



Centraal Planbureau

CPB Achtergronddocument | 30 maart 2016

Een raming van de zorguitgaven 2018-2021

Esther Mot
Kasper Stuut
Paul Westra
Rob Aalbers

CPB Achtergronddocument

Een raming van de zorguitgaven 2018-2021

**Esther Mot
Kasper Stuut
Paul Westra
Rob Aalbers**

30 maart 2016

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Methode	6
2.1	Advies van de TW	6
2.2	Demografie en epidemiologie	7
2.3	Inkomensgroei	7
2.4	Lonen en prijzen	8
2.5	Onverklaarde overige groei van de zorguitgaven	8
2.6	De rol van beleid in de raming	8
3	Nadere invulling van de raming	9
3.1	Jeugdzorg	9
3.2	Eigen betalingen Zvw en Wlz	11
4	Ontwikkeling van de zorguitgaven in het (recente) verleden	12
4.1	Uitkomsten 1990-2010 en 2011-2014	12
4.2	Constructie van reeksen 1990-2010	13
4.3	Decompositie van het verleden	14
5	Uitkomsten bij ongewijzigd beleid voor de MLT-periode	15
	Literatuur	18
	Bijlage A Inkomen	19
	Literatuur inkomen	22
	Bijlage B Overige groei	23
	B.1 Determinanten van overige groei	23
	B.2 Arbeidsproductiviteit in de zorg	24
	Literatuur overige groei	26
	Bijlage C Keuze van de referentieperiode	28
	Bijlage C.1 Decomposities: wijziging in overige groei in de tijd	28
	Bijlage C.2 Internationale vergelijking	30
	Bijlage D Relatie tot eerdere ramingsmethoden	31
	Literatuur eerdere ramingsmethoden	33

1 Inleiding

Dit achtergronddocument geeft extra informatie over de raming van de zorguitgaven bij de middellangetermijnraming voor Nederland bij ongewijzigd beleid (CPB, 2016).

Gebruik van de middellangetermijnraming voor de zorg

Het CPB maakt voorafgaand aan de verkiezingen een middellangetermijnraming voor de zorguitgaven (MLT-zorg) bij ongewijzigd beleid. Deze raming is input voor en een onderdeel van de middellangetermijnraming op macroniveau. Verder dient deze als basispad voor de analyse van verkiezingsprogramma's van politieke partijen.

Karakter van de MLT-zorg

Er zijn verschillende soorten ramingen van de zorguitgaven denkbaar. Een taakstellende raming geeft aan in welke mate de zorguitgaven mogen groeien. Een dergelijke raming geeft daarmee een norm op basis van een gewenste ontwikkeling aan. Een realistische raming bij ongewijzigd beleid geeft zo goed mogelijk weer hoe de zorguitgaven zich zullen ontwikkelen als het beleid doorloopt zonder nieuwe aanpassingen.

Sinds 2001 maakt het CPB een realistische zorgraming, in de zin dat deze zo goed mogelijk aansluit bij de realiteit zoals die zich zou ontwikkelen bij ongewijzigd beleid. Kenmerkend voor deze raming is dat in de raming in een toenemende behoefte aan en vraag naar zorg tegemoet wordt gekomen, voor zover het zorgaanbod dit mogelijk maakt. Uiteraard is een dergelijke raming met onzekerheid omgeven, zoals ook steeds werd benadrukt.

2 Methode

De technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart (TW) heeft een advies uitgebracht over de beste manier om een middellangetermijnraming voor de zorg te maken.¹ Het CPB volgt dit advies bij het maken van de onderhavige raming.

2.1 Advies van de TW

Op basis van het advies van de TW omvat het ramingsmodel voor de groei van de reële zorguitgaven de volgende determinanten:

- Demografie en epidemiologie;
- Inkomensgroei (structureel bruto binnenlands product (bbp) per hoofd met een inkomenselasticiteit van 0,6);
- De relatieve inputprijs van zorg (reële lonen en prijzen);
- Overige groei gebaseerd op een lange zoveel mogelijk beleidsneutrale referentieperiode;
- Beleid in de pijplijn (erfenis uit het verleden).

Met de uitdrukking reële zorguitgaven wordt bedoeld dat de nominale uitgaven zijn gedeïndeerd met de prijs bbp. De raming houdt ook rekening met de ontwikkeling van de inputprijzen voor de zorg, voor zover die zich anders ontwikkelen dan de prijs bbp. Omdat de raming bij ongewijzigd beleid is, wordt geen nieuw beleid meegenomen voor de MLT-periode (2018-2021). Er wordt wel rekening gehouden met bestaand beleid dat van invloed is op de groei van de zorguitgaven in de MLT-periode.

Op advies van de TW onderscheidt het CPB drie hoofdsectoren² binnen de zorg: Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet Langdurige Zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)/jeugdzorg³. De normeringssystematiek voor de indexatie van de rijksbijdrage voor de Wmo/jeugdzorg is nog niet bekend voor de jaren van de middellange-termijnraming. In de huidige raming is ermee gerekend dat de rijksbijdrage in dezelfde mate groeit als de geraamde uitgaven.

De bovenstaande determinanten van de te ramen zorguitgaven worden achtereenvolgens besproken in dit hoofdstuk.

¹ Zie "Advies MLT-raming zorg, 17 april 2015". De TW bestond uit leden van de ministeries van AZ, EZ, FIN en VWS en leden van het CPB. ([link](#)). In bijlage D wordt kort aangegeven in hoeverre de methode in dit advies afwijkt van de gebruikte methodes in eerdere MLT-ramingen voor de zorg.

² Binnen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is behoefte aan gedetailleerdere ramingen voor subsectoren. Op dit punt gaf de TW het ministerie van VWS ter overweging mee om voor de vertaling van de groei uit de MLT-zorg naar de groei van subsectoren een daarop toegesneden verdeelmodel te hanteren. Zo kan de raming voor subsectoren door het ministerie door VWS aansluiten bij de MLT-raming op drie hoofdsectoren. Het volgende kabinet kan de MLT-zorg als input gebruiken voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor de nieuwe kabinetsperiode. Het CPB bepaalt het Budgettair Kader Zorg van het kabinet niet.

³ Voor de Wmo en de jeugdzorg wordt binnen de MLT-zorg alleen de zorg binnen het BKZ geraamd. De overige delen van de Wmo en de jeugdzorg worden elders in de MLT geraamd als onderdeel van de overheidsuitgaven.

