit dat de behoefte in de cure voor een belangrijk deel wordt ingevuld op grond van adviezen van de arts. In de care kan dit anders liggen. De behoefte stuurt op zijn beurt weer de vraag aan, dat wil zeggen de vraag komt tot stand door rekening te houden met de behoefte en met eventuele financiële prikkels zoals eigen bijdragen. Het daadwerkelijk gebruik van zorgvoorzieningen is de resultante van interactie tussen vraag en aanbod. De rol van ontwikkelingen in de capaciteit is duidelijk: deze kunnen de groei van het zorgvolume beperken. Loon- en prijsontwikkelingen zijn van belang omdat deze onder andere de wijzigingen in de tarieven en budgetten aansturen.

Dit hoofdstuk bespreekt de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het verloop van deze exogenen in het basisscenario. Na de uitgangspunten van het beleid (paragraaf 3.1) komen achtereenvolgens de demografie (3.2), capaciteit van instellingen en aantallen zorgverleners (3.3), de invloed van technologie en sociaal culturele trends (3.4) en de invloed van de algemeen economische situatie op loon- en prijsontwikkelingen in de zorgsector (3.5).

3.1 **Beleid**

Bij het opstellen van het basisscenario is er van uit gegaan dat het verzekeringsstelsel de komende jaren niet verandert. Hetzelfde geldt voor de honoreringssystemen voor artsen en eigen bijdragen voor patiënten.⁷

⁷ Voor 2003 staat de invoering van de DBC's (diagnose-behandel-combinaties) gepland als honoreringssysteem voor ziekenhuizen en specialisten. Op dit ogenblik is onvoldoende empirische informatie beschikbaar om deze invoering gedetailleerd in de analyse mee te nemen. Zie ook paragraaf 3.4.2.

De aandacht in het beleid is verschoven van een relatief grote nadruk op uitgavenbeheersing naar meer nadruk op vraagsturing en terugdringen van de wachtlijsten. Het scenario sluit hierbij aan doordat geen maximale stijging van de budgetten wordt opgelegd die op grond van vooral financiële overwegingen tot stand is gekomen. De ontwikkeling van de zorguitgaven wordt voor een belangrijk deel bepaald door vraag- en aanbodfactoren. In het scenario worden de budgetten berekend op grond van het geraamde gebruik en de berekende ontwikkeling van de tarieven.⁸ Dit houdt in dat de werkwijze afwijkt van die bij eerdere middellange termijn verkenningen voor de zorgsector. Zo werd in de verkenning voor 1999-2002 gerekend met een toegestane (gebudgetteerde) volumegroei in de zorg van 1,3% per jaar.⁹

Vanwege de verschuiving in het beleid wordt de restrictieve invloed van beleid uit het verleden slechts ten dele naar de toekomst doorgetrokken. Dit gebeurt niet in de vorm van een maximale toegestane stijging van het budget, maar in de vorm van een correctie op de ontwikkelingen van de uitgaven zoals deze door andere factoren bepaald zou zijn. Met name wat betreft de invloed medisch-technologische ontwikkelingen op het gebruik van zorg biedt het uitgangspunt dat het beleid momenteel gericht is op meer vraagsturing in de zorg niet voldoende houvast om tot een kwantitatieve invulling te komen.

Om te beginnen is lang niet altijd voor de individuele consument/patiënt duidelijk wat de mogelijkheden zijn en waar men vraag naar zou kunnen uitoefenen. Daar is vaak specifieke medische expertise voor nodig. Verder, volgens het beginsel van 'de verzekering betaalt' zou de patiënt alle technische mogelijkheden wel willen benutten, behalve misschien als die benutting in aanzienlijke mate belastend is voor de patiënt. De afweging van stijgende premies voor de ziektekostenverzekering tegenover de inzet van meer technische mogelijkheden moet op macro-niveau plaatsvinden zolang uitgegaan wordt van solidariteit tussen verzekerden. Indien minder hoge eisen worden gesteld aan de solidariteit, zou iedere verzekerde zelf voor een meer of minder technologie-intensieve polis kunnen kiezen tegen bijbehorende premiehoogte. Uitgaande van ongewijzigd beleid wordt hier op macro-niveau over besloten. In paragraaf 3.4 wordt aangegeven hoe tot een begrenzing van de groei vanwege technologie wordt gekomen. Zoals in dezelfde paragraaf zal worden toegelicht, zijn er aanwijzingen dat het beleid de afgelopen periode een remmende invloed heeft gehad op de kostenstijgingen in de gezondheidszorg. Omdat de budgetten momenteel flexibeler worden gehanteerd, wordt in het basisscenario deze remmende invloed slechts voor een deel doorgetrokken naar de toekomst. In een meer technologie-intensief scenario verkennen we wat het beschikbaar komen van meer nieuwe technologische mogelijkheden voor gevolgen heeft.

⁸ De tarieven zijn zodanig berekend dat de kostprijsontwikkeling per eenheid product wordt gevolgd (zie 3.5).

⁹ Centraal Planbureau, Economische verkenning voor de volgende kabinetsperiode, Den Haag, november 1997. Zie ook Centraal Planbureau, Boekhoudkundige berekening budgettaire ruimte 1999-2002, Werkdocument no 94, mei 1997.

In het bijzonder bij de raming van de ontwikkeling van geneesmiddelenkosten is de reactie op nieuwe technologie van belang. Op dit terrein speelt immers enerzijds het op de markt komen van nieuwe en vaak dure geneesmiddelen en anderzijds de ontwikkeling van farmaco-economische methoden.¹⁰ Het is dan van belang of en onder welke voorwaarden de overheid deze geneesmiddelen tot het verzekerde pakket toelaat. Vooral bij echt nieuwe geneesmiddelen, die niet te clusteren zijn met bestaande middelen, is deze afweging belangrijk.¹¹ Als het clusteren wel mogelijk is, valt het middel onder het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) en dan geldt een vergoedingslimiet waarboven de patiënt moet bijbetalen. Aan deze bijbetaling is te ontkomen als de arts een goedkoper middel binnen het cluster voorschrijft. Bij niet-clusterbare middelen werkt dit mechanisme niet. Een belangrijk element in de beslissing of een middel wordt toegelaten tot het verzekerde pakket is of de meerwaarde van het middel opweegt tegen de extra kosten. Het beleid wat betreft de niet-clusterbare middelen kent de volgende uitgangspunten. In de toekomst zal gebruik worden gemaakt van farmaco-economische studies bij beslissingen over het toelaten van nieuwe middelen.¹² Momenteel is een ontwikkeling in deze richting gaande. Een beslissing over de toelating van een nieuw middel moet rusten op objectieve, verifieerbare criteria.¹³ Criteria die (in samenhang met elkaar) zijn gehanteerd bij eerdere beslissingen zijn:

- ernst van de aandoening waar het middel voor is bedoeld;
- beschikbaarheid van alternatieve geneesmiddelen;
- de therapeutische waarde van het middel;
- de doelmatigheid (de kosten in relatie tot de extra therapeutische waarde).

In de toekomst gaan wellicht ook nog andere criteria een rol spelen:

- kan het middel voor eigen rekening en verantwoording komen?
- aard van het klinisch effect (bv. gaat het om preventie, symptoomverlichting, genezing?)

Een dreigende overschrijding van het geneesmiddelenbudget blijkt in de praktijk niet voldoende reden om een middel niet toe te laten. In die zin is er sprake van een open-einde-regeling. Maar er is geen sprake van het toelaten van een nieuw middel onafhankelijk van de prijs ervan. Er vindt wel degelijk een afweging plaats van extra opbrengsten tegenover extra kosten. Als er een nieuw middel op de markt komt dat in beperkte mate beter presteert dan bestaande middelen en

¹⁰ Dit zijn methoden waarmee de kosten en opbrengsten van nieuwe geneesmiddelen gestructureerd in kaart worden gebracht en tegenover elkaar gezet. De opbrengsten van geneesmiddelen kunnen bijvoorbeeld worden uitgedrukt in gewonnen levensjaren, qaly's (quality adjusted life years) of geld (kosten-baten analyse).

¹¹ Als er een ander geneesmiddel bestaat dat wat betreft werking, bijwerkingen e.d. betreft veel op een bepaald geneesmiddel lijkt, kunnen deze in hetzelfde cluster worden ondergebracht ook al gaat het niet om dezelfde chemische stof.

¹² Zorgnota 2001

¹³ Notitie toelating nieuwe geneesmiddelen, ministerie van VWS, 13 december 1999

dat aanzienlijk duurder is, hoeft dat dus niet toegelaten te worden. Deze constatering is van belang voor het effect dat de introductie van nieuwe middelen kan hebben op de hoogte van de gemiddelde medicijnprijzen. De paragraaf over technologie (3.4) gaat hier verder op in.

Voor de beleidsuitgangspunten wordt verder aangesloten bij het CEP 2001 en de latere besluitvorming rond de Voorjaarsnota 2001. Er wordt structureel extra geld ingezet voor het aanpakken van wachtlijsten bij ziekenhuizen, in de verpleging en verzorging, bij de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. De eveneens structurele maatregelen om knelpunten op de arbeidsmarkt voor de zorg op te lossen, zijn verwerkt in de berekening voor het incidenteel loon in de zorgsector. Verplegende en verzorgende functies zullen beter worden beloond door introductie van een nieuw functiewaarderingssysteem en harmonisatie van beloningen. Verder wordt een groot aantal maatregelen genomen in de sfeer van functiedifferentiatie, onregelmatigheidstoelagen, stagevergoedingen, stagebegeleiding, kinderopvang, zorgverlof etc.

3.2 Demografie

De middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose 2000 is gebruikt. Met behulp van deze prognose en kostenprofielen uit "Kosten van ziekten 1994" is het effect van vergrijzing op het volume van het zorggebruik berekend in de cure-sector.¹⁴ Dit laatste per subsector en voor ziekenfonds- en particulier verzekerden afzonderlijk. Bij de berekening van het vergrijzingseffect in de cure moest er vanwege gebrek aan recente gegevens van uit worden gegaan dat het zorggebruik per hoofd in een leeftijd- en geslachtgroep gelijk blijft in de tijd. Op dit ogenblik zijn er geen gegevens beschikbaar om mogelijke verschuivingen daarin te analyseren. Wel zijn bij eerder onderzoek gevoeligheidsanalyses op dit punt gedaan.¹⁵ In de care is een andere methode gevolgd. Het effect van veranderingen in leeftijd wordt gesimuleerd op basis van verbanden op individueel niveau tussen de vraag naar zorg en achtergrondkenmerken van de vrager (waaronder leeftijd).¹⁶ In dit geval kunnen wel wijzigingen optreden in de zorgvraag van mensen met een bepaalde leeftijd, bijvoorbeeld omdat het opleidingsniveau verandert.

Het is interessant om de vergrijzingseffecten te berekenen die ontstaan bij vaste kostenprofielen, ook voor de care waar in het scenario niet met vaste kostenprofielen wordt gerekend. Uit de micro-analyse blijkt dan vervolgens welke afwijkingen hiervan optreden in de care. Ex-ante (voordat doorwerkingen in het model hebben kunnen plaatsvinden) geeft de bevolkingsgroei aanleiding tot een groei in de behoefte aan zorg van 0,6% per jaar over de

¹⁴ Zie Polder et. al. (1997)

¹⁵ Van Ewijk et al. (2000)

¹⁶ Zie voor een nadere uitleg van deze methode paragraaf 3.4.3

periode 2003-2006 en de vergrijzing tot een gemiddelde groei van 0,5% per jaar (uiteenlopend per sector, berekend op basis van vaste kostenprofielen voor de cure en de care). In tabel 4.1 is te zien hoe de sectoren van elkaar verschillen wat de invloed van vergrijzing op grond van vaste kostenprofielen betreft. Voor de geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang en gehandicaptenzorg is er een licht negatieve invloed van vergrijzing. De uiteindelijke invloed van vergrijzing in het scenario kan hier echter van afwijken, omdat de vraagraming in de care is gebaseerd op micro-analyses. Bij de demografische projecties wordt geen onderscheid gemaakt tussen gehandicapten en niet-gehandicapten. Het effect van de toegenomen levensverwachting van gehandicapten op de vraag naar zorg komt tot uitdrukking in de vraagraming voor de care-sector (zie paragraaf 3.4). Veranderingen in voorkeuren die er bijvoorbeeld toe leiden dat in de loop van de tijd minder mensen gebruik gaan maken van verzorgingshuizen komen aan de orde bij de sociaal-culturele trends.

In de curatief-somatische zorg is het effect van vergrijzing gemiddeld, bij de genees- en hulpmiddelen wat meer dan gemiddeld en bij verpleging en verzorging zoals te verwachten het grootst. Zoals hierboven aangegeven is dit alles berekend bij een vast kostenprofiel.

Er is bekeken hoe gevoelig de uitkomsten van het scenario zijn voor de keuze van de middenvariant van de bevolkingsprognose. Ook op deze relatief korte termijn is de gevoeligheid van de zorgraming voor de onzekerheidsmarges in de bevolkingsprognose niet onbelangrijk, zowel wat betreft het effect van de bevolkingsgroei als het totale vergrijzingseffect.¹⁷

3.3 Capaciteit/aanbieders

In het basisscenario is er geen vooraf bepaald budget dat de productie begrenst. Het is echter mogelijk dat er aanbodrestricties zijn die niet op de middellange termijn opgelost kunnen worden. In zo'n geval werkt het aanbod als restrictie op de vraag. Het gaat bij het aanbod zowel om de capaciteit in instellingen als om de beschikbaarheid van individuele aanbieders (artsen, paramedici ...) en de beschikbaarheid van (verplegend) personeel.

Voor de capaciteit van instellingen in de care zijn ramingen gemaakt op basis van ontwikkelingen in de periode 1996/1999 en van de voorziene groei in de capaciteit volgens de Zorgnota. Deze capaciteit groeit in het scenario in beginsel mee met de bevolking. Hierop bestaan twee uitzonderingen: verpleeghuizen groeien ook mee met de vergrijzing en de capaciteit van verzorgingshuizen neemt licht af. Dit laatste is een doorwerking van de daling van de vraag naar verzorgingshuizen. Daarnaast is voor een aantal care sectoren een autonome groeifactor toegevoegd om te zorgen dat in de periode 2003/2006 het gebruik minstens zo

¹⁷ Deze vergelijking is voor de hoge en lage variant bij de bevolkingsprognose 1998 gemaakt. Voor het effect van de bevolkingsgroei treedt een verschil van 0,2 tot 0,3% gemiddeld per jaar op en voor het vergrijzingseffect in 2004 tussen 0,05% en 0,2%.

hard groeit als de vraag, zodat de capaciteit niet als restrictie voor het gebruik fungeert. We gaan er vanuit dat de hiertoe vereiste uitbreiding nog binnen de scenarioperiode kan plaatsvinden.¹⁸ Op grond van het bouwprogramma gaan we er van uit dat het aantal ziekenhuisbedden ongeveer gelijk blijft.¹⁹ Dit blijkt in het scenario geen beperkende factor voor de vraag naar ziekenhuiszorg. Verder is verondersteld dat het aantal ziekenhuizen (algemeen, categoriaal, academisch) constant blijft gedurende de periode. Het aantal huisartsen en medisch specialisten in fte's is gebaseerd op de berekeningen die Nivel en Prismant voor het capaciteitsorgaan hebben gemaakt.²⁰ Volgens deze berekeningen groeit het aanbod van specialisten sneller dan de bevolking en het aanbod van huisartsen langzamer. Het aantal beschikbare artsen kan dus wel een restrictie zijn voor de groei in het zorggebruik. Gegeven de beperkte tijdshorizon van het scenario en de opleidingsduur van artsen is het niet aannemelijk dat deze restrictie door beleid kan worden opgelost.

Wat betreft de beschikbaarheid van voldoende personeel in de zorg hebben we geen restricties opgelegd. Weliswaar bestaat er een risico dat niet voldoende personeel kan worden gevonden, maar dit is moeilijk te kwantificeren. De mate waarin mensen kunnen worden gevonden hangt mede af van het effect van de voorgenomen beleidsinspanningen. In de Voorjaarsnota 2001 is een uitgebreid pakket opgenomen voor het oplossen van arbeidsmarkt-knelpunten in de zorg. Het effect hiervan valt niet precies aan te geven. Ter informatie zal bij de uitkomsten voor het scenario worden aangegeven hoeveel extra personeel nodig is.

Er is niet verondersteld dat in 2002 alle reeds bestaande wachtlijsten zijn weggewerkt. Zo'n veronderstelling is moeilijk te operationaliseren omdat wachtlijsten heel moeilijk te meten zijn. Zoals aangegeven is het recent voorgenomen beleid verwerkt dat is gericht op het aanpakken van wachtlijsten. Binnen de scenarioperiode wordt een ander uitgangspunt met betrekking tot wachtlijsten gekozen. Het gebruik van zorg wordt gestuurd door vraagfactoren, veronderstellingen over de invloed van technologie en niet op middellange termijn oplosbare aanbodrestricties. Dit betekent dat bij wel op middellange termijn oplosbare aanbodrestricties wordt uitgegaan van vergroting van het aanbod om wachtlijsten niet te laten oplopen binnen de scenarioperiode. Dit laat onverlet dat wachtlijsten kunnen oplopen door het begrenzen van de invloed van nieuwe technologie.²¹

¹⁸ Extra groei jaarlijks: psychiatrische ziekenhuizen: 1%, extramuraal gehandicapten : 1,1%, algemene instellingen gehandicapten : 1,1%, regionale instellingen voor beschermd wonen: 0,7%.

¹⁹ Zorgnota 2001, bijlagen

²⁰ Van der Velden et al. (2001)

²¹ Dit verschijnsel zou zich vooral kunnen voordoen bij de ziekenhuiszorg, bijvoorbeeld in de vorm van wachtlijsten voor het gebruik van de modernste medische apparatuur. Nieuwe technologie werkt voor een niet onbelangrijk deel door via nieuwe geneesmiddelen, waar geen sprake is van wachtlijsten door onvoldoende budget. Het gaat er bij geneesmiddelen alleen om of een middel tot het pakket wordt toegelaten of niet (hoewel het soms voorkomt dat nieuwe middelen in de beginfase niet in voldoende mate beschikbaar zijn voor alle patiënten, maar dat wordt niet veroorzaakt door onvoldoende budget).

3.4 Technologie en sociaal-culturele trends

3.4.1 Algemeen

De invloed van nieuwe medische technologie en van sociaal-culturele trends komt in één paragraaf aan de orde, omdat het bij het analyseren van de ontwikkelingen in de praktijk vaak niet mogelijk is om onderscheid te maken tussen beide. Een goed voorbeeld hiervan zijn anti-depressiva. De sterke toename die is opgetreden in het gebruik kan zowel samenhangen met de beschikbaarheid van veiliger middelen met minder bijwerkingen (het effect van technologische ontwikkeling) als met een grotere openheid over psychische problemen waardoor men makkelijker hulp vraagt (een sociaal-culturele factor).²² Daarnaast kunnen ook andere factoren een rol spelen, zoals de invoering van richtlijnen en protocollen.

Technologische ontwikkelingen vormen een belangrijke trend zowel zorginhoudelijk als in budgettair opzicht. De mate van voorspelbaarheid van deze trend is op lange termijn veel geringer dan bijvoorbeeld de vergrijzing: de ouderen van de niet al te verre toekomst zijn immers al geboren, nieuwe technieken bevinden zich voor een groot deel nog in een embryonaal stadium. Op de termijn van de komende vijf jaar doet dit probleem zich minder voor, maar geldt wel dat ontwikkelingen in de wetenschap en de praktische toepassingen daarvan geen gelijkmatig patroon vertonen. De ontwikkelingen kennen zowel sprongen als tijden van relatieve stilstand. De implementatie van nieuwe inzichten kan soms zeer snel gaan, soms gaan er decennia overheen voordat nieuwe kennis en nieuwe mogelijkheden ten volle worden benut. Het is dus moeilijk om aan te geven wanneer technische mogelijkheden daadwerkelijk toegepast zullen worden.

In het algemeen kan worden gesteld dat technologische ontwikkelingen kansen en mogelijkheden bieden om de productiviteit van werknemers te verhogen en om op betere en nieuwe manieren in de behoeften van consumenten te voorzien. In de gezondheidszorg zijn twee tegengestelde invloeden van technologie merkbaar. Aan de ene kant is er arbeidsbesparende technologische ontwikkeling waardoor bijvoorbeeld een bepaalde ingreep in een veel kortere tijd kan worden gedaan of zelfs niet meer noodzakelijk is (denk aan de verbeterde geneesmiddelen voor maagklachten). Dergelijke ontwikkelingen kunnen resulteren in kostendalingen. Aan de andere kant kan technologische ontwikkeling leiden tot het behandelen van aandoeningen die voorheen niet te behandelen waren of tot bijvoorbeeld het verbreden van het indicatiegebied van geneesmiddelen. In dat geval is er geen sprake van arbeidsbesparing of uitgavenreductie, maar juist van een toename van de uitgaven. Daar tegenover staan dan gewonnen levensjaren en/of een verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten. Winst in termen van levensverlenging levert op de langere termijn overigens het

²² Van den Berg Jeths et al (1999)

paradoxale effect op van het optreden van chronische niet-levensbedreigende aandoeningen waar nog geen genezende technieken voor beschikbaar zijn en wel een grote zorgbehoefte bij optreedt (al dan niet in termen van het inzetten van dure technologie).

Ondanks het feit dat deze verschillende effecten moeilijk kwantificeerbaar zijn, komt men in alle studies over dit onderwerp tot de conclusie dat de ontwikkeling van de technologie per saldo een opwaarts effect op de totale zorguitgaven heeft waarbij de kwaliteit van de zorg toeneemt.

Voor het beleid is het lastig anticiperen op de ontwikkelingen in de wetenschap en de praktische toepassingen daarvan. Maar het is wel duidelijk dat recent belangrijke kennisterreinen worden ontgonnen. De technologische ontwikkeling is bij uitstek een mondiaal proces van onderzoek en ontwikkeling. Het beleid van de Nederlandse overheid kan slechts een beperkte sturing geven aan nieuwe, juist gewenste of nog niet gewenste technologische ontwikkelingen. Wat natuurlijk wel kan is het maken van een afweging wat men tot het verstrekkingenpakket wil toelaten gegeven de meerwaarde en de kosten, zoals beschreven in paragraaf 3.1 op het punt van farmaco-economie.

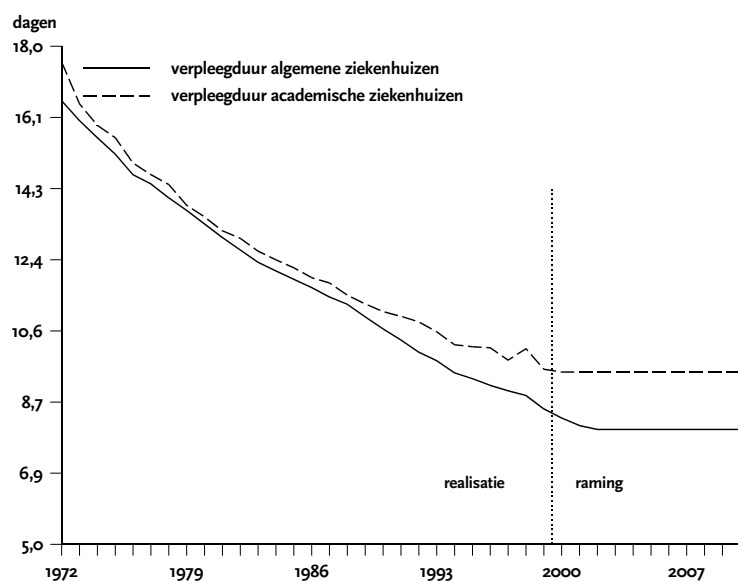
In het onderstaande komen achtereenvolgens aan de orde de arbeidsbesparende technologische ontwikkeling zoals die in het scenario is verwerkt, en de technologische ontwikkeling die leidt tot een toename van de zorgbehoefte. Wat betreft de laatstgenoemde vorm van technologische ontwikkeling wordt een analyse beschreven waaruit (met de nodige onzekerheden) het effect op de uitgaven in het scenario kan worden afgeleid.

De schattingen die ten grondslag liggen aan de empirische invulling van het Zorgmodel geven een indruk van de arbeidsbesparende technische ontwikkeling die zich in de afgelopen periode heeft voorgedaan. Bijvoorbeeld, in de periode waarover het model geschat is werd een afname van 1,9% per jaar gevonden van de benodigde tijd per verrichting voor specialisten.²³ Zo'n bevinding wil natuurlijk niet zeggen dat de trend ook doorgetrokken mag worden naar de toekomst. Er zijn aanwijzingen dat dit proces momenteel aanzienlijk langzamer verloopt.²⁴ In het basisscenario wordt ervan uitgegaan dat de daling in de benodigde tijd per verrichting voor specialisten vanaf 2003 afremt tot 1% per jaar. In het scenario zal de daling zich dus niet in dezelfde mate blijven voordoen. Een vergelijkbare ontwikkeling geldt voor de verpleegduur (zie ook figuur 3.1). Voor het verleden geldt een dalende trend van 2,3% per jaar. Het lijkt gezien de ontwikkeling van de afgelopen jaren onwaarschijnlijk dat deze daling zich zal kunnen voortzetten; met name in academische ziekenhuizen tekent zich nu al een stabilisatie af. In het scenario is voor de gemiddelde verpleegduur gerekend met een ondergrens van 8 dagen in algemene ziekenhuizen en van 9,5 dagen in academische ziekenhuizen. Dit betekent dat vanaf 2002 de gemiddelde verpleegduur niet verder daalt.

²³ Deze schatting betreft de periode 1981-1995.

²⁴ Prismant, Gezondheidszorg in tel 2001

Figuur 3.1 Verpleegduur, 1972-1999 (realisaties), 2000-2010 (raming)



De invloed van nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen op de vraag is moeilijk in te schatten. Daarbij doen zich twee vraagstukken voor. Ten eerste is de vraag welk deel van de toename van de zorgkosten in het verleden aan technologie valt toe te schrijven en ten tweede in hoeverre deze trend mag worden doorgetrokken. Uit studies van Cutler en Newhouse valt af te leiden dat ongeveer de helft van de groei in de zorguitgaven aan technologische ontwikkelingen is toe te schrijven.²⁵ Deze analyses hebben betrekking op de Amerikaanse uitgavenstijging over de periode 1940-1990, en leveren op dat een jaarlijkse stijging van 2,8% van de uitgaven aan de technologische vooruitgang is toe te schrijven. Een vergelijkbare analyse die door het CPB is uitgevoerd over de periode 1960-1997 komt uit op een gezamenlijke effect van technologie en sociaal-culturele trends op de vraag naar zorg van 1,8% per jaar (zie kader).²⁶ Overigens is het in dergelijke analyses niet eenvoudig om de invloed van de verschillende factoren precies van elkaar te scheiden. Zo is de schatting van het inkomenseffect weinig robuust.

²⁵ Cutler (1996) en Newhouse (1992)

²⁶ Tim van Spaendonck en Rudy Douven, *Uitgavenontwikkeling in de gezondheidszorg*, binnenkort te verschijnen CPB Memorandum

Invloed van trendmatige factoren op de zorguitgaven

Op het CPB is een analyse gemaakt van de groei van de reële uitgaven aan zorg (de nominale uitgaven gedeïflecteerd met de prijsindex van het BBP) in 18 OESO-landen voor de periode 1960-1997. Als verklarende factoren voor de hoogte van de reële uitgaven aan zorg zijn opgenomen: het effect van demografie inclusief een apart effect van vergrijzing, de groei van het inkomen per capita om te corrigeren voor verschillen in welvaartspeil tussen landen en de invloed van beleid. Het laatste effect is afgeleid uit het verschil in de uitgavengroei tussen de Verenigde Staten, waar slechts in beperkte mate een beleid van kostenbeheersing is gevoerd, en de andere OESO-landen, waar dit voor een deel van de onderzochte periode wel het geval is geweest. Voor Nederland wordt over de periode 1980-1997 een kostendrukkend effect van het beleid gevonden van gemiddeld 0,6% per jaar.

Uit de analyse volgt dat 2,3% reële uitgavengroei per jaar niet wordt verklaard uit bovengenoemde factoren, maar uit een "residuele trendterm". Deze term bevat een "ruilvoeteffect". Dit hangt samen met het eerder genoemde Baumol-effect (zie hoofdstuk 2). Het gewogen gemiddelde van loonkosten in de zorgsector en consumentenprijzen (exclusief medicijnenprijzen) is in Nederland in de periode 1970-1997 gemiddeld 0,5% per jaar harder gestegen dan de prijs van het BBP. De medicijnenprijzen worden hier even buiten beschouwing gelaten, omdat deze niet te maken hebben met het Baumol-effect, maar wel met de technologische ontwikkeling.

De resterende 1,8% trendmatige uitgavengroei per jaar is het gevolg van overige factoren. De belangrijkste hiervan is ongetwijfeld de technologische ontwikkeling, waardoor nieuwe behandelingen zijn mogelijk gemaakt. Deze hebben niet alleen geleid tot meer behandelingen (volumestijging) maar ook tot duurere behandelingen (prijsstijging). Daarnaast spelen sociaal-culturele trends een rol. Een precieze uitsplitsing naar beide onderdelen, en mogelijke andere factoren zoals ontwikkelingen in de capaciteit in de zorg, is buitengewoon moeilijk te maken.