2.2 Demografie en epidemiologie

De zorguitgaven worden beïnvloed door veranderingen in de omvang, samenstelling en gezondheidstoestand van de bevolking. Bij het maken van de MLT-zorg wordt rekening gehouden met de bevolkingsomvang en de samenstelling van de bevolking naar leeftijd.⁴ Daarnaast wordt er rekening mee gehouden dat mensen steeds gezonder oud worden; we veronderstellen dat de toename van de resterende levensverwachting voor de helft uit gezonde jaren bestaat. De zorguitgaven voor een bepaalde leeftijdsklasse worden afgeleid uit de Kosten van Ziekten-studie.⁵

2.3 Inkomensgroei

De groei van de zorguitgaven in de raming hangt onder andere af van de groei van het inkomen per hoofd. Hoe groot het effect op de zorguitgaven van een bepaalde groei van het inkomen is, wordt aangegeven met de inkomenselasticiteit. Bijvoorbeeld, een groei van het bbp per hoofd van 1% leidt bij een inkomenselasticiteit van 0,6 tot 0,6% groei van de zorguitgaven.

De inkomenselasticiteit

De TW adviseert om een inkomenselasticiteit van 0,6 te kiezen. Zoals aangegeven volgen we dat advies in deze raming. In het onderstaande wordt kort toegelicht wat de rol van deze inkomenselasticiteit in de analyse is.

Afgezet tegen de wetenschappelijke literatuur is 0,6 een vrij lage waarde voor de inkomenselasticiteit; deze waarde is gekozen vanwege het ongewijzigd beleid-karakter van de raming. In de uitgebreide gezondheidseconomische literatuur over dit onderwerp komen waardes van de inkomenselasticiteit boven de één regelmatig voor, net als waardes onder de één. In bijlage A wordt verder ingegaan op de resultaten uit de literatuur. Voor ramingen en analyses waar geen strikt uitgangspunt van ongewijzigd beleid geldt, is een waarde van één voor de inkomenselasticiteit een plausibele keuze.⁶ De MLT-zorg is echter een raming bij ongewijzigd beleid. Het effect van inkomensgroei op de zorguitgaven verloopt deels via beleid, bijvoorbeeld via doelstellingen voor het emu-saldo en de houdbaarheid. Zo kan een tegenvallende bbp-groei ertoe leiden dat de overheid ingrijpt in de collectieve zorg. Hier is echter sprake van nieuw beleid dat niet past in een raming bij ongewijzigd beleid. Daarom zijn we voor de MLT-zorg op zoek naar een voor beleid gezuiverde inkomenselasticiteit, die alleen het effect van inkomensgroei op de zorguitgaven via andere factoren dan beleid weergeeft. De andere relevante factoren zijn vraag- en aanbodfactoren. Een stijgend inkomen kan immers ruimte scheppen voor een hoger aspiratieniveau bij vragers (hogere eisen aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg). Aan de aanbodzijde kan een stijgend bbp leiden tot grotere prikkels voor innovatie en meer aanbod van nieuwe technologie.

⁴ In Besseling en Shestalova (2011) wordt uitgelegd hoe dit precies in zijn werk gaat.

⁵ Dit is dezelfde aanpak als in Smid et al.(2014), Minder zorg om Vergrijzing, zie p.24-26 ([link](#))

⁶ In de meeste langetermijnsscenario's in het CPB-boek Toekomst voor de Zorg groeien de zorguitgaven dan ook één op één mee met het inkomen (Van Ewijk, Van der Horst, Besseling, 2013).

Inkomensbegrip

Voor de verwachte inkomensontwikkeling adviseerde de TW om uit te gaan van structurele inkomensgroei. Voor de ramingsperiode vullen wij dit advies in door gebruik te maken van de potentiële groei van het bbp per hoofd.

2.4 Lonen en prijzen

De ontwikkeling van de inputprijs van zorg bovenop de prijs bbp maakt deel uit van de raming. Deze inputprijs voor de zorg wordt berekend als het gewogen gemiddelde van lonen in de marktsector en de prijs particuliere consumptie. De laatste geeft de prijsontwikkeling voor de materiële inputs weer. De inputprijs kan sneller stijgen dan de prijs bbp, vooral door de loonstijging. Dit heeft te maken met het zogenoemde Baumol-effect: de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg kan achterblijven bij de rest van de economie, terwijl de lonen op de lange termijn in dezelfde mate moeten stijgen om de sector concurrerend te houden op de arbeidsmarkt. Hierdoor wordt de zorg relatief duurder.⁷

2.5 Onverklaarde overige groei van de zorguitgaven

Zoals besproken hangt de groei van de zorguitgaven naar verwachting af van demografie, epidemiologie, inkomen, beleid en relatieve prijzen. Daarnaast adviseerde de TW rekening te houden met overige groei. De reden hiervoor is dat de groei van de zorguitgaven uit het verleden een onverklaarde component kent; niet alle waargenomen groei kan uit de vijf hiervoor genoemde factoren worden verklaard. Deze overige groei kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door nieuwe technologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, de groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg⁸ en interactie-effecten tussen verschillende factoren die bijdragen aan de groei van de zorguitgaven. In bijlage B gaan we verder in op de onverklaarde overige groei.

2.6 De rol van beleid in de raming

In de raming voor de zorguitgaven voor 2018-2021 speelt ook het beleid een rol. Omdat de raming bij ongewijzigd beleid wordt gemaakt, gaat het niet om nieuw beleid maar om effecten in de ramingsperiode van al voor 2018 ingezet beleid.

Om de overige groei (zie paragraaf 2.5) uit het verleden goed te kunnen bepalen, is het ook belangrijk om rekening te houden met beleid. De gerealiseerde groei van de zorguitgaven in het verleden is immers beïnvloed door het gevoerde beleid. Als met deze invloed geen rekening wordt gehouden, kan de overige groei bij ongewijzigd beleid worden over- of onderschat. Als bijvoorbeeld omvangrijke ombuigingen genegeerd zouden worden, zou een te lage trendmatige overige groei worden berekend op grond van het verleden.

⁷ De outputprijs van zorg kan zich anders ontwikkelen dan de inputprijs, omdat bij het berekenen van de inputprijs geen rekening wordt gehouden met mogelijke productiviteitsstijgingen in de zorg.

⁸ Omdat met inputprijzen voor de zorg wordt gerekend, is de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg bij de huidige aanpak onderdeel van de overige groei.

Er zijn verschillende manieren om rekening te houden met het beleid in het verleden. Een manier die bij enkele eerdere ramingen van het CPB is toegepast, is om expliciet voor het effect van bepaalde beleidsmaatregelen te corrigeren (zie ook bijlage D). Een dergelijke expliciete correctie voor beleid dient zowel beleidsmaatregelen mee te nemen die voorziene budgettaire effecten met zich meebrengen als maatregelen die onvoorziene budgettaire effecten blijken te hebben gehad. Idealiter worden dan ook alle ex-post budgettaire effecten van beleid van enige omvang gekwantificeerd. Er zijn echter nauwelijks ex-post evaluaties beschikbaar. Het effect van beleidsmaatregelen is daarom moeilijk te bepalen. Daardoor ontstaat een risico op een onevenwichtige beleidscorrectie en een niet realistische berekening van de overige groei. De TW adviseert daarom een andere route te kiezen voor de beleidscorrectie: zoek een lange referentieperiode waarin niet expliciet voor beleid gecorrigeerd hoeft te worden, omdat expansief en restrictief beleid binnen de periode elkaar (grotendeels) compenseren. Of om dicht aan te sluiten bij de formulering van de TW in het advies: kies voor het bepalen van de overige groei in het verleden een lange referentieperiode die zowel restrictief als expansief beleid omvat en zowel periodes van hoogconjunctuur als van recessie. Het gebruik van een dergelijke per saldo zoveel mogelijk beleidsneutrale en conjunctuurvrije periode zorgt ervoor dat slecht uitvoerbare correcties voor specifieke beleidsmaatregelen achterwege kunnen blijven en kortetermijnfluctuaties uitmiddelen.