De vervolgvraag is in hoeverre de geschatte trend uit het verleden iets zegt over de toekomst. Het basisscenario hanteert tot 2006 de geschatte reële trendmatige groei van 1,8%. Dit is exclusief het ruilvoeteffect, dat het Zorgmodel via de rekenregels voor de loon- en prijsaanpassing automatisch in de berekeningen meeneemt. In het kader van de veronderstelling van ongewijzigd beleid passen we in het basisscenario wel een correctie toe voor de remmende invloed van het beleid (zie ook paragraaf 3.1). Omdat in het beleid momenteel relatief minder gewicht wordt gegeven aan kostenbeheersing en relatief meer aan andere doelstellingen, is hiervoor slechts de helft van het geschatte effect genomen, ofwel 0,3% per jaar.

Voor de zorgsector als geheel resulteert in het basisscenario een gezamenlijk effect van technologie, sociaal culturele trends en beleid van 1,5% kostenstijging per jaar. Voor een aantal sectoren wordt het effect van technologie en/of sociaal culturele factoren apart becijferd op grond van specifieke overwegingen (zie hieronder). Voor de overige sectoren is dit effect moeilijk te kwantificeren. Daarom zijn deze sectoren ingevuld als een restpost, zodanig dat voor de totale zorgsector het bovengenoemd effect van 1,5% groei per jaar resulteert. In de volgende paragrafen worden deze sectorale verschillen nader uitgewerkt. In de raming voor de care speelt de medisch-technologische ontwikkeling geen rol van betekenis. Voor de invloed van sociaal-

culturele factoren in de care is niet alleen rekening gehouden met trends, maar ook en vooral met het effect van een veranderende samenstelling van de bevolking wat betreft opleiding, leefvorm e.d.

De onzekerheid die inherent is aan bovenstaande analyse rechtvaardigt het formuleren van in ieder geval twee onzekerheidsscenario's. In het ene scenario veronderstellen we een sterkere invloed van technologie, in het andere een minder sterke. Daarnaast is het van belang om inzicht te krijgen in de gevoeligheid van de resultaten voor afzonderlijke aspecten van de technologische ontwikkeling, bijvoorbeeld de ontwikkeling van de verpleegduur. Hoofdstuk 5 werkt dit verder uit.

3.4.2 Cure

Technologische ontwikkelingen in de cure kunnen zowel de behoefte aan zorg (en daarmee uiteindelijk ook het gebruik van zorg) als de prijs van zorg beïnvloeden. Bij de geneesmiddelen gaat het scenario er expliciet van uit dat door het gebruik van nieuwe middelen de gemiddelde prijs van medicijnen zal stijgen. In de overige cure-sectoren komt de medisch-technologische ontwikkeling in het scenario tot uitdrukking in stijgende volumes, niet in een toename van de prijzen. De volgende factoren zijn aangepast met het oog op technologische ontwikkelingen in de cure: de behoefte aan medisch specialistische zorg, de behoefte aan geneesmiddelen, de prijsontwikkeling van geneesmiddelen en de behoefte aan hulpmiddelen.

Door het ontstaan van nieuwe technische mogelijkheden neemt de behoefte aan medisch specialistische zorg jaarlijks toe met 2% bovenop het demografisch effect. Een zelfde aanname geldt automatisch voor de behoefte aan ziekenhuiszorg, omdat deze hieraan is gekoppeld. Merk op dat de combinatie van deze veronderstellingen met de indexatie van de budgetten aan de kostenontwikkeling sterk lijkt op een vorm van outputfinanciering. Hierdoor introduceren we een element van vraagsturing: een toename in de behoefte levert extra budget op. Verder anticipeert dit uitgangspunt enigszins op de introductie van zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) die naar verwachting in 2003 hun intrede zullen doen. Hoewel over het niveau van de bijbehorende productprijzen nog niets bekend is, ligt het wel voor de hand dat mutaties in productprijzen (i.c. budgetten) sterker zullen zijn gekoppeld aan veranderingen in productiekosten.

Voor de groei in de behoefte aan geneesmiddelen sluiten we in grote trekken aan bij trends uit het verleden. We baseren ons voor een belangrijk deel op een raming van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voor de geneesmiddelenkosten.²⁷ Op enkele punten wijken we van deze raming af, zoals hieronder nader wordt toegelicht.

²⁷ Zie brief van de heer Van Laarhoven van CVZ aan de heer Wever, directeur genees- en hulpmiddelenvoorziening bij VWS, MLT-raming genees- en hulpmiddelen 2001-2006, d.d. 19 april 2001. We hebben gebruik gemaakt van de zogeheten alternatieve raming van het CVZ, waarin expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen 1a- en 1b-geneesmiddelen.

De behoefte aan geneesmiddelen wordt binnen het Zorgmodel gemeten in aantallen voorschriften.²⁸ Een alternatief is om de zogenaamde Defined Daily Doses (DDD's) als eenheid te kiezen, omdat die een beter beeld geven van de werkelijke hoeveelheid geneesmiddelen die is afgeleverd. Dit sluit dan echter weer niet goed aan bij de berekening van de vergoeding voor de apotheker, die is gebaseerd op het aantal recepten.²⁹ Bij de presentatie van de resultaten, waarbij de uitgavenontwikkeling is opgesplitst in een volume- en een prijscomponent rekenen wij het volume van geneesmiddelen om naar DDD's.³⁰ Als in de tekst wordt aangegeven hoe de behoefte toeneemt, heeft dit betrekking op aantallen voorschriften.

De behoefte aan medicijnen neemt in het basisscenario jaarlijks met 4,6 % toe, inclusief de gevolgen van bevolkingsgroei en vergrijzing (1,1%). In de restcomponent van 3,5% zit een kleine bijdrage als gevolg van het groeiend aandeel niet-Westerse allochtonen in de Nederlandse bevolking. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat deze groepen per persoon meer geneesmiddelen gebruiken dan autochtonen.³¹ Onder de gehanteerde veronderstellingen leidt het toenemend aandeel allochtonen tot een extra volumegroei van 0,3% per jaar.³² De volumegroei in de behoefte die los staat van bevolkingsgroei, vergrijzing en veranderingen in de samenstelling van de bevolking bedraagt dus in feite 3,2% per jaar.

Het CVZ raamt een groeipercentage van 4,4% voor het volume van het totale gebruik. Hoewel dit niet goed vergelijkbaar is met onze raming van de behoefte³³, spoort de opsplitsing in een demografische (1,3%) en een overige ontwikkeling (3,1%) goed met de onze.

Behalve de mutatie in de behoefte aan geneesmiddelen is ook een raming nodig van de toekomstige ontwikkeling in de af-apotheekprijzen. Bij de prognose voor de WTG-middelen (Wet Tarieven Gezondheidszorg) onderscheiden we geneesmiddelen waarvoor een alternatief bestaat en die in clusters van vergelijkbare medicijnen zijn ingedeeld (de zogenaamde bijlage 1a middelen) en unieke medicijnen (de bijlage 1b middelen). Het is aannemelijk dat de 1b-geneesmiddelen niet sneller in prijs stijgen dan de 1a-geneesmiddelen maar dat hun gemiddelde

²⁸ Ook de geneesmiddelenraming van CVZ luidt in aantallen voorschriften voorzover het om volumes gaat.

²⁹ Bovendien is het niet mogelijk voor alle middelen aantallen DDD's te berekenen.

³⁰ Als dat achterwege zou blijven, zou de toename van het aantal DDD's per voorschrift (1,2% per jaar) in de geraamde prijsstijging belanden.

³¹ Mogelijk verschilt het gebruik van andere onderdelen van de gezondheidszorg ook tussen autochtonen en allochtonen. Op dit ogenblik beschikken we niet over voldoende informatie om hier ook correcties voor aan te brengen.

³² Omdat we geen gegevens hebben over de samenhang tussen etniciteit en vergrijzing is het slechts mogelijk een effect te berekenen voor het groeiend aandeel allochtonen door vereenvoudigende veronderstellingen te maken. Deze berekening is dus met de nodige onzekerheid omgeven. We zijn uitgegaan van een verhouding van 1,72 tussen de consumptie per hoofd van niet-Westerse allochtonen en die van autochtonen. We baseren ons hierbij op een samenweging van de resultaten van Reijneveld (2001) voor verschillende leeftijdsgroepen en herkomstlanden.

³³ Omdat ook eigen betalingen nog een rol kunnen spelen en de verdere endogene doorwerking van het model nog niet heeft plaatsgevonden.

prijs wel aanzienlijk hoger ligt. De mutatie in de prijs van WTG-middelen heeft zo dus twee oorzaken: een algemene prijsstijging, die we in navolging van het CVZ ramen op 3,3% per jaar, en de introductie van nieuwe, dure geneesmiddelen. Op basis van ontwikkelingen in het recente verleden als gevolg van de opening van bijlage 1b is met behulp van CVZ data berekend dat 1b-geneesmiddelen gemiddeld 15,5 maal zo duur zijn als de 1a-geneesmiddelen.³⁴ Omdat er nog sprake is van enige inhaaleffecten nemen we aan dat deze prijsverhouding in de periode tot 2002 nog oploopt tot 17,5 en daarna constant is. Dit kan bijvoorbeeld worden bereikt door toepassing van farmaco-economische beginselen. Dat wil zeggen: de overheid laat nieuwe middelen die niet voldoende 'value for money' bieden niet toe tot het pakket of de fabrikanten besluiten alsnog om de introductieprijs te verlagen.³⁵ Deze veronderstelling van een constante prijsverhouding vanaf 2002 vormt de voornaamste afwijking van de (alternatieve) CVZ-raming. Omdat deze vaste verhouding een belangrijke veronderstelling is, presenteren we in hoofdstuk 6 een beleidsvariant die een verdere oploop van deze factor toelaat.

De jaarlijkse groei van het aantal 1b-recepten heeft twee oorzaken: meer intensief gebruik van reeds toegelaten middelen en de introductie van nieuwe middelen. Deze laatste component zorgt jaarlijks voor 225.000 extra recepten. Dit aantal is gelijk aan de totale toename van het aantal recepten voor bijlage 1b middelen in 2002 ten opzichte van 1999³⁶. De rest van de groei schrijven we dan toe aan het meer voorschrijven van reeds in bijlage 1b opgenomen middelen. Onder deze veronderstellingen kunnen we een prijsmutatie voor de 1b-middelen berekenen. Deze bedraagt in de periode 2003-2006 gemiddeld 13% per jaar. Voor alle geneesmiddelen samen bedraagt de gemiddelde jaarlijkse prijsmutatie dan 5,5% (bij volume in voorschriften). De prijzen voor de geneesmiddelen stijgen daarmee veel sneller dan lonen, consumptieprijzen en de prijs van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Deze hoge prijsstijging door introductie van nieuwe geneesmiddelen is mede het gevolg is van een kwaliteitsverbetering. De prijsmutatie weerspiegelt dus een deel van de toename van de totale zorguitgaven dat het gevolg is van technologische ontwikkelingen. In de hiervoor besproken analyse van de rol van technologie bij de toename van de kosten van de gezondheidszorg wordt dit effect als een volume-effect gezien en komt het in de "residuele trendterm" terecht, die in het basisscenario op 1,5% per jaar is gesteld.

Bij de hulpmiddelen is het lastig om de toename van de behoefte uit te splitsen in een volume- en een prijscomponent. Een goed onderbouwde prijs voor hulpmiddelen is niet voorhanden. Enerzijds is de prijs van ingevoerde industrieproducten van belang (deze is in de

³⁴ De veronderstelling hierbij is dat de toename van het aantal 1b-recepten tussen 1999 en 2000 geheel is toe te schrijven aan nieuw toegelaten middelen.

³⁵ Uiteraard gaat het hierbij om een vereenvoudigende veronderstelling. Het valt niet aan te geven welke nieuwe middelen wanneer op de markt komen. In theorie is ook mogelijk dat er zoveel middelen op de markt komen die zo aanzienlijk beter zijn, dat de factor 17,5 omhoog zou moeten.

³⁶ De gevoeligheid van de resultaten voor deze veronderstelling is niet zo groot.

betreffende periode ongeveer stabiel) maar aan de andere kant zullen nieuwe dure hulpmiddelen een opwaartse druk op de gemiddelde prijs uitoefenen. We laten de prijs van hulpmiddelen per saldo meelopen met de consumentenprijsindex (1,9% prijsstijging per jaar). De ontwikkeling in de (medische) technologie bepaalt in sterke mate het verloop van de behoefte. De jaarlijkse stijging bedraagt 6,0%, inclusief demografie (1,4%).

3.4.3 Care

Het gebruik van AWBZ-gefinancierde voorzieningen wordt in hoge mate bepaald door ontwikkelingen in de vraag en door de mate waarin de overheid die vraag wenst te honoreren (Timmermans (2000)). Die ontwikkelingen in de vraag worden op hun beurt bepaald door een aantal sociale en culturele ontwikkelingen.

Gegeven deze verbanden zijn voor de care sectoren verklaringsmodellen ontwikkeld die gebaseerd zijn op microdata. De invloed van sociale en culturele ontwikkelingen is geschat door gebruik te maken van de door het SCP ontwikkelde micro modelbevolking. In het volgende wordt de aanpak per care sector (zorg voor ouderen, zorg voor gehandicapten en geestelijke gezondheidszorg) toegelicht. Daarnaast wordt ingegaan op de belangrijkste drijvende krachten achter de ontwikkelingen in de vraag naar diensten in deze sectoren³⁷.

Ouderen

Ouderen gaan op zoek naar hulp als hun fysieke of psychische beperkingen hen verhinderen de dagelijkse noodzakelijke activiteiten uit te voeren; deze beperkingen vormen dan ook de belangrijkste determinant van de vraag. Over de psychische beperkingen (bijvoorbeeld als gevolg van dementie) zijn geen eensluidende gegevens voorhanden, over fysieke beperkingen wel. Daarom is uit een maat van fysieke beperkingen en de determinanten van die beperkingen, zoals leeftijd, geslacht, samenstelling van het huishouden en opleidingsniveau, een maat voor de hulpbehoefte geconstrueerd (zie Woittiez et al. (2001)).

Indelingen naar leeftijd, geslacht en huishoudtype zijn samengesteld op basis van de middenvariant uit de Bevolkings- en huishoudensprognose 1995 (CBS)³⁸. Er is de komende vijf jaar sprake van vergrijzing, zelfs nog van een lichte dubbele vergrijzing (volgens middenvariant CBS-bevolkingsprognose neemt 65+ tot 2006 met 6% toe en 80+ met bijna 12%).

Wat betreft opleidingsniveau zal het aandeel ouderen met alleen lager onderwijs sterk afnemen, ten gunste van de aandelen van ouderen met middelbaar onderwijs (en in mindere mate hoger onderwijs). Het percentage 65-plussers met alleen lager onderwijs neemt af van 43% in 1995 naar 32% in 2006.

³⁷ In de care -sectoren is weinig technologische ontwikkeling die de vraag opdrijft.

³⁸ De bevolkingsprognose die is gebruikt voor de care ramingen is van oudere datum dan de raming die ten grondslag ligt aan het basisscenario omdat de micromodelbevolking nog niet is aangepast. Voor het verschil tussen beide demografische prognoses is gecorrigeerd.

De vraag naar diensten wordt behalve door de hulpbehoefte verder bepaald door de hulpbronnen waarover ouderen beschikken. De aanwezigheid van een partner die informele hulp kan geven is een voorbeeld daarvan maar ook het inkomen kan hiertoe gerekend worden; ouderen met hogere inkomens doen veel vaker een beroep op particulier betaalde voorzieningen, mede door de prijs (eigen bijdragen) van de AWBZ-gefinancierde zorgvoorzieningen.

Er lijkt zo weinig autonome verbetering in de inkomens van ouderen te zitten (CSED (1999)) dat er nauwelijks van een trend sprake is. De stijging in gemiddeld inkomen van ouderen is vooral een gevolg van het beleid om ouderen in gelijke mate in de welvaarts groei te laten delen.

Met andere determinanten wordt niet expliciet rekening gehouden omdat er geen trends van bekend zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor het effect van woningaanpassingen (via de Wet voorzieningen gehandicapten) en de bouw van aangepaste woningen (De Klerk et al. (2001)) op de vraag naar zorgdiensten. Ook de gevolgen van veranderingen in de leefstijl van ouderen zijn moeilijk aan te geven. Verder is niet bekend hoeveel ouderen die thans nog geen gebruik maken van voorzieningen dat wel zouden wensen; de wachtlijsten lijken voorsnog onvoldoende betrouwbaar om daaraan de onvervulde vraag te ontleen.

Gehandicapten

Bij de voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten is op soortgelijke wijze te werk gegaan als bij de hiervoor beschreven ouderenvoorzieningen.

De vraag naar voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten wordt begrensd door het aantal gehandicapten. De ontwikkeling daarin verklaart de vraag maar ten dele. De laatste tijd blijkt vooral de opvatting dat verstandelijk gehandicapten een zo normaal mogelijk leven moeten leiden bepalend. Door die veranderde opvatting worden steeds minder jeugdigen in tehuizen opgenomen en dienen volwassen gehandicapten op zekere leeftijd het ouderlijk huis te verlaten om zoveel mogelijk op eigen benen te staan.

Er zijn ook andere factoren die een rol blijken te spelen in de vraag naar diensten voor gehandicapten. Dat zijn de hulpbehoefte, de ernst van de handicap en voor de woonvoorzieningen het inkomen van de ouders. De hulpbehoefte neemt toe met de leeftijd van de verstandelijk gehandicapte. Verder, als de ouder/verzorger alleenstaand is, is de behoefte aan hulp groter. Licht verstandelijk gehandicapten oefenen minder vraag uit naar dagverblijven dan ernstig gehandicapten en meer vraag naar woonvoorzieningen, maar dan vooral de gezinsvervangende tehuizen. Omdat er geen eigen bijdragen geheven worden voor de dagverblijven spelen prijs en inkomen geen rol; bij de woonvoorzieningen is dat wel het geval.

De hiervoor genoemde determinanten zijn alle opgenomen in het ontwikkelde vraagmodel. Dat geldt niet voor de waarneming dat door krapte op de arbeidsmarkt en een verbeterde aansluiting van gehandicapten op de arbeidsmarkt (inclusief sociale werkvoorziening) het beroep op dagverblijven af kan nemen (zie De Klerk et. al. (2001)).

Het SCP beschikt over een raming van het aantal gehandicapten. Daaruit blijkt dat het aantal personen met een verstandelijke handicap licht zal afnemen (vooral het aantal ernstig gehandicapten), maar dat die gehandicaptenbevolking, door de verlenging van de levensverwachting, ouder wordt. Het aandeel 35-plussers stijgt van bijna 76% in 1996 naar bijna 85% in 2006. Wat de andere determinanten betreft wordt verwacht dat het aantal alleenstaande ouders licht zal toenemen evenals het aantal huishoudens waarin geen andere kinderen aanwezig zijn (beide stijgen met ongeveer 5% in 10 jaar). Het 'vergrijzingseffect' onder de verstandelijk gehandicapten werkt door in een stijging van de leeftijd van de ouders/verzorgers van de gehandicapten. Het aantal ouders/verzorgers met hoger onderwijs vertoont een licht oplopende trend, maar blijft erg laag (van 6% in 1996 naar 13% in 2006).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Determinanten van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg (zie CPB/SCP, 1999) zijn vooral geslacht (vrouwen maken meer gebruik van extramuraal zorg) en leeftijd (volwassenen tot 45 jaar maken meer gebruik van GGZ dan de oudere leeftijdsgroepen). De GGZ geldt als sector die ongevoelig is voor vergrijzing (CSED, 1999). Mogelijk zal dit in de toekomst veranderen onder invloed van nieuwe cohorten ouderen die al op jongere leeftijd meer gewend waren om gebruik te maken van de GGZ. Voor de periode 2003-2006 valt een dergelijke verandering nog niet te verwachten. De arbeidsmarktpositie is ook een belangrijke determinant, inactieven maken meer gebruik van de GGZ dan actieven. Verder maken alleenstaanden vaker gebruik. Meer bemiddelden gebruiken hun geld om de wachtlijsten te omzeilen; ze wenden zich tot vrijevestigde psychiaters. Een stijging in de welvaart leidt in dat geval tot een daling in de vraag naar RIAGG's.

De methode met analyses van determinanten op micro-niveau en een doorwerking daarvan in ramingen op macro-niveau is ook bij de GGZ toegepast. De micromodelbevolking is dezelfde als bij het ouderenmodel, alleen is voor de GGZ het relevante deel de volwassen bevolking (18-65 jaar). Op micro-niveau zijn de volgende determinanten meegenomen: demografische ontwikkelingen (leeftijd, geslacht, huishoudsamenstelling), stedelijkheidsgraad, inkomen, opleidingsniveau en arbeidsdeelname.

Trends in de indelingen naar geslacht, huishoudtype en leeftijd zijn samengesteld op basis van de middenvariant uit de Bevolkings- en huishoudensprognose 1995 (CBS). In de geslachtverdeling zal weinig veranderen. Onder huishoudtypen zijn wel trends te ontdekken. Het aandeel alleenstaanden neemt toe van 14% in 1996 naar 17,5% in 2006. In de leeftijdsverdeling neemt het aandeel van jongeren (18-35) af van 40 naar 33%, ten gunste van een stijging in de groep van 55-65 jaar van 14% naar 18%. Uit de Enquête Beroepsbevolking 1996 (EBB'96) is een indeling naar opleidingsniveau afgeleid. Het aandeel midden- en hoog opgeleiden neemt toe, ten koste van het aandeel zonder of met lage opleiding. Er is rekening gehouden met een toenemende arbeidsparticipatie, waarin zich wel stabilisatie aftekent

(Inkomenspanelonderzoek, SCP-voorspelling). Er wordt rekening gehouden met een lichte stijging van de verstedelijking (SCP-voorspelling), en tot slot wordt in de vraagraming rekening gehouden met een inkomensstijging gebaseerd op de middenvariant van de CBS-prognoses.

3.5 Economie

Het economisch beeld sluit aan bij de macro-economische uitgangspunten van de berekening van de budgettaire ruimte in het zogenoemde 'voorzichtige trendmatig groeiscenario'.³⁹ De contractlonen stijgen jaarlijks met 3½%. De incidentele loonontwikkeling in de zorg is jaarlijks 0,7%, hetgeen 0,2% meer is dan in de marktsector. De prijs BBP stijgt jaarlijks met 2¼% en de consumentenprijsindex met ruim 2%. De lange rente is 5%. Het volume van het BBP neemt ieder jaar met 2¼% toe, de werkgelegenheid in bedrijven met gemiddeld ¾% per jaar.

De tarieven, budgetten van specialisten, het niet productiegebonden budget van ziekenhuizen, budgetparameters en praktijkkosten worden geïndexeerd met de kostprijs. Deze kostprijs wordt per sector berekend als een gewogen gemiddelde van de loonvoet van de zorgsector en de consumentenprijsindex. Dit levert een prijsmutatie voor de totale zorg op van ruim 3,3%. Het capaciteitsgebonden budget voor algemene ziekenhuizen neemt bovendien extra toe met de veronderstelde stijging van de behoefte (2%). Hetzelfde geldt voor de budgetparameters van het productiegebonden budget en het budget per specialist.

Bij een toename van het inkomen moet onderscheid worden gemaakt tussen een micro-economisch en een macro-economisch effect op de zorguitgaven. Op micro-niveau geldt in de Nederlandse situatie dat de verzekering het grootste deel van de zorgkosten betaalt. Alleen bij eigen risico's of eigen bijdragen spelen inkomensoverwegingen een rol. Gezien het feit dat de inkomenselasticiteiten in het model klein zijn (ongeveer 0,1) valt slechts een bescheiden micro-economisch effect te verwachten. Macro-economisch gezien kan de invloed van inkomensontwikkelingen veel groter zijn (zie onder andere Getzen(2000) voor een discussie). Denkbaar is dat de toenemende welvaart als zelfstandige factor er toe leidt dat de Nederlandse bevolking meer aan zorg zal willen besteden (dus los van demografie, epidemiologie e.d.). Dit kan leiden tot een beslissing om de uitgaven voor de zorg te verhogen. Dergelijke effecten zijn niet in het scenario opgenomen, omdat het gaat om een zelfstandige politieke keuze.

³⁹ Jansen, Besseling en Huizinga (2001)

4 Het basisscenario

4.1 Uitkomsten

Tabel 4.1 geeft de resultaten voor het basisscenario dat is gemaakt op grond van de uitgangspunten uit Hoofdstuk 3. De gemiddelde volumegroei over de periode is 2,5% per jaar.⁴⁰ De gemiddelde jaarlijkse mutatie in de waarde is 5,9%; in reële termen (d.w.z. gedeïndexed met de BBP-prijs) bedraagt de groei 3,6%.

Tabel 4.1 Basisraming 2003 - 2006: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen

	volume bevolking	volume vergrijzing ^a	overig volume	totaal volume	prijs	waarde
Ziekenhuizen en specialisten	0,6	0,5	1,3	2,4	3,5	6,0
Huisartsen, tandartsen, Paramedici en ov. extramuraal	0,6	0,3	0,1	1,0	3,2	4,2
Genees- en hulpmiddelen	0,6	0,6	5,1	6,3	3,8	10,3
GGZ en maatschappelijke zorg (incl. thuiszorg)	0,6	0,1	1,1	1,8	3,1	5,0
Gehandicapten en overige extramuraal voorzieningen	0,6	-0,2	1,1	1,5	3,5	5,1
Verpleeg- en verzorgingshuizen	0,6	1,3	-1,0	0,9	3,4	4,3
Preventie, beheer en diversen	0,6	0,2	1,9	2,7	1,9	4,7
Totaal	0,6	0,5	1,4	2,5	3,3	5,9

^a Op basis van vaste kostenprofielen.

De laatste 3 kolommen geven de gemiddelde jaarlijkse mutaties in volume, prijs en uitgaven per sector. Er is een poging gedaan om de volumemutaties per sector toe te wijzen aan verschillende oorzaken. Dit is niet altijd goed mogelijk. Daarom hebben we de effecten van bevolkingsgroei en vergrijzing gelijkgesteld aan de invloed van demografie op de behoefte. Deze hoeft niet samen te vallen met de doorwerking op het gebruik (zie hieronder bij 4.3). De categorie overig volume bevat voor de care de afwijkingen tussen het vergrijzingseffect op basis van vaste kostenprofielen en de micro-analyses op grond van leeftijd, en verder alles wat geen demografie is: inkomensontwikkelingen, aanbodreacties, capaciteitsbeperkingen, sociaal/culturele trends, technologie, nominale ontwikkelingen.

De tabel laat zich nu als volgt lezen. De totale volumegroei voor de sector ziekenhuizen en specialisten komt uit op 2,4% per jaar (4e kolom). Uit kolom 1 t/m 3 blijkt dat dit percentage is opgebouwd uit 0,6% als gevolg van bevolkingsgroei, 0,5% door vergrijzing en 1,3% door overige

⁴⁰ De invloed van technologie manifesteert zich niet alleen in een toename van het volume, maar veelal ook een stijging van de kwaliteit. Dit laatste effect komt nu in de prijs terecht.

oorzaken (veelal technologie). De totale prijsmutatie is 3,5% per jaar (5e kolom). Dit leidt uiteindelijk tot een jaarlijkse toename in de uitgaven van 6,0% (laatste kolom). Het is ook mogelijk de tabel kolomsgewijs te lezen. De tweede kolom (vergrijzing) laat zien hoe het totale vergrijzingseffect (0,5%: onderaan) is samengesteld uit de vergrijzing in verschillende sectoren. In tegenstelling tot de getallen in de rijen, tellen die per kolom niet op tot het totaal: het onderste getal in een kolom (totaal) is steeds het gewogen gemiddelde van de groeipercentages per sector in dezelfde kolom.

Uit de tabel blijkt vooral dat gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 2,5% ongelijk is verdeeld over sectoren. Het zorgvolume van de verzorgings- en verpleeghuizen neemt met minder dan 1% per jaar toe, terwijl de genees- en hulpmiddelen jaarlijks met meer dan 6% groeien.

De gemiddelde jaarlijkse prijsstijging voor de hele zorg is 3,3%. Ook hier springen de genees- en hulpmiddelen eruit met een relatief hoge prijsstijging van 3,8%. Dit komt vooral door de relatief hoge prijzen van nieuwe geneesmiddelen op bijlage 1b. De gemiddelde jaarlijkse toename van de zorguitgaven bedraagt zo 5,9%.

Voordat we ingaan op de ontwikkelingen per sector, verdient één aspect nadere aandacht: hoe ontwikkelt de vraag naar arbeid zich in het basisscenario? Hierop gaat paragraaf 4.2 in. Paragraaf 4.3 bespreekt in het kort de werking van het model: hoe komt het Zorgmodel van een inschatting van de exogenen (demografie, zorgbehoefte, capaciteit, lonen en prijzen) tot een raming van de totale kosten? Deze uiteenzetting heeft zijn nut bij de bespreking van de uitkomsten per sector in paragraaf 4.4.⁴¹

4.2 Gevolgen voor de arbeidsmarkt

De werkgelegenheid in Nederland groeit in het voorzichtig trendmatig scenario met $\frac{3}{4}$ % per jaar. Wanneer het beroep van de zorg op de arbeidsmarkt sneller toeneemt dan de totale groei van de werkgelegenheid, kan een probleem ontstaan. Voor de goede orde: onder werkgelegenheid in de zorg verstaan we uitsluitend personen die zich specifiek met zorgtaken bezig houden (verplegend en verzorgend personeel en vrije beroepsbeoefenaren). Tabel 4.2 laat zien wat in het basisscenario te verwachten ontwikkelingen zijn.