Op basis van vergelijkingen van de overige groei over de tijd en tussen landen raadt de TW aan de periode 1990-2010 als referentieperiode te kiezen. In het eerste deel van de referentieperiode was het beleid restrictief met beheersing van de zorguitgaven door budgettering. In het tweede deel van deze periode stond het recht op zorg veel meer centraal en was het beleid expansief. Een voordeel van deze keuze is ook dat de Grote Recessie er grotendeels buiten valt. Het is namelijk moeilijk om te modelleren op welke wijze en met welk tempo precies de negatieve of lage bbp-groei in deze periode heeft doorgewerkt in de zorguitgaven. De keuze voor de referentieperiode wordt toegelicht in bijlage C.

3 Nadere invulling van de raming

In deze sectie komen enkele aspecten aan de orde die in het advies van de TW niet werden uitgewerkt. Om te beginnen gaan we in op de jeugdzorg. Vervolgens bespreken we de eigen betalingen, die het verschil vormen tussen bruto- en netto-uitgaven in de zorg.

3.1 Jeugdzorg

Gemeenten hebben in 2015 op het terrein van de jeugdzorg veel nieuwe taken gekregen. Voor de raming zijn vooral de taken relevant die zijn overgeheveld vanuit de AWBZ (gehandicaptenzorg) en de Zvw (geestelijke gezondheidszorg, GGZ).⁹

⁹ Omdat alleen de jeugdzorg binnen het BKZ wordt geraamd, blijft de voormalige provinciale jeugdzorg buiten beschouwing.

Voor de jeugdzorg (voor zover die onder het BKZ valt) wordt dezelfde ramingsmethode gebruikt als voor Zvw, Wlz en Wmo, maar corrigeren we de overige groei die uit de methodiek volgt. We doen dit vanwege sterke aanwijzingen dat onze referentieperiode niet beleidsneutraal is voor de jeugdzorg.

De decompositie van het verleden geeft voor de jeugdzorg een hoge overige groei (zie paragraaf 4.3), die niet te verklaren is uit risicokenmerken voor het gebruik van jeugdzorg (bijvoorbeeld opgroeien in een eenoudergezin). Waarschijnlijk is deze hoge overige groei voor een belangrijk deel een tijdelijk effect van beleid (vooral de centrale plaats die Bureau Jeugdzorg kreeg als aanspreekpunt en de inhaalslag in de vraag naar jeugdzorg die daarop volgde). In het onderstaande geven we aan hoe we tot die conclusie zijn gekomen. Bij de interpretatie van de overige groei in de jeugdzorg hebben we gebruik gemaakt van analyses van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Het SCP analyseert de groei van de jeugdzorg in de periode 2001-2011 o.a. met behulp van een micromodel.¹⁰ Sadiraj et al. (2013) komen tot de conclusie dat de risicofactoren voor het gebruik van jeugdzorg zich gunstig hebben ontwikkeld; op grond van deze factoren was een daling van het beroep op jeugdzorg te verwachten. De vrij hoge groei die de jeugdzorg heeft doorgemaakt schrijven de auteurs dan ook toe aan een resttrend die niet door hun micromodel verklaard kan worden. Het SCP maakt ook een raming van het beroep op jeugdzorg voor 2011-2017. Het concludeert op grond van een tijdreeksanalyse dat de resttrend aan het afnemen is en neemt voor 2011-2017 een lagere trend op. In combinatie met een nog iets gunstiger ontwikkeling van de risicofactoren is de raming van het SCP voor 2011-2017 aanzienlijk lager dan de realisatie voor 2001-2011 (minder dan de helft). Over de MLT-periode doet het SCP geen uitspraken.

Mogelijke verklaringen voor de hoge trend uit het verleden zijn volgens het SCP een veranderde visie op opgroei- en opvoedproblemen, verbetering van de diagnostiek en beleidswijzigingen. Over de laatste schrijft het SCP: “Met de invoering in 2005 van de Wet op de Jeugdzorg kreeg Bureau Jeugdzorg een centrale plaats in de jeugdhulpverlening. Hierdoor ontstond een duidelijk aanspreekpunt voor jongeren en ouders die met opvoed- en opgroei problemen worden geconfronteerd. Een mogelijk gevolg van de centrale plaats die Bureau Jeugdzorg in de hulpverlening heeft ingenomen en de grotere bekendheid die het daarmee heeft verworven, kan zijn dat het een aanzuigende werking op het beroep op de verschillende jeugdvoorzieningen heeft gehad.” Volgens het SCP is het aannemelijk dat de inhaalslag die heeft plaatsgevonden in de vraag naar jeugdzorg door het nieuwe beleid een tijdelijk effect was. Op grond van Sadiraj et al. (2013) en een mondelinge toelichting concluderen wij dat onze referentieperiode voor de jeugdzorg niet beleidsneutraal is. We gaan ervan uit dat de factoren die in 1990-2010 tot overige groei in de jeugdzorg hebben geleid (zoals de inhaalslag door nieuw beleid), in de MLT-periode geen effect op de groei meer hebben en zetten de overige groei in de raming op nul. De hoeveelheid jeugdzorg per

¹⁰ Sadiraj et al. (2013).

jongere kan dan nog steeds toenemen, omdat ook de groei van het bbp per hoofd een effect heeft in de raming.

3.2 Eigen betalingen Zvw en Wlz

De MLT-raming wordt op basis van een decompositie van de bruto-uitgaven in de referentieperiode uitgevoerd. Om tot de netto zorguitgaven te komen, moeten ook de eigen betalingen worden geraamd. We veronderstellen dat de eigen betalingen voor Wlz en Zvw met hetzelfde tempo groeien als de bruto uitgaven. In het onderstaande wordt dit toegelicht.

Zvw

Het macrobedrag eigen betalingen in de Zvw is gelijk aan de gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico maal het aantal verzekerden (18+). In de Zvw wordt het wettelijk verplicht eigen risico per verzekerde geïndexeerd met de ontwikkeling van de (macro) bruto Zvw-uitgaven. Het wettelijk verplicht eigen risico per verzekerde groeit dus mee met de bruto zorguitgaven. Het aantal 18+ verzekerden groeit echter met 0,7% per jaar in de ramingsperiode. Bij een gelijke verhouding tussen het wettelijke eigen risico en de gemiddelde betalingen per verzekerde, zou het macrobedrag eigen betalingen 0,7% harder groeien dan de bruto Zvw-uitgaven.

In onze raming groeien de macro eigen betalingen in de Zvw even snel als de bruto Zvw-uitgaven, zodat het groeitempo van de netto Zvw-uitgaven ook gelijk is. Hiertoe veronderstellen we dat de verhouding tussen het wettelijke eigen risico en de gemiddelde eigen betalingen per verzekerde licht daalt¹¹, zodat het effect van de groei van het aantal verzekerden net wordt gecompenseerd.

Wlz

De totstandkoming van de eigen bijdragen in de Wlz is complex gezien o.a. het onderscheid tussen de hoge en de lage eigen bijdrage, de afhankelijkheid van de eigen bijdrage van inkomen en vermogen, het bestaan van maxima voor de bijdrage per maand, en de rol van vrijstellingen intramuraal. Om de eigen bijdrage te berekenen is verder o.a. van belang of iemand getrouwd is, of iemand gepensioneerd is en of de partner ook zorg nodig heeft.

Voor de raming veronderstellen wij dat de eigen betalingen in de Wlz even hard groeien als de-bruto Wlz-uitgaven. De groei van de netto Wlz-uitgaven is daarmee gelijk aan de bruto groei.

¹¹ Met andere woorden: gemiddeld maken mensen hun eigen risico iets minder vol.

4 Ontwikkeling van de zorguitgaven in het (recente) verleden

4.1 Uitkomsten 1990-2010 en 2011-2014

Deze paragraaf laat de realisaties zien voor de ontwikkeling van de zorguitgaven, zowel voor de referentieperiode (in twee delen) als voor de meest recente jaren. Omdat dit realisaties zijn, zijn de onderscheiden hoofdsectoren Ziekenfondswet (Zfw)/Zvw, AWBZ en Wmo (binnen BKZ). De Wmo is pas in 2007 ingevoerd, dus daarvoor worden alleen cijfers gepresenteerd voor de meest recente jaren.

Vanwege wijzigingen in de organisatie van de zorg en de talrijke overhevelingen moeten de realisatiecijfers voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld, de reeks Zfw/Zvw bestaat t/m het jaar 2005 uit groeicijfers voor de Zfw en vanaf de stelselherziening in 2006 uit groeicijfers voor de Zvw.¹²

Tabel 4.1 Gerealiseerde nominale groei van de bruto zorguitgaven (% per jaar)

	1991-2000	2001-2010	2011-2014
Zfw/Zvw	5,8	7,0	3,2
AWBZ	7,6	5,2	3,2
Wmo	-	-	2,3
Bron: CBS			

In de tabel is te zien dat voor de Zfw/Zvw de groei hoger is in het tweede deel van de referentieperiode dan in het eerste deel. Voor de AWBZ is dit andersom. Het is de vraag of we hier iets uit kunnen concluderen over het gebruik van bepaalde soorten zorg gezien de vele overhevelingen. Zo is bijvoorbeeld in het tweede deel van de referentieperiode een belangrijk deel van de GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Ook is de huishoudelijke hulp uit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. Voor alle sectoren zien we dat de groei relatief laag is in de periode 2011-2014.

Bovenstaande toelichting laat zien dat cijfers op grond van regelingen door de vele wijzigingen geen goede basis zijn voor de analyse en decompositie van het verleden, die wordt uitgevoerd om de overige groei vast te stellen. Daarom vormen gegevens naar type zorg (bijvoorbeeld GGZ of ouderenzorg, zie paragraaf 4.2) de basis van de analyse.

¹² De groei tussen 2005 en 2006 is weggelaten.

4.2 Constructie van reeksen 1990-2010

Voor de raming leiden we de overige groei voor de Zvw, de Wlz, de Wmo2015 en de jeugdzorg af van de reële groei in de referentieperiode 1990-2010. Die groei van deze regelingen in de referentieperiode kunnen we niet observeren, omdat de regelingen in die vorm nog niet bestonden in de (hele) periode 1990-2010. Daarom construeren we reeksen voor de Wlz, Wmo, Zvw en jeugdzorg voor de referentieperiode.

De constructie van reeksen is gebaseerd op de Zorgrekeningen (ZR), waar de aanbieders van verschillende soorten zorg worden onderscheiden. Dit heeft, zoals in de vorige paragraaf aangegeven, als voordeel dat de analyse niet wordt verstoord door financieringsverschuivingen van de ene regeling naar de andere; de ZR gaan immers uit van het type zorg dat wordt verstrekt. In de eerste stap van de berekening gebruiken we de volgende sectoren uit de ZR¹³:

- Ziekenhuiszorg
- GGZ
- Huisartsen
- Tandartsen
- Paramedische praktijken
- Intramurale ouderenzorg
- Extramurale ouderenzorg
- Intramurale gehandicaptenzorg
- Extramurale gehandicaptenzorg
- Geneesmiddelen
- Therapeutische middelen
- Ondersteunende diensten
- Overige zorg

Voor deze sectoren gebruiken we uit de ZR 2014 de gegevens voor zorgaanbieders naar financieringsbron. De matrix met aandelen voor 2014 die we hieruit afleiden laat bijvoorbeeld zien welk deel van de werkzaamheden van de aanbieders van GGZ wordt gefinancierd uit de Zvw, de AWBZ en overige bronnen. In een tweede stap wordt deze matrix gecorrigeerd voor de overhevelingen in het kader van de hervorming rond invoering van de Wlz in 2015. Hieruit resulteren aandelen voor de situatie vanaf 2015. Bijvoorbeeld, de GGZ wordt volgens de matrix voor 25% gefinancierd uit de Zvw, voor 25% uit de Wlz, voor 15% uit de Wmo, voor 15% uit de jeugdzorg en voor 20% uit overige financieringsbronnen.

¹³ We laten hier de sectoren uit de Zorgrekeningen weg die geen rol spelen in de drie hoofdsectoren uit de MLT, bijvoorbeeld kinderopvang, GGD-en en jeugdzorg (buiten het BKZ). Het onderscheid tussen intramurale en extramurale zorg in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg is door ons aangebracht, omdat dit van belang is bij de constructie van reeksen.

De aandelen voor de situatie vanaf 2015 hebben als functie om in een derde stap toegepast te worden op de reeksen naar type zorg om daaruit reeksen naar regeling te berekenen.¹⁴ De matrix dient dus als een omzettingstabel die de toedeling van sectoren naar regelingen beschrijft. Maar voordat we deze omzettingstabel kunnen toepassen voor alle jaren uit de referentieperiode moeten er nog verdere correcties plaatsvinden op de reeksen voor de sectoren. Dit is nodig omdat de organisatie van de zorg over de tijd verandert. Het gebruik van vaste aandelen zonder voor veranderingen in de zorg te corrigeren zou tot onjuiste uitkomsten leiden. In de volgende alinea gaan we hier op in.