⁴¹ De uitsplitsing van de waarde mutatie in een volume- en een prijscomponent volgens de standaard methoden levert in de zorg niet altijd bruikbare resultaten op (zie Newhouse (2001)). Dit omdat prijzen in de zorg vaak het karakter hebben van financieringstarieven of abonnementsvergoedingen. Dit probleem lijkt zich vooral bij huisartsen voor te doen. Daarom is daar de volumemutatie gebaseerd op veranderingen in het aantal contacten. De prijsverandering is berekend als restcomponent.

Tabel 4.2 Arbeidsvolume in de zorg: gemiddelde groei in het basisscenario in % per jaar

AWBZ sectoren, waarvan:	0,8
Verpleeghuizen	1,3
Verzorgingshuizen	-0,9
Thuiszorg	2,0
Tweede compartiment , waarvan:	1,8
Vrije beroepsbeoefenaren	0,8
Ziekenhuizen	2,0
Totaal, excl. vrije beroepsbeoefenaren	1,3

De gemiddelde vraag naar arbeid groeit met 1,3% per jaar zo'n 0,5% sneller dan de totale werkgelegenheid. De onderlinge verschillen zijn groot. De AWBZ sectoren vertonen een divers beeld; het totaal loopt ongeveer in de pas met de ontwikkeling van de totale werkgelegenheid. Bij verzorgingshuizen zien we een afname, mede als gevolg van een dalende vraag en in samenhang daarmee een afnemende capaciteit. De vraag naar arbeid in de thuiszorg groeit echter beduidend sneller. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen. Bij de vrije beroepsbeoefenaren is de mutatie in de aantallen huisartsen (0,1% per jaar) en tandartsen (-0,2% per jaar) ontoereikend om de bevolkingsgroei bij te houden⁴².

De totale vraag naar arbeid neemt in het basisscenario met een kleine 20.000 arbeidsjaren toe. Met name de ziekenhuizen en de thuiszorg moeten zich een extra inspanning getroosten om de toenemende vraag naar personeel te vervullen. Mocht het toch niet lukken om voldoende personeel te vinden, dan zijn vooral problemen te verwachten in de arbeidsintensieve subsectoren: ziekenhuis, thuiszorg en verpleeghuis. Daar zou de productie achter kunnen blijven door personeelsgebrek, waardoor de wachtlijsten toenemen. Ook bij RIAGG, regionale instellingen voor beschermd wonen en dagverblijven gehandicapten zouden zich problemen kunnen voordoen. Bij de bespreking van de onzekerheidsvarianten in hoofdstuk 5 komen we hier nog op terug.

4.3 Van uitgangspunten naar uitkomsten

Voor een goed begrip is het handig om te zien hoe de verschillende uitgangspunten doorwerken in het Zorgmodel.

De drijvende kracht achter de volumegroei in de cure sectoren is de ontwikkeling in de behoefte. Deze laatste volgt de bevolkingsgroei, vergrijzing en een trend die sociale en culturele veranderingen en de invloed van technologie weerspiegelt. Deze ontwikkelingen zijn besproken in hoofdstuk 3. De behoefte stuurt op zijn beurt de vraag aan. Wanneer er geen sprake is van eigen bijdragen (zoals voor ziekenfondsverzekerden) zijn behoefte en vraag identiek. Als er wel

⁴² Uitgedrukt in voltijdsequivalenten.

een systeem van eigen betalingen is (zoals voor de particulier verzekerden) zijn er vijf factoren die de vraag bepalen: de behoefte, het inkomen van de patiënt, het feitelijke tarief en twee kenmerken van het eigen bijdragesysteem: het bijbetalingspercentage en het maximum van de eigen bijdragen. Het vraagstelsel werkt zo dat wanneer het maximum van de eigen bijdragen groter is dan nul, de vraag kleiner is dan de behoefte. Eigen bijdragen remmen de vraag dus af (zie bijvoorbeeld Newhouse et al (1993), Van Vliet (1995)).

In de zorg zijn vraag en aanbod niet onafhankelijk. De voornaamste reden is dat de patiënt over onvoldoende kennis beschikt om zijn of haar eigen vraag exact te bepalen. De arts stelt dus in feite de vraag vast. Daarbij kan zij of hij het belang van de patiënt volgen, maar er is ook ruimte om eigen doelstellingen na te streven. Dit verschijnsel van supplier induced demand is in het Zorgmodel ingebracht door de arts te laten laveren tussen twee uitersten. Het ene extreem duiden we aan met de ethische optie; hierin is het belang van de patiënt de wet voor de arts. Het aanbod volgt in dit geval de vraag, en de arts is volkomen ongevoelig voor het inkomen dat wordt verdiend en de vrije tijd die ze overhoudt. Het andere uiterste is de financiële optie, waarin de vraag van de patiënt geen enkele rol speelt en het aanbod volgt uit de voorkeur van de arts voor inkomen en vrije tijd. In dit geval is de arts wel gevoelig voor financiële prikkels, maar zal hij niet reageren op veranderingen in de vraag. In werkelijkheid zal een arts zowel aspecten van ethisch als van financieel gedrag vertonen. In het model spelen dan ook beide aspecten een rol. Deze combinatie van een ethisch en een financieel aspect geldt voor alle vrije beroepsbeoefenaren: huisarts, tandarts, paramedicus en medisch specialist.

Een zelfde mechanisme werkt ook bij ziekenhuismanagers en apothekers, zij het op een iets andere manier. De ziekenhuismanager wil enerzijds voldoen aan de vraag, maar heeft ook te maken met budgettering en de financiële positie van de instelling. Managers van care instellingen doorlopen een vergelijkbaar beslissingsproces. Een apotheker kan het belang van de patiënt nastreven door het geneesmiddel met de hoogste kwaliteit af te leveren, ze kan ook (in beperkte mate) een alternatief medicijn afleveren waar ze meer aan verdient.

Tenslotte is op basis van onderzoek van Hutten(1998) een koppeling aangebracht tussen het model voor huisartsen en de deelmodellen voor paramedici en medicijnen. Een toename van de werkdruk bij de huisarts leidt tot meer verwijzingen richting fysiotherapeut en tot het uitschrijven van meer recepten.

Uit het bovenstaande zal het duidelijk zijn dat er verschil is tussen behoefte en vraag en tussen vraag en aanbod. Bovendien zijn er interacties tussen de verschillende sectoren. Het sterkst is dit aanwezig in de care sector. Iemand die is geïndiceerd voor een verpleeghuis, kan, bij onvoldoende capaciteit, doorschuiven naar een verzorgingshuis en zelfs naar de thuiszorg. Ook de inrichting van het zorgstelsel koppelt voorzieningen aan elkaar. De particuliere verzekering voor cure voorzieningen kent vaak een eigen risico dat geldt voor alle voorzieningen samen. Iemand die bijvoorbeeld in het ziekenhuis heeft gelegen en het maximum van de eigen bijdrage heeft bereikt, kan dus de rest van het jaar gratis gebruik maken van andere

voorzieningen die onder het zelfde eigen risico vallen. Dit stuwt de vraag naar die voorzieningen omhoog. Al deze onderlinge verbanden doorwerkingen komen weer aan de orde bij de interpretatie van de uitkomsten van de simulaties.

4.4 Uitkomsten per sector

Op grond van de analyses die zijn gemaakt over de invloed van technologie en sociaal-culturele trends op de behoefte aan zorg groeit het volume verreweg het snelst bij de genees- en hulpmiddelen, namelijk met 6,3% per jaar. Deze volumegroei is hoger dan alleen op grond van de mutatie in de behoefte te verwachten is. Door de afname van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking neemt de werkdruk toe; de reactie daarop is een toename van het aantal recepten. De totale uitgaven aan geneesmiddelen stijgen met 11% per jaar, die van de hulpmiddelen met 8%. Dit laatste groeipercentage spoort redelijk met de uitgavenramingen van het CVZ voor hulpmiddelen: 7,6% per jaar.

In paragraaf 3.4 is aangegeven dat de totale bijdrage van technologische ontwikkelingen en sociaal-culturele trends aan de jaarlijkse groei berekend is als 1,5% punt. Deze bijdrage komt voor een belangrijk deel door een toename in de behoefte in de sector ziekenhuizen en specialisten. De behoefte neemt als gevolg van technologische ontwikkelingen met 2% per jaar toe waardoor de groei in het volume van het gebruik relatief hoog is ten opzichte van de overige sectoren. De post overige factoren is voornamelijk het gevolg van ontwikkelingen in technologie. Dat uiteindelijk het volume met minder dan 2% extra toeneemt heeft er o.a. mee te maken dat specialisten zich niet alleen laten leiden door ontwikkelingen in de vraag van patiënten maar ook door hun eigen voorkeuren met betrekking tot inkomen en vrije tijd (zie paragraaf 4.3)

In de sector verpleging en verzorging, die volgens het scenario een bescheiden volumegroei van 0,9% kent, is de bijdrage van de vergrijzing relatief hoog, althans als deze bijdrage wordt berekend op grond van vaste kostenprofielen (bijdrage van 1,3%). De post 'overig volume' is echter negatief (-1%). Dit komt omdat de vraag naar verzorgingshuizen afneemt. Door een toename van het aantal relatief hoog opgeleiden onder de ouderen neemt de voorkeur voor het wonen in verzorgingshuizen af: de stijging van het opleidingsniveau blijkt één van de belangrijke determinanten van de afnemende vraag naar verzorgingshuizen. Hierbij geldt dat ouderen die liever niet in verzorgingshuizen willen wonen, waarschijnlijk een groter beroep doen op andere voorzieningen, bijvoorbeeld service-flats. De kosten die onder het Budgettair Kader Zorg vallen, worden door deze ontwikkeling gedrukt, maar elders kan het beroep op collectieve voorzieningen weer toenemen.

Bij de overige care-sectoren (GGZ, maatschappelijke zorg en gehandicaptenzorg) doet zich het omgekeerde verschijnsel voor. In deze sectoren is geen sprake van een vergrijzingseffect op basis van vaste kostenprofielen, maar uit de micro-analyse volgt dat de veranderende

leeftijdverdeling en de veranderingen in andere kenmerken van de vragers wel tot een groeiende zorgvraag leiden.

In alle drie gemodelleerde gehandicaptenvoorzieningen vertoont de vraag in het basisscenario een stijgend verloop. De belangrijkste drijfveer achter deze stijging is de toegenomen levensverwachting van gehandicapten. De stijgende levensverwachting betekent ook dat de ouders/verzorgers ouder worden en vaker alleen komen te staan. Dit vertaalt zich in een toenemende hulpbehoefte, die zich vooral openbaart in een stijgende vraag naar de algemene instellingen en in de dagbesteding, en minder bij gezinsvervangende tehuizen. Voor de GGZ geldt dat in het basisscenario de vraag naar intramurale voorzieningen vrijwel constant blijft, en de vraag naar extramurale zorg stijgt. Drijvende krachten hierachter zijn vooral het toenemend aandeel alleenstaanden en de verschuiving in de leeftijdsverdeling. Bij intramurale voorzieningen wordt de stijgende vraag afgeremd door een afname van het aandeel van jongeren (35-min).

De ontwikkelingen in de restsector preventie, beheer en diversen zijn voor een deel exogeen. De uitgaven aan preventie lopen mee met het totaal van de andere sectoren. Beheerskosten bestaan uit drie componenten: selectie- en doelmatigheidsinspanningen van verzekeraars en administratiekosten. De eerste twee hangen onder andere samen met de percentages die gelden voor nacalculatie en verevening, het aantal verzekeraars enz. De laatste post loopt mee met de uitgaven van de overige sectoren.

5 Onzekerheidsvarianten technologie

5.1 Uitgangspunten

Gezien de eerder beschreven onzekerheid over de invloed van technologie hebben we twee varianten doorgerekend met verschillende technologie-veronderstellingen voor de cure. Het gaat om een meer technologie-intensieve variant en een minder technologie-intensieve variant. In de meer technologie-intensieve variant speelt zowel arbeidsbesparende als kostenverhogende nieuwe technologie een grotere rol. Op voorhand staat dus niet vast dat deze variant duurder is dan de basisraming.

De gevoeligheidsanalyse heeft betrekking op de volgende aspecten van de technologische ontwikkeling: de behoefte aan medisch specialistische zorg, de behoefte aan genees- en hulpmiddelen, de benodigde tijd per verrichting voor specialisten en de minimale verpleegduur. In tabel 5.1 worden de wijzigingen in de uitgangspunten voor de technologie-varianten samengevat. In de volgende paragraaf wordt ook het effect aangegeven van wijzigingen in elk van deze uitgangspunten afzonderlijk. Let wel: het gaat hier om een gevoeligheidsanalyse om de invloed van exogene ontwikkelingen nader te duiden en niet om beleidsopties.

In de variant met relatief weinig technologische ontwikkeling is de minimale verpleegduur niet hoger dan in de basisraming. Dat heeft geen zin omdat het opgelegde minimum al voor 2003 is bereikt. De varianten zijn dus niet symmetrisch om de basisraming heen. Dit geldt nog sterker voor geneesmiddelen. Daar uit meer technologie zich vooral in meer nieuwe geneesmiddelen. Bij minder technologie is er geen spiegelbeeldige daling van het gebruik van nieuwe geneesmiddelen die nu al in gebruik zijn.

De toename in de behoefte aan medicijnen als gevolg van ontwikkelingen in technologie komt vooral door de introductie en verbreiding van nieuwe geneesmiddelen. Een bijzondere rol spelen hierbij de medicijnen waarvoor geen alternatief beschikbaar is (de zogenaamde bijlage 1b middelen). In de beide onzekerheidsvarianten concentreren we ons op de invloed van de middelen op bijlage 1b, omdat veranderingen hierin ook de gemiddelde prijs van medicijnen beïnvloeden. In de bespreking van het basisscenario is uitgelegd dat het volume van deze groep jaarlijks met hetzelfde percentage toeneemt als de bijlage 1a-middelen. Verder laat het basisscenario per jaar 225.000 nieuwe recepten toe voor middelen die voor het eerst beschikbaar komen. Dit aantal komt overeen met de totale groei van alle bijlage 1b middelen in het jaar 2000. De veronderstelling is nu dat de extra toename in de behoefte in de variant met veel technologie geheel voor rekening komt van deze middelen op bijlage 1b: extra nieuwe middelen worden toegevoegd en het gebruik van reeds toegelaten medicijnen neemt verder toe. De introductieprijs van nieuwe geneesmiddelen is (veel) hoger dan de gemiddelde prijs per voorschrift voor alle andere medicijnen. Meer technologie betekent dus ook: een hogere gemiddelde prijs per voorschrift.

Het minder technologie intensieve scenario betekent voor de geneesmiddelen een lagere kwaliteit van nieuwe middelen, een lagere prijs en minder gebruik. Een manier om dit vorm te geven is de gemiddelde groei in de behoefte af te remmen en de prijzen minder snel te laten stijgen. Deze benadering heeft echter een element van willekeur in zich, omdat niet duidelijk is hoeveel de ontwikkeling in behoefte en prijzen af zou moeten wijken van die in het basisscenario. Daarom hebben we gekozen voor een meer specifieke invulling, zonder daarmee te pretenderen dat het zo werkt en niet anders.

We laten de introductie van nieuwe middelen in hetzelfde tempo verlopen als in het basisscenario: 225000 recepten per jaar. Het totale gebruik van bijlage 1b middelen neemt echter niet toe. Dit is zoals gezegd niet het gevolg van beleidsmaatregelen, maar ligt aan het soort middelen dat op de markt komt en de kwaliteit ervan. Er kan bijvoorbeeld een verschuiving optreden van bijlage 1b naar bijlage 1a. Het doel van het scenario is immers niet om aan te geven hóe een en ander in zijn werk gaat, maar wat de gevolgen zijn áls het gebeurt. De gemiddelde volumegroei voor alle geneesmiddelen samen zakt in dit scenario terug van 5,3% naar 4,8%. De gemiddelde prijsstijging per recept zal ook iets lager uitpakken dan in het basisscenario, omdat het aantal (goedkopere) middelen op bijlage 1a wel toeneemt. Door het scenario op deze wijze te formuleren blijkt dat een verdere daling van de gemiddelde groei op grond van de ontwikkeling van 1b-middelen alleen is te realiseren wanneer het gebruik van nieuwe geneesmiddelen zou afnemen.

De behoefte aan medisch specialistische zorg, genees- en hulpmiddelen neemt toe onder invloed van nieuwe technologie. Dit leidt naar verwachting tot hogere kosten. Daarnaast is er een ontwikkeling waardoor de tijd per verrichting voor specialisten afneemt. Deze tijdsbesparing leidt niet tot lagere kosten, maar tot een hogere productie per gewerkt uur.

Een ontwikkeling die wel kostenbesparend is, is de daling van de gemiddelde verpleegduur per opname. We gaan er vanuit dat het tempo van de daling onafhankelijk is van technische ontwikkelingen, maar dat de minimale verpleegduur die bereikt kan worden daalt bij een technologische vooruitgang.

De verwachting is dus dat in de extra technologie-intensieve variant de kosten zullen toenemen, waarbij de stijging (gedeeltelijk) wordt afgeremd door een daling in de gemiddelde verpleegduur. In de minder technologie-intensieve variant verwachten we een daling van de totale kosten.

Tabel 5.1 Uitgangspunten technologie varianten, gemiddelden per jaar voor 2003 – 2006

	eenheid	basispad	technologie +	technologie –
behoefte medisch specialistische en ziekenhuiszorg (bovenop demografie)	% per jaar	2,0	3,0	1,0
tijd per verrichting voor medisch specialisten	% per jaar	– 1,0	– 1,5	– 0,5
minimale verpleegduur algemene ziekenhuizen	dagen/opname	8,0	7,5	8,0
minimale verpleegduur academische ziekenhuizen	dagen/opname	9,5	9,0	9,5
behoefte geneesmiddelen in voorschriften	% per jaar	4,6	5,6	4,2
mutatie geneesmiddelenprijzen	% per jaar	5,4	7,3	4,8
behoefte hulpmiddelen	% per jaar	6,0	7,0	5,0

5.2 Resultaten

Voor iedere variant presenteren we volume- en prijseffecten. Tabel 5.2 bevat de uitkomsten voor de volumegroei in de variant met meer technologie. De opzet is als volgt. De eerste kolom bevat de groeipercentages van het zorgvolume uit de basisraming. De tweede tot en met de zesde kolom geven wat de bijdrage is van de verandering in één specifieke factor. De laatste kolom geeft de som van alle extra volumegroei in de meer technologie-intensieve variant.

Tabel 5.2 Meer intensieve technologie variant, gemiddelde volumegroei per jaar in % per sector

	basis scenario	extra groei behoefte			extra afname per verrichting	afname minimale verpleegduur	totaal extra volume mutaties
		zkh en spec.	medicijnen	hulpm.			
Ziekenhuizen en specialisten	2,4	0,8	0,0	0,0	0,1	– 0,6	0,3
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genees- en hulpmiddelen	6,3	0,0	0,8	0,2	0,0	0,0	1,0
AWBZ	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	– 0,0	0,0
ZFW en particuliere verzekering	3,3	0,4	0,2	0,1	0,0	– 0,3	0,4
Totaal	2,5	0,3	0,2	0,0	0,0	– 0,2	0,3

Uit de tweede kolom blijkt dat de extra groei in de behoefte aan ziekenhuis- en specialistische zorg van 1% per jaar het gebruik met 0,8% extra doet toenemen. Hoewel de budgetten voor ziekenhuizen en specialisten evenredig stijgen, is de doorwerking niet volledig omdat de specialisten zich niet alleen laten leiden door de ontwikkeling van de vraag, maar ook door hun eigen voorkeuren. Verder is er een klein positief effect op de thuiszorg (niet afzonderlijk

ogenomen in de tabel) vanwege de toename in het aantal opnamen. Dit betekent dat meer ontslagen patiënten een beroep doen op de thuiszorg.

Conform de verwachting leidt een extra toename van de behoefte aan medicijnen en hulpmiddelen tot een groei in het zorgvolume. Deze extra groei treedt vrijwel uitsluitend op in de sector zelf. Er is een bescheiden positief effect op de groei in de andere curatieve sectoren. Een toename in de kosten van geneesmiddelen (zie ook tabel 5.3) leidt er toe dat de particulier verzekerde patiënt sneller het eigen risico volmaakt. Dit stuwt de vraag naar andere voorzieningen die via dezelfde polis lopen iets op. De extra daling in de tijd per verrichting voor medisch specialisten genereert een iets hogere groei in de sector. Het effect is beduidend minder dan de tijdwinst van 0,5%. Dit komt omdat de medisch specialist twee functies vervult: hij is ondernemer en zorgverlener tegelijk. Als ondernemer reageert hij op een toename in het tarief door zijn productie te verhogen, als zorgverlener constateert hij dat de vraag van de patiënt niet is veranderd.

Tot nu toe kwam de kostenverhogende technologie aan de orde. Er is ook een verandering die kostenbesparend werkt: de extra daling van de gemiddelde verpleegduur. Hoewel dit effect alleen de eerste twee jaren speelt, omdat in 2005 het nieuwe minimum is bereikt, compenseert het toch een belangrijk deel van de toename in het zorgvolume. De totale extra groei blijft zo beperkt tot 0,3% punt.

Niet alleen volumes ontwikkelen zich anders bij een meer intensieve technologische veranderingen: ook de mutaties in de prijzen volgen een ander pad. Tabel 5.3 laat dit zien.

Tabel 5.3 Meer intensieve technologie variant, gemiddeld effect op de prijs per jaar in %, per sector

	basispad	extra groei	behoefte		afname	totaal
					minimale	prijs
					verpleegduur	mutatie
		zkh en spec.	medicijnen	hulpmiddelen		
Ziekenhuizen en specialisten	3,5	0,4	0,0	0,0	0,5	0,8
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genees- en hulpmiddelen	3,8	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5
AWBZ	3,3	0,0	0,0	0,0	-0,0	0,0
ZFW en particuliere verzekering	3,5	0,2	0,4	0,0	0,3	0,9
Totaal	3,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,5

Omdat het effect van een extra afname in de tijd per verrichting voor medische specialisten op de prijsontwikkeling zeer gering is, is de betreffende kolom in tabel 5.3 weggelaten. In vergelijking met het basisscenario treedt er een extra groei in de uitgaven op van 0,8% per jaar. De belangrijkste prijsverhogende factor is, conform de verwachting, de extra groei in geneesmiddelen. Deze is bij veronderstelling het gevolg van een toename in het aantal (dure)

medicijnen op bijlage 1b. Ook bij ziekenhuizen en specialisten treedt een prijseffect op. Dit bestaat uit twee componenten. De eerste heeft te maken met het feit dat de budgetten proportioneel toenemen met de extra stijging in de behoefte, maar de productie iets achterblijft. Verder leidt ook de daling van de verpleegduur (en daarmee het aantal verpleegdagen) bij een constant budget tot een hoger tarief per verpleegdag.

Tabel 5.4 geeft de totale verandering in de gefinancierde kosten.

Tabel 5.4 Meer intensieve technologie variant, gemiddeld effect op de totale kosten per jaar in %, per sector

	basispad	extra groei behoefte		extra afname tijd per verrichting	afname minimale verpleegduur	totaal waarde mutatie	
		zkh en spec.	medicijnen	hulpm.			
Ziekenhuizen en specialisten	6,0	1,2	0,0	0,0	0,1	- 0,1	1,1
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genees- en hulpmiddelen	10,4	0,0	2,3	0,2	0,0	0,0	2,5
AWBZ	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ZFW en particuliere verzekering	6,9	0,6	0,6	0,1	0,0	- 0,0	1,3
Totaal	5,9	0,4	0,4	0,0	0,0	- 0,0	0,8

Tabel 5.5 laat zien hoe de groei in volumes en prijzen verandert als sprake is van een minder technologie intensief scenario.

Tabel 5.5 Minder intensieve technologie variant, gemiddelde volumegroei per sector in % per jaar

	basispad	minder groei behoefte		minder afname tijd per verrichting	totale extra volume-groei	
		zkh en spec.	medicijnen	hulpm.		
Ziekenhuizen en specialisten	2,4	- 0,8	0,0	- 0,0	- 0,1	- 0,9
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	1,0	0,0	0,0	- 0,0	0,0	- 0,0
Genees- en hulpmiddelen	6,3	0,0	- 0,3	- 0,2	0,0	- 0,5
AWBZ	1,4	- 0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ZFQW en particuliere verzekering	3,3	- 0,4	- 0,1	0,1	- 0,0	- 0,6
Totaal	2,5	- 0,3	- 0,1	0,0	- 0,0	- 0,4

De gevolgen zijn voor een deel symmetrisch ten opzichte van de eerder besproken variant. Dit geldt voor de behoefteverandering bij ziekenhuizen en specialisten, bij hulpmiddelen en bij de afname in de trend van de tijd per verrichting. Het effect bij de geneesmiddelen is in absolute zin geringer omdat ook de mutatie in de behoefte kleiner is ingezet. Een en ander leidt er toe dat de volumegroei van het zorggebruik daalt met 0,4% punt. Hoewel bij de geneesmiddelen kleinere mutaties zijn ingezet dan in het scenario met veel technologie, is het totale effect (in absolute omvang) hier toch groter, omdat de compenserende invloed van een verandering in de verpleegduur zich niet voordoet. De bijbehorende veranderingen in de prijzen staan vermeld in tabel 5.6.

Tabel 5.6 Minder intensieve technologie variant, gemiddeld effect op de prijs per jaar in %, per sector

	basispad	minder groei behoefte			totaal prijs mutatie
		zkh en spec.	medicijnen	hulpm.	
Ziekenhuizen en specialisten	3,5	-0,4	0,0	0,0	-0,3
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Genees- en hulpmiddelen	3,8	0,0	-0,5	0,0	-0,5
AWBZ	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0
ZFW en particuliere verzekering	3,5	-0,2	-0,1	0,0	-0,3
Totaal	3,3	-0,1	-0,1	0,0	-0,2

De gevolgen van een minder sterke groei in de behoefte aan ziekenhuis- en specialistische hulp en aan hulpmiddelen zijn precies tegengesteld aan die van de meer intensieve variant. De extra afname van de groei in de geneesmiddelenprijzen komt voort uit een samenstellingseffect: het aandeel van de duurder ib middelen in het totale pakket neemt af. Per saldo resulteert voor alle sectoren samen een jaarlijkse prijsmutatie die 0,2% punt lager ligt dan in het basisscenario.

Tabel 5.7 tenslotte toont de gevolgen voor de totale financiering.

Tabel 5.7 Minder intensieve technologie variant, gemiddeld effect op de totale kosten per jaar in %, per sector

	basispad	extra groei	behoefte	extra afname tijd per verrichting	afname minimale verpleegduur	totaal waarde mutatie	
		zkh en spec.	medicijnen	hulpm.			
Ziekenhuizen en specialisten	6,0	- 1,2	- 0,0	0,0	- 0,1	0,0	- 1,2
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Genees- en hulpmiddelen	10,4	0,0	- 0,8	- 0,2	0,0	0,0	- 1,0
AWBZ	4,8	- 0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,0
ZFW en particuliere verzekering	6,9	- 0,6	- 0,2	- 0,1	0,0	0,0	- 0,9
Totaal	5,9	- 0,4	- 0,1	- 0,0	0,0	0,0	- 0,6

Wat is de conclusie? Een extra toename in de behoefte aan specialistische en ziekenhuishulp van 1% blijkt te leiden tot een toename in de kosten van 1,1%. Bij de geneesmiddelen is het effect nog groter: onder de gemaakte veronderstellingen veroorzaakt een extra groei in de behoefte met 1% per jaar als gevolg van het beschikbaar komen van nieuwe geneesmiddelen een extra stijging in de kosten van 2,5% per jaar.

De invloed van nieuwe technologie is niet symmetrisch in de zin dat het wel mogelijk is om extra nieuwe technologie toe te laten, maar eigenlijk niet mogelijk om reeds in gebruik zijnde nieuwe technologie alsnog te weren. Verder is belangrijk om te zien dat een daling in de gemiddelde verpleegduur per opname de kostenstijging in het intensieve scenario gedeeltelijk kan compenseren.

5.3 Gevolgen voor de vraag naar arbeid in de zorg

Wat betekenen de uitkomsten van beide varianten voor de vraag naar arbeid in de zorg? Worden de problemen groter bij een meer technologie intensieve variant en kleiner in het andere geval? Dat is maar beperkt waar. In de eerste plaats verandert er in beide varianten niets in de care sectoren. De situatie blijft daar dus zoals in het basisscenario. Vervolgens hebben technologische ontwikkelingen bij de genees- en hulpmiddelen geen invloed op de werkgelegenheid in de zorg: deze producten worden door de industrie vervaardigd. Wat overblijft is het effect bij ziekenhuizen en specialisten.