Voordat de vaste aandelen uit de omzettingstabel toegepast kunnen worden, moeten we rekening houden met twee verschijnselen: de extramuralisering van de ouderenzorg en de introductie en sterke groei van pgb's. De extramuralisering leidt ertoe dat de intramurale ouderenzorg in 1990 anders van karakter was dan de intramurale ouderenzorg in 2010. Door de extramuralisering is de verzorgingshuiszorg minder snel gegroeid. Dat heeft in de referentieperiode de groei van de intramurale ouderenzorg als totaal gedrukt waardoor deze minder representatief is voor de toekomstige groei van de ouderenzorg binnen de Wlz; daarom hebben we apart gecorrigeerd voor extramuralisering door de verzorgingshuiszorg grotendeels tot de extramurale zorg te rekenen. Voor de groei van pgb's hebben we op een vergelijkbare manier gecorrigeerd. Die groei deed zich voor het overgrote deel voor in de AWBZ, maar voor de toekomst is die relevant voor meerdere regelingen: Wlz, Zvw, Wmo en jeugdzorg. Daar is rekening mee gehouden door vanaf 1998 een deel van de pgb's toe te rekenen aan de intramurale zorg.

Nadat deze correcties op de reeksen naar sector zijn gedaan kunnen in de derde stap de vaste aandelen uit de omzettingstabel worden gebruikt om voor de periode 1990-2010 reeksen te construeren voor de Zvw, Wlz, Wmo en jeugdzorg.

4.3 Decompositie van het verleden

Met behulp van de aldus geconstrueerde reeksen kunnen we een decompositie van het verleden maken en de overige groei voor Zvw, Wlz, Wmo en jeugdzorg berekenen. Dit doen we door de reële groei te corrigeren voor het effect van demografie en epidemiologie, de groei van het inkomen per hoofd en de reële lonen en prijzen (de relatieve inputprijs van zorg). De resultaten zijn te vinden in tabel 4.2.

Hoewel we in de raming de Wmo en jeugdzorg samen als één hoofdsector beschouwen, laten we in deze paragraaf de decompositie voor beide sectoren apart zien om te laten zien wat voor effect het heeft dat we in de jeugdzorg op één aspect van de methodiek afwijken.

¹⁴ Vanaf 1998 zijn de benodigde reeksen beschikbaar uit de ZR. Voor de periode daarvoor moest ook gebruik worden gemaakt van andere bronnen van het CBS, zoals Kosten en financiering gezondheidzorg. Voor de intramurale en extramurale ouderen- en gehandicaptenzorg is ook gebruik gemaakt van Chessa (2012).

Tabel 4.2 Reële groei van de zorguitgaven 1990-2010 (geconstrueerde reeksen, % per jaar)

	Reëel	Demografie	Inkomen	Reële lonen en prijzen	Overige groei
Zvw	3,8	0,9	1,3	0,5	1,1
Wlz	3,6	1,1	1,3	0,7	0,5
Wmo	4,1	0,8	1,3	0,9	1,1
Jeugdzorg (BKZ)	5,9	0,2	1,3	0,9	3,5
Totaal (Zvw, Wlz, Wmo, jeugdzorg)	3,9	0,9	1,3	0,7	1,0

Uit tabel 4.2 blijkt dat de aldus geconstrueerde Zvw en de Wlz ongeveer even snel zouden zijn gegroeid in de referentieperiode. De Wmo zou iets sneller gegroeid zijn en de jeugdzorg veel sneller. Het effect van demografie is zoals te verwachten het kleinst bij de jeugdzorg en het grootst bij de Wlz. De groei van het inkomen per hoofd in de referentieperiode heeft een redelijke grote bijdrage aan de reële groei, namelijk 1,3% per jaar.¹⁵ Ook de stijging van de inputprijzen van zorg boven de stijging van de prijs bbp draagt bij. Uit de decompositie resulteert een overige groei in de Zvw en de Wmo van rond de 1,1% per jaar. Voor de Wlz is de overige groei lager, namelijk 0,5% per jaar. Voor de jeugdzorg is de overige groei volgens de decompositie veel hoger, ongeveer 3,5% per jaar. In paragraaf 3.1 is toegelicht waarom we deze hoge overige groei niet opnemen in de raming voor 2018-2021.

5 Uitkomsten bij ongewijzigd beleid voor de MLT-periode

De reële groei van de zorguitgaven

De raming voor de reële groei in 2018-2021 is gebaseerd op de volgende factoren:

- Effect van demografie en epidemiologie;
- Effect van de structurele groei van het bbp per hoofd;
- Relatieve inputprijzen in de zorg;
- Overige groei;
- Effecten van reeds ingezet beleid.

Door rekening te houden met de prijs bbp kan vervolgens de nominale groei worden berekend.

In tabel 5.1 wordt de raming gegeven. Voor de drie hoofdsectoren samen is de geraamde nominale groei 4,9% per jaar en de reële groei 3,4%. De demografie en epidemiologie

¹⁵ We gaan ervan uit dat de potentiële groei en de feitelijke groei overeenkomen over een lange periode, zoals de referentieperiode. Omdat het effect van het bbp op de zorguitgaven niet onmiddellijk is, is gerekend met een 3-jaars gemiddelde van de bbp-groei per hoofd (jaar t-1 t/m t-3). De gehanteerde elasticiteit is zoals aangegeven 0,6. De berekening is: $0,6 * (2,7\% - 0,5\%) = 1,3$ waarbij 0,5% de bevolkingsgroei is.

leveren met 1,2% per jaar de grootste bijdrage aan de reële groei. Het effect van demografie en epidemiologie is groter dan in de referentieperiode, waar het 0,9% per jaar was. De overige groei voor de drie sectoren levert met 0,9% ook een vrij grote bijdrage aan de geraamde groei.¹⁶ De verwachtingen voor de potentiële groei per hoofd zijn relatief bescheiden voor de ramingsperiode bij een potentiële groei van het bbp met 1,6% per jaar en een bevolkingsgroei van 0,45% per jaar. Daarom heeft het inkomen een geringer effect op de groei van de zorguitgaven dan in de referentieperiode (0,7% i.p.v. 1,3% per jaar).¹⁷ De bijdrage van de relatieve prijs van zorg is voor de drie sectoren samen 0,7% per jaar. De inputprijzen van zorg groeien namelijk met gemiddeld 2,2% per jaar, terwijl de prijs bbp met 1,5% toeneemt. De hogere groei van de inputprijzen wordt vooral veroorzaakt door de ontwikkeling van de loonvoet markt, die gemiddeld met ongeveer 2,4% per jaar toeneemt. De bijdrage van de relatieve inputprijzen aan de groei is even groot als in de referentieperiode. De effecten van eerder ingezet beleid hebben een bescheiden neerwaartse invloed op de geraamde groei (-0,1% per jaar). Bij de bespreking van de afzonderlijke hoofdsectoren gaan we verder op het beleid in. De geraamde reële groei voor de MLT-periode is 0,5 procentpunt per jaar lager dan in de referentieperiode. Dit heeft vooral te maken met de relatief bescheiden verwachtingen voor de potentiële groei van het bbp per hoofd.