In de minder technologie intensieve variant blijkt de vraag naar arbeid 0,3% minder snel te groeien dan in het basisscenario. De totale benodigde groei van het arbeidsvolume het totaal komt dus gemiddeld uit op 1%; gemiddeld ligt dit nog iets boven de groei van de

werkgelegenheid in de marktsector Dit betekent dat er per saldo ongeveer 5000 arbeidsjaren minder nodig zijn dan in het basisscenario. Dit effect wordt vrijwel volledig gerealiseerd in de ziekenhuissector.

In de meer technologie intensieve variant treedt geen evenredige stijging op van de vraag naar arbeid. Dit komt omdat er in deze variant ook sprake is van een arbeidsbesparende technologie: bij een gelijkblijvend aantal opnamen zijn nu minder verpleegdagen nodig. De arbeidsbesparing door afname in de verpleegduur per opname blijkt groter dan de toenemende vraag als gevolg van een stijgende behoefte. Omdat de verpleegduur pas in 2005 het nieuwe minimum heeft bereikt, daalt in de jaren daarvoor de vraag naar arbeid. Zodra het aantal ligdagen per opname niet langer kan dalen, neemt de vraag naar arbeid toe. Aan het eind van de simulatieperiode resulteert praktisch hetzelfde niveau als in het basisscenario.

Conclusie: de vraag naar arbeid in de zorg is relatief ongevoelig voor technologie. Alleen de arbeidsvraag in de sector ziekenhuizen reageert op de technologische ontwikkelingen. In een minder technologie-intensief scenario leidt dit tot een afremmen van de vraag naar arbeid; in het andere geval treedt slechts een stijging op als het effect van een dalende verpleegduur is weggeëbd.

6 Beleidsvarianten en marktvarianten

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft vier beleidsvarianten en twee varianten als gevolg van wijzigingen in de markt. De vier beleidsvarianten zijn:

1. de invoering van een eigen risico voor alle verzekerden (ziekenfonds zowel als particulier) van 100 euro;
2. het vervangen van het abonnementssysteem van huisartsen voor ziekenfonds- verzekerden door een betaling per consult zoals die voor particulier verzekerden geldt;
3. een grotere bereidheid bij beleidsmakers om meer te betalen voor nieuwe geneesmiddelen, waardoor de prijsverhouding tussen nieuwe en bestaande middelen verder oploopt;
4. een wijziging van nacalculatie- en vereveningspercentages in het kader van het budgetteringssysteem voor ziekenfondsen.

Variant 1, 2 en 4 zijn gekozen omdat de genoemde wijzigingen elementen kunnen zijn in een discussie over de stelselherziening in de zorg. Variant 3 over de prijzen van nieuwe geneesmiddelen is opgenomen om te laten zien hoe gevoelig de zorguitgaven zijn voor een verdere stijging van de prijsverhouding van bijlage 1b medicijnen ten opzichte van 1a middelen van 1:171/2 in 2002 tot 1:44½ in 2006. Deze variant is niet in het basisscenario opgenomen, omdat wij een dergelijk hoge prijsverhouding weinig realistisch achten. Uiteraard zijn er naast de vier beschreven beleidsvarianten nog meer beleidsvarianten denkbaar.

De twee varianten als gevolg van wijzigingen in de markt zijn:

5. een grotere prijsgevoeligheid van consumenten voor de premie van de ziektekostenverzekering;
6. een afname van het aantal ziekenfondsen.

De laatste twee varianten zijn bedoeld om te laten zien dat de markt niet stilstaat, maar voortdurend aan veranderingen onderhevig is. Wellicht zouden beleidsmakers willen anticiperen/reageren op deze ontwikkelingen.

De vijfde variant beschrijft een ontwikkeling in de markt waarbij het gedrag van de consument verandert; de consument wordt prijsgevoeliger. Merk op dat de overheid kan proberen om de prijsgevoeligheid van consumenten te vergroten via beleid. Bijvoorbeeld door de verspreiding van informatie over de prestaties van ziektekostenverzekeraars en door de mogelijkheden te versoepelen voor verzekerden om van verzekering te veranderen of over deze mogelijkheden meer informatie te verschaffen.

De zesde en laatste variant beschrijft marktontwikkelingen bij verzekeraars. Fusies tussen verzekeraars vinden geregeld plaats en het kan nuttig zijn voor beleidsmakers om de effecten daarvan in beeld te krijgen.

Bij de varianten die samenhangen met het gedrag van zorgverzekeraars spelen investeringen in grotere doelmatigheid door verzekeraars een belangrijke rol. Probleem hiermee is dat het moeilijk is om goede informatie te verzamelen over de uitgaven die worden gedaan om de doelmatigheid te verhogen en nog moeilijker om informatie te krijgen over wat precies het effect van die uitgaven is. Daarom moesten bij de empirische invulling van het theoretische verzekeraarsmodel nogal wat veronderstellingen worden gemaakt. Dit betekent dat het niet zoveel zin heeft om de precieze kwantitatieve uitkomsten van het model te laten zien. Deze varianten worden dan ook kwalitatief gepresenteerd.

In het vervolg worden de varianten steeds vanaf 2003 ingezet en de resultaten worden gepresenteerd voor het jaar 2006.

6.2 Invoering van een eigen risico voor alle verzekerden

In deze variant wordt voor het tweede compartiment een eigen risico van 100 euro per volwassen-equivalent ingevoerd.⁴³ Tabel 6.1 vat de resultaten samen. In de tabel staat het uiteindelijke resultaat in 2006. Bij de beleidsvarianten gaat het om gedragsreacties, die pas na enkele jaren uitgewerkt zijn.

Tabel 6.1 Invoering van een eigen risico van 100 euro per volwassen verzekerde: procentuele verschillen met het basispad in het jaar 2006

	volume	prijs	waarde
Ziekenhuizen en specialisten	- 1,0	0,6	- 0,4
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	- 2,3	0,1	- 2,2
Genees- en hulpmiddelen	- 0,4	- 0,0	- 0,4
Preventieve zorg, beheer en diversen	- 0,2	0,0	- 0,2
Eerste compartiment	0,0	0,0	0,0
Tweede compartiment	- 1,0	0,5	- 0,5
Totaal	-0,6	0,3	- 0,3

De invoering van een eigen risico heeft voor ziekenfondsverzekerden grotere gevolgen dan voor particuliere patiënten. De laatsten hebben immers al een eigen risico van gemiddeld ongeveer 85 euro; door de beleidsmaatregel neemt dit gemiddeld met ongeveer 15 euro toe.

⁴³ Om uitholling door stijging van lonen en prijzen te voorkomen, neemt dit eigen risico jaarlijks toe met dezelfde mutatie als de tarieven in de zorgsector.

De vraag naar medische diensten neemt door de invoering/verhoging van een eigen risico af. De vraag naar eerste contacten van tandartsen, medisch specialisten en paramedici neemt op zowel de particuliere als ziekenfondsmarkt af. De vraag naar herhaalcontacten neemt ook af, echter minder sterk dan het aantal eerste contacten. Immers zorgaanbieders proberen de vraaguitval enigszins te compenseren door het aantal herhaalcontacten te vergroten. De mate waarin de vraag terugvalt heeft te maken met de prijsgevoeligheid van de vraag naar de zorgaanbieder. Deze verschilt per zorgaanbieder.⁴⁴ De vraag naar geneesmiddelen wordt eveneens kleiner onder invloed van de invoering van een eigen risico.

Met de vraag naar huisartsen is het iets anders gesteld. Omdat voor ziekenfondsverzekerden nog steeds een abonnementstarief geldt is de prijs per contact gelijk aan nul; de bijbetaling is dus ook nul. Voor ziekenfondsverzekerden blijft de vraag dus ongewijzigd. Voor particuliere verzekerden daarentegen, waar het tarief per contact positief is, neemt de vraag wel af. De totale productie van de huisarts daalt, en dit heeft een extra neerwaarts effect op de verwijzing naar fysiotherapeuten (zie paragraaf 4.3). De fysiotherapeut ziet namelijk niet alleen de directe vraag van de patiënt afnemen, maar ook het aantal doorverwijzingen van de huisarts daalt omdat deze nu meer tijd aan zijn patiënten besteedt. Een soortgelijk effect treedt op bij de geneesmiddelen: de werkdruk van de huisarts daalt licht, en dit remt het aantal voorschriften.

Ook de zorg in de tweede lijn reageert op deze beleidsmaatregel. Hoewel het budget van de specialist niet is veranderd, daalt het aantal verrichtingen. De ziekenhuismanager die de specialistische hulp ziet dalen stelt de productie neerwaarts bij. Zowel het aantal herhaalbezoeken aan de polikliniek als het aantal opnamen daalt. Omdat het budget van ziekenhuizen slechts vertraagd reageert op de productieaanpassing, treedt ook een prijseffect op.

De totale ziektekosten in het tweede compartiment nemen dus af, met name bij ziekenfondsverzekerden. De nominale premies op zowel de ziekenfondsmarkt als de particuliere markt dalen. Enerzijds komt dit vanwege de daling van de ziektekosten, die verzekeraars doorberekenen in de premie, en anderzijds door de invoering/verhoging van het eigen risico.

6.3 Vervangen van het abonnementstelsel van huisartsen door betaling per consult

In deze variant simuleren we de gevolgen van het vervangen van het abonnementstelsel voor ziekenfondsverzekerden door een tarief per contact. Dit stelsel geldt voor de zorg verleend door huisartsen. Het nieuwe contacttarief stellen we gelijk aan dat van de particulier verzekerden. Zie tabel 6.2 voor de resultaten.

⁴⁴ Schattingen tonen aan dat de prijsgevoeligheid het grootst is bij paramedische hulp (zie CPB (1999)).

Tabel 6.2 Tariefharmonisatie bij huisartsen: procentuele verschillen met het basispad in het jaar 2006

	volume	prijs	waarde
Ziekenhuizen en specialisten	0,0	0,0	0,0
Huisartsen	1,7	13,8	17,0
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	0,5	5,0	5,5
Genees- en hulpmiddelen	-0,6	0,0	-0,6
Preventieve zorg, beheer en diversen	0,1	0,0	0,1
Eerste compartiment	0,0	0,0	0,0
Tweede compartiment	-0,1	0,6	0,5
Totaal	-0,1	0,4	0,4

Wat doet de huisarts? Hij constateert dat de vraag van de patiënt niet verandert. Wanneer hij zich dus volledig door de vraag van de patiënt laat leiden is er voor hem geen reden om het gedrag aan te passen. Wanneer een arts echter ook gevoelig is voor financiële prikkels, redeneert hij ongeveer als volgt. Bij een abonnementshonorarium per ziekenfondsverzekerde kon de arts binnen zekere grenzen zelf het zorgvolume bepalen, zonder dat dit zijn inkomen beïnvloedde. Onder het nieuwe systeem is dit anders. Allereerst valt het vaste inkomen weg, en bovendien zijn nu inkomen en productie direct gekoppeld. Het arbeidsaanbod zal daardoor toenemen. naast dit inkomenseffect is er ook een substitutie-effect, omdat het gemiddelde tarief per contact toeneemt. Wanneer we het oude abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden delen door het gerealiseerde aantal contacten, levert dit een lager tarief per contact op dan onder het nieuwe systeem. Dit betekent dat de prijs van vrije tijd toeneemt; de hoeveelheid vrije tijd zal dus dalen en het arbeidsaanbod van de financiële arts stijgt.

Deze toename in de productie per huisarts werkt voor een deel door in andere sectoren. Een groter verschil tussen vraag en aanbod bij de huisarts leidt tot meer doorverwijzingen naar de fysiotherapeut en tot het vaker uitschrijven van recepten. In dit geval zien we dat het aanbod van de huisarts stijgt, terwijl de vraag gelijk blijft. Het aantal uitgeschreven recepten zal dus dalen, evenals het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut.

6.4 Oplopende prijsverhouding voor nieuwe geneesmiddelen

Bij de bespreking van de uitgangspunten van het basisscenario is aangegeven dat de introductieprijzen van nieuwe geneesmiddelen op bijlage 1b een vaste verhouding hebben ten opzichte van reeds bestaande medicijnen op bijlage 1a. Deze verhouding (1:17½) is gebaseerd op waarnemingen in 1999 en 2000 over het prijsverloop. De prijs van nieuwe geneesmiddelen is echter mede het gevolg van het gevoerde beleid: een geneesmiddel kan worden geweigerd omdat de prijs te hoog is in verhouding tot de therapeutische effectiviteit. De veronderstelde vaste verhouding kan daarom wijzigen onder invloed van een meer of minder stringente toepassing van farmaco-economische beginselen. In het basisscenario loopt de gemiddelde prijs voor een

bijlage 1b recept op van 46,5 euro in 2001 tot 90 euro in 2006: een toename van 13% per jaar. De prijsstijging voor 2000 ten opzichte van 1999 was echter 25%. Als we prijsstijgingen in deze orde van grootte doortrekken naar de toekomst, loopt de prijsverhouding ten opzichte van 1a-middelen verder op. Tabel 6.3 vat de uitkomsten van een dergelijk scenario samen.

Tabel 6.3 Oplopende prijsverhouding voor nieuwe geneesmiddelen: procentuele verschillen met het basispad in het jaar 2006

	volume	prijs	waarde
Ziekenhuizen en specialisten	0,0	- 0,0	0,0
Huisartsen, tandartsen, paramedici, verloskundigen	0,1	0,0	0,1
Geneesmiddelen	- 0,0	13,4	13,4
Hulpmiddelen	0,0	0,0	0,0
Preventieve zorg, beheer en diversen	1,0	0,0	1,0
Eerste compartiment	0,0	0,0	0,0
Tweede compartiment	0,0	3,3	3,3
Totaal	0,1	1,8	1,9

Dit scenario laat zien wat de gevolgen zijn van een nog sterkere prijsstijging dan in het basisscenario besloten ligt. De gemiddelde prijsstijging van bijlage 1b middelen neemt hierin toe van 25% in 2003 tot 28% in 2006. Dit is conform een alternatieve raming die door het CVZ is gemaakt. De prijsverhouding van bijlage 1a medicijnen ten opzichte van nieuwe 1b middelen stijgt daardoor tot 1:44,5 in 2006, wat overeenkomt met een prijs per recept van 1111 euro. Voor het basisscenario lijkt een dergelijke oploop niet realistisch, maar de uitkomsten van deze variant laten zien hoe gevoelig de totale zorguitgaven zijn voor een dergelijke veronderstelling. In deze variant zal de vraag naar medicijnen naar verwachting iets inzakken. Door de hogere prijzen voor geneesmiddelen zullen particulier verzekerden sneller het maximum van de eigen bijdragen hebben bereikt; dit leidt weer tot een toename van de vraag naar andere cure voorzieningen. De veranderingen in het volume vallen echter in het niet bij het totale prijseffect. In termen van de totale financiering van de zorg loopt het verschil op tot zo'n 2% in 2006.