Het effect van demografie en epidemiologie is het meest omvangrijk in de Wlz; de reële uitgaven nemen ieder jaar met 1,7% toe vanwege die factoren. In de Zvw is het effect van demografie kleiner dan in de Wlz; in de Wmo/jeugdzorg is het effect nog kleiner. Dit komt omdat in de jeugdzorg de invloed van demografie negatief is (-0,7% per jaar).

Het effect van structurele groei van het inkomen per hoofd is voor elk van de drie sectoren gelijk, omdat steeds dezelfde inkomenselasticiteit wordt gebruikt. Bij de bijdrage van de relatieve prijs van zorg zijn er kleine verschillen tussen de sectoren vanwege verschillen in de gewichten van lonen en prijzen tussen sectoren. De overige groei is wat hoger in de Zvw en de Wmo/jeugdzorg dan in de Wlz (zie paragraaf 4.3).

De tabel laat zien dat beleid bij de Wlz en de Wmo nog wel enig effect heeft in de MLT-periode. Dit heeft te maken met een geleidelijke ingroei van al ingezet beleid. Mede door de verdergaande extramuralisering is het effect van beleid negatief bij de Wlz en positief bij de Wmo. De verdere infasering van de Normatieve huisvestingscomponent in de langdurige zorg leidt tot een besparing van 0,1 mld euro. De extramuralisering van zorgzwaartepakket 1-3 heeft nog enig budgettair effect na 2017. Naast een kleine per saldo besparing, betekent dit vooral een beperkte schuif vanaf de Wlz naar vooral de Wmo.

¹⁶ Omdat de overige groei in de jeugdzorg voor de raming op 0 is gezet, is de totale overige groei iets lager dan in de referentieperiode (zie tabel 4.2).

¹⁷ De berekening is: $0,6 \times (1,6\% - 0,45\%) = 0,7\%$.

Tabel 5.1 Geraamde groei van de netto zorguitgaven 2018-2021 naar determinanten (% per jaar)*

	Demografie	Inkomen	Reële lonen en prijzen	Overige groei	Beleid	Reëel	Nominaal
Zvw	1,1	0,7	0,6	1,1	0,0	3,5	5,0
Wlz	1,7	0,7	0,7	0,5	-0,5	3,1	4,7
Wmo/jeugdzorg (BKZ)	0,7	0,7	0,8	0,8	0,3	3,3	4,9
Totaal (Zvw, Wlz, Wmo, jeugdzorg)	1,2	0,7	0,7	0,9	-0,1	3,4	4,9

*Voor de Zvw en de Wlz zijn de uitkeringen conform de Nationale Rekeningen in de tabel opgenomen, dus exclusief bijvoorbeeld het opleidingsfonds bij de Zvw.

Op grond van alle factoren samen nemen volgens de raming de uitgaven het meest toe bij de Zvw, gevolgd door de Wmo/jeugdzorg en de Wlz. De groeivoeten voor de hoofdsectoren binnen de zorg ontlopen elkaar weinig. Bij de Zvw is het effect van demografie minder dan bij de Wlz, maar is de overige groei weer hoger. Deze verschillen vallen grotendeels tegen elkaar weg. Uiteindelijk is de geraamde groei in de Wlz vooral wat lager door het beleid. In de Wmo/jeugdzorg heeft het beleid een positieve invloed op de geraamde Wmo-uitgaven en is de overige groei vrij hoog, maar heeft de demografie een geringere bijdrage aan de groei. Dit heeft vooral te maken met het negatieve demografische effect in de jeugdzorg.

Nominale groei

Tabel 5.2 geeft de bedragen weer die gemoeid zijn met de verschillende regelingen. Deze tabel is in lopende prijzen en geeft de collectieve zorguitgaven in 2017 en 2021 voor de drie hoofdsectoren van de raming. De Zvw is veruit de grootste hoofdsector binnen de collectieve zorg in termen van uitgaven. In lopende prijzen nemen de uitgaven voor de drie sectoren samen met ongeveer 14 mld euro toe volgens de raming.

Tabel 5.2 Ontwikkeling collectieve zorguitgaven 2017-2021 (lopende prijzen)

	2017	2021
Wlz-uitkeringen	18	21
Zvw-uitkeringen	41	50
Wmo en jeugdzorg (BKZ)	7	8
Totaal	66	80

Werkgelegenheid

De geraamde groei van de zorguitgaven heeft ook gevolgen voor de werkgelegenheid in de zorg in de MLT-periode. Om het effect op de werkgelegenheid te kunnen berekenen, is een veronderstelling over de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de MLT-periode nodig.¹⁸ Wij gaan er bij de berekening van de werkgelegenheid vanuit dat arbeidsproductiviteit in de zorg ieder jaar met 1% toeneemt. Onder die veronderstelling neemt de werkgelegenheid in de zorg in de ramingsperiode met 2,3% per jaar toe. Dit komt omgerekend naar arbeidsjaren overeen met bijna 100.000 extra voltijdsbanen in vier jaar tijd.

¹⁸ Bijlage B.2 laat zien dat berekeningen voor de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit voor de zorg in het verleden uiteenlopende uitkomsten hebben, afhankelijk van de manier waarop de productie wordt gemeten.

Literatuur

Besseling, P. en V. Shestalova, 2011, Forecasting public health expenditures in the Netherlands, CPB Achtergronddocument.

Chessa, A.G., 2012, Ontwikkelingen van prijs en volume voor verpleging en verzorging, 1998-2010, CBS.

CPB, 2016, *Middellangetermijnverkenning 2018-2021*, CPB Boek 21

Ewijk, C. van, A. van der Horst en P. Besseling, 2013, *Toekomst voor de zorg*, CPB Boek.

Sadiraj, K., M. Ras, L. Putman en J. Jonker, 2013, Groeit de jeugdzorg door?, Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017, SCP.

Smid, B., H. ter Rele, S. Boeters, N. Draper, A. Nibbelink en B. Wouterse, 2014, *Minder zorg om Vergrijzing*, CPB Boek 12.

Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart, 2015, Advies MLT-raming zorg.

Bijlage A Inkomen

Inkomenselasticiteit

Bij econometrische macro-analyses is het bbp gewoonlijk een zeer belangrijke factor die samenhangt met de ontwikkeling van de zorguitgaven. Op macroniveau kan een stijgend inkomen ruimte scheppen voor hogere zorguitgaven, terwijl een dalend inkomen ertoe kan leiden dat de overheid ingrijpt in de collectieve zorg of individuen zelf minder geld kunnen besteden aan zorg.