6.5 Wijziging van nacalculatie- en vereveningspercentages voor ziekenfondsen

In deze variant wordt het in 2001 ingezette beleid ten aanzien van de nacalculatie en de verevening bij het budgetonderdeel kosten van specialistische hulp voorgezet en verlagen we het nacalculatiepercentage op het budgetonderdeel variabele kosten ziekenhuisverpleging. In 2001 nam het nacalculatiepercentage bij het budgetonderdeel kosten van specialistische hulp af van 95% naar 40%, en nam het vereveningspercentage toe van 0% naar 50%. We veronderstellen in deze simulatie dat het nacalculatiepercentage verder afneemt naar 20% en dat het

vereveningspercentage verder toeneemt naar 60%. Verder veronderstellen we dat het nacalculatiepercentage op het budgetonderdeel variabele kosten ziekenhuisverpleging afneemt van 25% naar 10%. Het vereveningspercentage voor dit onderdeel blijft 0%. De resultaten van de simulatie worden kwalitatief beschreven in tabel 6.4.

Tabel 6.4 Wijziging in percentages nacalculatie en verevening; afwijkingen ten opzichte van het basispad

Totale financiering ZFW	–
Totale financiering particulier verzekerden	–
Totale financiering AWBZ	–
Kosten deelbudget specialistische hulp	–
Kosten deelbudget variabele kosten ziekenhuisverpleging	–
Kosten algemene kas	–
Aantal behandelingen specialist	–
Aantal verpleegdagen	–
Omvang wachtlijst voor opnamen	+
Beheerskosten verzekeraars	+
Risico selectie activiteiten	+
Nominale premie ziekenfonds	–

Het simulatieresultaat kan gezien worden als de som van drie aparte simulaties: (1) een verlaging van het nacalculatiepercentage met 20 procentpunt, (2) een verhoging van het vereveningspercentage met 10 procentpunt van het budgetonderdeel kosten van specialistische hulp, en (3) een verlaging van 15 procentpunt van het budgetonderdeel variabele kosten ziekenhuisverpleging.

Door de afname van het nacalculatiepercentage neemt het risico dat verzekeraars lopen over het deelbudget specialistische hulp toe, wat als gevolg heeft dat de opbrengsten van doelmatige zorg minder sterk worden afgeroomd door de overheid. De investeringen in doelmatigheid van verzekeraars nemen daarom toe. Het verschil in kosten tussen 'goede' en 'slechte' risico's wordt door de afname van het nacalculatiepercentage vergroot, wat risico-selectie doet toenemen.

Een toename van de verevening werkt in zekere zin tegengesteld aan een afname van nacalculatie. Bij verevening worden doelmatigheidswinsten/verliezen van een individuele verzekeraar omgeslagen over andere verzekeraars waardoor een verzekeraar juist minder risico loopt over de zorgkosten. Doelmatigheid en risico-selectie nemen daardoor af. Bij verevening treedt echter wel een extra effect op. Het effect van verevening op doelmatigheid hangt namelijk ook af van de aanwezigheid van 'spill-overs' tussen verzekeraars. Wanneer veel verzekeraars gratis meeliften op de onderhandelingen tussen artsen/specialisten en andere verzekeraars zullen verzekeraars weinig investeren in doelmatigheid. In een dergelijke situatie zal het effect van een toe- of afname in het vereveningspercentage geringer zijn.

Tabel 6.4 laat zien dat de beheerskosten van ziekenfondsen in de simulatie toenemen. De reden is dat de afname van het nacalculatiepercentage sterker doorwerkt dan de 'geringe' toename van het vereveningspercentage. Hierdoor nemen de investeringen in risico-selectie en doelmatigheidsinspanningen van verzekeraars toe. De doelmatigheidsinspanningen zijn gemodelleerd als de uitkomst van onderhandelingen tussen verzekeraars en specialisten en verzekeraars en ziekenhuizen over het budget. De gevolgen van deze onderhandelingen zijn:

1. Verzekeraars weten een korting op het specialistenbudget te bewerkstelligen. De gemiddelde specialist reageert op dit verlies aan inkomsten door het aantal behandelingen terug te draaien. Als gevolg daalt het totaal aantal verpleegdagen en nemen de wachtlijsten voor opnamen toe.⁴⁵
2. Verzekeraars weten een korting op het ziekenhuisbudget te bewerkstelligen bij gelijkblijvende volume en kwaliteit van de zorg.⁴⁶
3. De kortingen die verzekeraars weten te bewerkstelligen worden gedeeltelijk doorgegeven aan de consumenten via een verlaging van de nominale ziekenfondspremie, en via nacalculatie gedeeltelijk doorgegeven aan de algemene kas, hetgeen voor een gedeelte weer terechtkomt bij de inkomensafhankelijke premies.
4. Het gewijzigde gedrag bij ziekenhuizen en specialisten heeft ook gevolgen voor de particuliere markt en de AWBZ. Ook hier dalen de kosten, alhoewel de daling bij de AWBZ zeer gering is.

6.6 Grotere gevoeligheid voor de premie van de ziektekostenverzekering

Uit recent onderzoek blijkt dat consumenten nauwelijks gevoelig zijn voor premieverschillen. Dit geldt zowel op de ziekenfondsmarkt als op de particuliere markt.⁴⁷ In tabel 6.5 worden de uitkomsten beschreven wanneer we deze gevoeligheid laten toenemen.

De kwalitatieve gevolgen voor het ziekenfonds en de particuliere verzekeraars zijn gelijk. Er zijn geen directe effecten op de ziektekosten; wel zijn er gevolgen voor de nominale premies, de beheerskosten en de winsten van verzekeraars.

Bij een hogere prijsgevoeligheid zullen meer consumenten 'met de voeten stemmen' wanneer een verzekeraar een premieverlaging doorvoert. In een concurrerende verzekeraarsmarkt zorgt dit voor een lagere mark-up in de nominale premiestelling (en dus een

⁴⁵ Grotere doelmatigheid bij specialisten is gegeven de modellering in het Zorgmodel niet te bewerkstelligen door een verlaging van het budget. Elke budgetaanpassing, bij gelijkblijvende kwaliteit, werkt meteen door in het gedrag/volume. Merk verder op dat het model geen onderscheid maakt tussen wachtlijsten voor ZFW- dan wel particuliere verzekerden.

⁴⁶ De praktische invulling van deze korting wordt in het model niet beschreven. In de praktijk zijn er allerlei efficiency-slagen denkbaar, zoals een efficiëntere interne organisatie, intensivering van farmaco therapeutisch transmurale overleg (FTTO), selectieve contractering, pre-operatieve zorg etc.

⁴⁷ Zie voor de ziekenfondsmarkt: F.T. Schut (2001), en voor de particuliere markt: IOO (2000).

lagere nominale premie)⁴⁸. Consumenten romen op deze manier een gedeelte van de winst/vermogen van verzekeraars af.

Tabel 6.5 Wijziging in de prijsgevoeligheid van verzekerden, afwijkingen ten opzichte van het basispad

Totale financiering ZFW	0
Totale financiering particulier verzekerden	0
Totale financiering AWBZ	0
Kosten algemene kas ZFW	–
Beheerskosten verzekeraars	–
Nominale ziekenfondspremie	–
Nominale premie maatschappijpolis particulieren	–
Winst verzekeraars	–
Risico selectie activiteiten verzekeraars	0
Marketing activiteiten verzekeraars	–

Risico-selectie activiteiten wijzigen niet omdat er geen directe effecten op de ziektekosten optreden. Echter, door een daling van de mark-up levert de zoektocht van verzekeraars naar één extra verzekerde minder op met als gevolg dat de marketing-activiteiten afnemen. Het resulterende kwantitatieve effect is een verlaging van de beheerskosten van een verzekeraar. Dit heeft ook gevolgen voor de algemene kas, omdat deze de beheerskosten van ziekenfondsen (gedeeltelijk) vergoedt.

6.7 Afname van het aantal ziekenfondsen

In deze simulatie veronderstellen we dat door de toenemende concurrentie (bijvoorbeeld als gevolg van de Europese integratie, overheidsbeleid etc.) in 2003 enkele ziekenfondsverzekeraars gaan fuseren.

Het fuseren van ziekenfondsen heeft als gevolg dat in de nieuwe situatie, gemiddeld gezien, ziekenfondsen op een grotere schaal opereren. Enkele resultaten zijn samengevat in tabel 6.6.

⁴⁸ De mark-up is de prijs in de premie die bovenop de prijs voor ziektekosten komt. Bijvoorbeeld, hoe hoger de mark-up hoe hoger de winst/vermogen van een verzekeraar.

Tabel 6.6 Afname van het aantal ziekenfondsen: afwijkingen ten opzichte van het basispad

Totale financiering ZFW	-
Totale financiering particulier	-
Totale financiering AWBZ	-
Kosten algemene kas	-
Nominale ziekenfondspremie	+
Totale kosten ziekenfondsverzekerden	+
Beheerskosten ziekenfondsen	+
Winst ziekenfondsen	+
Nominale premie maatschappij polis	-

Een toename in schaalgrootte leidt ertoe dat investeren in doelmatigheid van zorg interessanter wordt. Immers behaalde doelmatigheidswinsten zijn van toepassing op een grotere groep verzekerden. Als gevolg van deze doelmatigheid daalt de totale financiering ZFW

De ziekenfonds-verzekerde merkt echter weinig van deze lagere ziektekosten omdat de nominale premie sterker toeneemt. Dit komt omdat bij minder verzekeraars de onderlinge concurrentie afneemt. Gecombineerd met een lage prijselasticiteit van verzekerden stijgt daardoor de mark-up in de nominale premie harder dan de winsten als gevolg van doelmatigheid.

De investeringen in doelmatigheid leiden tot een toename in de beheerskosten van verzekeraars. Door de grotere doelmatigheid neemt het totale zorgbudget af. De algemene kas betaalt daardoor minder geld (via nacalculatie) aan de verzekeraars, hetgeen ook leidt tot lagere inkomensafhankelijke premies. Omdat de nacalculatiepercentages laag zijn, zijn de kwantitatieve effecten echter klein.

De doelmatigheidswinsten blijven niet alleen beperkt tot ziekenfondsen; immers artsen die hun gedrag veranderen naar aanleiding van doelmatigheidsinspanningen zullen dit gedrag waarschijnlijk ook ten toon spreiden op de particuliere markt (inclusief WTZ) en in de AWBZ. Een verlaging van de zorgkosten op de particuliere markt heeft bijvoorbeeld als effect dat de nominale premies van de maatschappij gebonden polissen wel dalen.⁴⁹

⁴⁹ Merk op dat wanneer particuliere- en ziekenfonds verzekeringen in één organisatie aanwezig zijn en deze gaat fuseren met een gelijksoortige verzekeraar dat dan zowel het aantal ziekenfondsen als het aantal particuliere verzekeraars afneemt. In dat geval neemt de mark-up toe op beide markten.

Referenties

Berg Jeths, A. van den, L.J. Stokx, J.S. Vos, G.J. Kommer, M.C. Ribbens, M.C. van den Ende (1999), Stijgende geneesmiddelenkosten: theoretische en praktische inzichten, RIVM rapport, oktober.

Centraal Planbureau in samenwerking met Sociaal en Cultureel Planbureau (1999), Ramingsmodel Zorgsector, eindrapport tweede fase, den Haag.

Commissie Sociaal Economische Deskundigen (1999), Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing, SER, Den Haag.

Cutler, D.M. (1996), Public Policy for Health Care, NBER Working Paper series, no. 5591.

Douven, R.C.M.H. (2000), Regulated Competition in Health Insurance Markets, CPB Research Memorandum 171.

Ewijk, C. Van, B. Kuipers, H. ter Rele, M. van de Ven, E. Westerhout (2000), Ageing in the Netherlands, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, The Hague.

Gerdtham, U.G. en B. Jönsson (2000), International Comparison of health Care Expenditure, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics*, volume 1A, Elsevier, North Holland.

Getzen, T.E. (2000), Aggregation and the Measurement of Health Care Costs, mimeo.

Hutten, J.B.F. (1998), Workload and Provision of Health Care in General Practice, NIVEL, Utrecht.

IOO (200), Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars, Zoetermeer 2000.

Jansen, C., P. Besseling en F. Huizinga (2001), Boekhoudkundige berekening budgettaire ruimte 2003-2006, CPB document no 3.

Klerk, M.M.Y. de (red.) (2001), Rapportage ouderen 2001, SCP rapport.

Klerk, M.M.Y. de (2001), Rapportage Gehandicapten 2001, SCP rapport.

- Newhouse J.P. (1992), Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?, *Journal of Economic Perspectives*, 6, pp.3-21.
- Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993), *Free for all?*, Harvard University Press, Cambridge.
- Newhouse, J.P. (2001), Medical Care Price Indices: problems and opportunities, NBER working paper, nr 8168.
- Polder, J.J., W.J. Meering, M.A. Koopmanschap, L. Bonneux en P.J. van der Maas (1997), *Kosten van Ziekten in Nederland 1994*, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Instituut voor Medische Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2001), *Technologische innovatie in de zorgsector, Verkennende studie*, Zoetermeer 2001
- Reijneveld, S.A., (2001) Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid en zorggebruik: de rol van etniciteit, *tsg jaargang 79, nummer 3*
- Schut, F.T. (2001), Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief, *ESB*, 23 februari 2001, blz 172-174
- Timmermans, J.M. (2000), *Wat stelt de AWBZ voor? Zeven vragen namens gebruikers*, SCP werkdocument 69.
- Velden, L.F.J. van der , L. Hingstman, C.D. Nienoord-Bure, M.M. van den Berg (2001), *Vraag en aanbod artsen: Raming 2000-2010*, Nivel/Prismant, Utrecht
- Vliet, R.J.C.A. van (1995), Financiële consequenties van eigen bijdragen in de gezondheidszorg: een modelmatige benadering, *Het Verzekeringsarchief*, jg 72, blz. 66- 74
- Woittiez, I., E. van Gameren, I. Ooms (2001), *Ramingsmodel ouderenzorg*, SCP werkdocument, te verschijnen.

Abstract

CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis and the Social and Cultural Planning Office (SCP) with the cooperation of the National Institute of Public Health and the Environment (RIVM) have constructed a scenario for the growth of health care expenditure for the years 2003-2006, the period following the next general elections. In this scenario growth is based upon developments in demand and supply of health care and upon assumptions about the effect of new medical-technological developments. For the health care sector an average annual growth rate of health care expenditure of 5.9% is predicted. This number is split-up in an average annual volume growth rate of 2.5% and an average annual health care price growth rate of 3.3%. Considering the uncertainty about the influence of technology a sensitivity-analysis has been carried out.