Er is in de literatuur consensus over het grote belang van inkomen, maar ook veel discussie over de vraag of zorg een noodzakelijk of een luxe goed is.¹⁹ Gerdtham en Jönsson (2000) geven in hun overzicht aan dat de inkomenselasticiteit in de buurt van één ligt of hoger is. Tabel A.1 geeft een overzicht van deels meer recente literatuur waarin veel aandacht wordt gegeven aan de tijdreeks eigenschappen van de data. Dit levert ook een aantal schattingen onder de één op. Een eigen schatting van Van Elk, Mot en Franses (2009) met een errorcorrectiemodel leverde een langetermijninkomenselasticiteit dicht in de buurt van de één op.²⁰

Er zijn weinig waarnemingen waarin het bbp zich negatief ontwikkelt. Over het effect hiervan heeft de literatuur dan ook minder te zeggen. Pisu (2014) hanteert de veronderstelling dat de inkomenselasticiteit 0,8 is bij een positieve inkomensontwikkeling en 0 bij een inkomensdaling.

De afgelopen vijf jaar zijn enkele onderzoeken gepubliceerd waar we hier nader op in willen gaan, omdat die qua methode interessant zijn.

Acemoglu, Finkelstein en Notowidigdo (2013) schatten een causale inkomenselasticiteit voor de uitgaven aan ziekenhuiszorg. Hun strategie is dat ze gebruik maken van grote schokken in de olieprijs in de betreffende periode en het feit dat de ene regio meer olievoorraden heeft dan de andere. De permanente gevolgen van de schokken voor het inkomen verschillen tussen regio's en kunnen dienen als instrument om het effect van inkomen op de ziekenhuisuitgaven vast te stellen. Hun strategie is innovatief, maar de toepassing is beperkt in reikwijdte.²¹ Hun geprefereerde specificatie kent een inkomenselasticiteit van 0,72 op regioniveau en 0,55 op het niveau van staten. Costa-Font, Gemmill en Rubert (2011) doen een meta-regressieanalyse waarin ze toetsen of zorg een luxegoed is (dat wil zeggen of de inkomenselasticiteit groter dan één is). Ze houden

¹⁹ Als zorg een luxegoed is, neemt de vraag naar zorg meer dan proportioneel toe bij een stijging van het inkomen. De inkomenselasticiteit is dan groter dan 1.

²⁰ Voor de lange termijn werd een inkomenselasticiteit van 0,93 gevonden.

²¹ De analyse van de ziekenhuisuitgaven vindt plaats op regionaal niveau en vervolgens op het niveau van staten in het zuiden van de VS voor de periode 1970-1990.

rekening met verschillen tussen studies en toetsen of er sprake is van publicatiebias.²² Er blijkt inderdaad sprake te zijn van publicatiebias die samenhangt met het niveau van de analyse en de kwaliteit van het tijdschrift. Regionale analyses hangen samen met een lagere inkomenselasticiteit dan nationale analyses en betere tijdschriften hangen samen met een hogere inkomenselasticiteit. De voor publicatiebias gecorrigeerde resultaten voor de inkomenselasticiteit liggen volgens hen tussen de 0,4 en 0,8. De hypothese dat zorg een luxegoed is, wordt verworpen.

De TW heeft zich bij het advies over de omvang van de voor beleid gecorrigeerde elasticiteit o.a. laten inspireren door de analyse van Smith, Newhouse en Freeland (2009). Zij proberen de zogenoemde 'raw expenditure elasticity' zoveel mogelijk af te pellen tot een zuivere inkomenselasticiteit door rekening te houden met de invloed van technologie en verzekering (uitbreiding van de verzekeringsdekking). De ruwe uitgavenelasticiteit van 1,4 tot 1,7 wordt op deze wijze gereduceerd tot een zuivere inkomenselasticiteit van 0,6 tot 0,9. Deze elasticiteit kan als inspiratie dienen voor de MLT-zorg. De orde van grootte komt ook goed overeen met de inkomenselasticiteit die in een eerdere MLT-raming is gebruikt, namelijk 0,7 (Douven et al., 2006; Ligthart, 2007; zie ook bijlage D).

Inkomensbegrip

Het heeft een aantal voordelen om -zoals geadviseerd- als inkomensbegrip de potentiële groei te gebruiken en niet de daadwerkelijk geraamde groei. Een eerste voordeel is dat dit een structureel inkomensbegrip is, niet conjunctureel, en toekomstgericht. De geraamde potentiële groei is opgebouwd uit vier componenten: de structurele groei van de arbeidsproductiviteit per gewerkt uur, de structurele groei van het arbeidsaanbod in personen, de deeltijdfactor en de eventuele verandering in de evenwichtswerkloosheid. De potentiële groei geeft daarmee een indicatie van hoeveel welvaartsgroei er structureel beschikbaar zal zijn om extra zorguitgaven of andere uitgaven te bekostigen en is niet afhankelijk van de conjunctuur, dat wil zeggen van de ontwikkeling van de output gap. Een niet onbelangrijk tweede voordeel is bestuurlijk. Gebruik van dit inkomensbegrip vermindert tussentijdse discussies over de uitgavenraming. Bij gebruik van de feitelijke bbp-groei zal telkens wanneer de bbp-groei conjunctureel mee- of tegenvalt discussie kunnen ontstaan over de vraag of ook de raming van de zorguitgaven aangepast moet worden.

²² De verschillen betreffen precisie van de resultaten (standaardfout van de geschatte elasticiteit), niveau van de analyse (regionaal of nationaal), het aantal vrijheidsgraden, institutionele kenmerken van de geanalyseerde systemen, en de wijze van analyse (panel of dwarsdoorsnede tijdreeksen technieken).

Tabel A.1 Samenvatting van schattingsresultaten parameters (voor verschillende modellen met verschillende specificaties)

	Bbp	Vergrijzing	Relatieve prijs zorg	Technologie	Trend	Aandeel publ. financiering	Overige institutes
Christian- sen et al (2006)	0,56	niet significant in eind- specificatie		positief significant	1,5%	0,009	significant
OECD (2006)	0,87	significant positief			2% voor 70's 1,3 en 1% voor 80s en 90s		
Ligthart (2006)	0,72 - 0,99	significant positief			0,6 - 1,5%		
Dreger en Reimers (2005)	0,68 - 0,84	significant positief		proxies bv. aandeel ouderen			
Okunade et al (2004)	0,86 (groei)	significant positief (groei)	0,41 (groei) reële zorg- uitgaven			- 0,13	significant
Clemente et al (2004)	1,4 - 3,65 voor breuk (individuele landen)				andere constante en inkomens el. in meeste landen na breuk		
Ariste en Carr (2003)	0,88	niet significant			2%		
Okunade en Murthy (2002)	1,56 - 1,64			positief significant effect of R&D			
Roberts (1999)	1,25 - 2,04	niet significant	- 0,43 - 0,47 (reële zorg- uitgaven)		- 2,4%	- 0,13 -0,76	
Gerdtham et al (1998)	0,66 - 0,82	negatief, niet erg significant		positief significant			significant
Barros (1998)	0,62 - 0,92 (growth)	niet significant			groei zorg- uitgaven lager in 1980-1990	niet significant	niet significant
O'Connell (1996)	0,53	significant positief			zorguitgaven in 1990 26% hoger dan 1975	- 0,11	
Murthy en Ukpolo (1994)	0,77	significant positief	- 0,22 reële zorg- uitgaven			0,78	
Murillo et al (1993)	1,13 - 2,17		- 0,43 - - 1,11 zorguitg. in volume				
Bron: Van Elk, Mot en Franses (2009).							

Literatuur inkomen

- Acemoglu, D., A. Finkelstein en M.J. Notowidigdo, 2013, Income and health spending: evidence from oil price shocks, *The Review of Economics and Statistics*, vol. XCV(4).
- Chandra, A., J. Holmes en J. Skinner, 2013, Is This Time Different? The Slowdown in Health Care Spending, *Brookings Papers on Economic Activity*, Fall 2013.
- Chernew, M.E. en J.P. Newhouse, 2012, Health care spending growth, in: M.V. Pauly, T.G. McGuire en P.P. Barros (eds), *Handbook of health economics*, volume 2, Elsevier: 1-43.
- Costa-Font, J., M. Gemmill en G. Rubert, 2011, Biases in the healthcare luxury good hypothesis?: a meta-regression analysis, *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 174, Part1:95-107.
- Elk, R. van, E. Mot en P.H. Franses, 2009, Modelling health care expenditures, Overview of the literature and evidence from a panel time series model, CPB Discussion Paper 121.
- Gerdtham, U.G. en B. Jönsson, 2000, International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Amsterdam, Elsevier: 11-53.
- Hall, R.E. en C.I. Jones, 2004, The value of life and the rise in health spending, NBER Working Paper 10737.
- Ligthart, M., 2007, Determinanten van de gezondheidszorguitgaven, Een analyse op basis van paneldata, CPB Memorandum 186.
- Maisonneuve, C. de la en J. O. Martins, 2013, A projection method for public health and long-term care expenditures, OECD Economics Department Working Papers 1048.
- Okunade, A.A. en V.N.R. Murthy, 2002, Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture, *Journal of Health Economics*, vol. 21: 147-159.
- Pisu, M., 2014, Overcoming vulnerabilities of health care systems, Economics department Working Papers 1132, OECD.
- Smith, S., J.P. Newhouse en M.S. Freeland, 2009, Income, insurance and technology: why does health spending outpace economic growth?, *Health Affairs*, vol. 28(5).
- Spaendonck, T. van, en R. Douven, 2001, Uitgavenontwikkelingen in de gezondheidszorg, CPB Memorandum 16.

Bijlage B Overige groei

B.1 Determinanten van overige groei

De omvang van de overige onverklaarde groei hangt uiteraard af van het aantal verklarende factoren dat apart in de analyse van het verleden en in de raming voor de toekomst kan worden onderscheiden. Bijvoorbeeld, als het effect van de inkomensgroei op de zorguitgaven niet apart zou worden berekend, zou de overige groei aanzienlijk hoger zijn. Door wel rekening te houden met inkomensgroei schrijven we een deel van de groei van de zorguitgaven toe aan een toename van de welvaart. Het voordeel hiervan is dat het aandeel van de onverklaarde groei in de raming afneemt; de raming wordt voor een groter deel bepaald door determinanten waarvoor afzonderlijke projecties worden gemaakt. Dit roept de vraag op of nog meer factoren afgesplitst kunnen worden uit de overige groei. Bij de voorbereiding van het advies van de TW is bekeken wat de mogelijkheden hiervoor waren, maar dit leek geen begaanbare weg te zijn. In het volgende bespreken we voor een aantal factoren waarom dat zo is.

De technologische ontwikkeling wordt in de literatuur vaak genoemd als een van de factoren die de hoge groei van de zorguitgaven over een langere periode in veel landen kunnen verklaren (zie bijvoorbeeld Cutler en McClellan, 2001; Weisbrod, 1991). Er is echter maar weinig onderzoek dat erin slaagt de technologie op een voor de MLT bruikbare manier te operationaliseren. Zo is de gekozen operationalisatie vaak te gedetailleerd (specifieke technieken en apparaten) of te algemeen (een algemene trend).

Het schaarse onderzoek dat tot een beter geschikte operationalisatie komt (bijvoorbeeld Willemé en Dumont, 2015) is niet goed toe te passen in de MLT-raming. Een belangrijke reden hiervoor is dat het ramingsprobleem zich verplaatst naar het ramen van de determinanten van de technische ontwikkeling. Als deze ontwikkeling bijvoorbeeld afhangt van het aantal goedgekeurde nieuwe geneesmiddelen of het aantal nieuwe patenten, moet een projectie worden gemaakt van de toename van die factoren in de ramingsperiode. Voor het laatste is geen informatie beschikbaar. Vanwege deze beperkingen is het bij de MLT-raming niet zinvol om de invloed van de technologische ontwikkeling af te splitsen van de overige groei.

Voor sociaal-culturele veranderingen geldt dat deze heel moeilijk te operationaliseren zijn met als gevolg dat deze niet bruikbaar zijn als determinant in een MLT-raming.

Bij de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg is het probleem dat verschillende onderzoekers tot uiteenlopende resultaten komen voor de groei van de arbeidsproductiviteit in het verleden. Omdat niet duidelijk is hoe de productie in de zorg het beste gemeten kan worden, maken verschillende deskundigen hier verschillende keuzen over die leiden tot een andere ontwikkeling van de productie en daarmee ook van de arbeidsproductiviteit. In bijlage B.2 wordt hier verder op ingegaan.

Alles bij elkaar bleek het niet haalbaar om de technologische ontwikkeling, sociaal-culturele veranderingen, de groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg en interactie-effecten tussen verschillende factoren succesvol af te splitsen uit de overige groei.

B.2 Arbeidsproductiviteit in de zorg²³

Berekening van het productievolume

In 2004 gaf de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) aan dat er nog geen betrouwbare gegevens beschikbaar waren over de ontwikkeling van de productie in de zorg- en welzijnssector (OSA-publicatie ZW59, oktober 2004). Hierdoor kon de arbeidsproductiviteit – de relatie tussen output en arbeidsinzet – niet betrouwbaar worden gemeten.

Sindsdien zijn er verscheidene pogingen ondernomen om het productievolume en de arbeidsproductiviteit in de zorgsector eenduidig in kaart te brengen. Een vergelijking van recente Nederlandse onderzoeken leert dat aan een meting noodzakelijke keuzes vooraf gaan die de resultaten aanzienlijk beïnvloeden. Cruciale keuzes betreffen: (i) de afbakening van (sub-) sectoren (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in- of exclusief specialisten, privéklinieken en academische ziekenhuizen), (ii) de definiëring van output (idealiter in termen van gezondheidswinst, maar pragmatisch benaderd door fysieke indicatoren als ziekenhuisopnamen; het aantal producten dat wordt onderscheiden), (iii) het aggregeren van heterogene zorgproducten (met kostenaandeel, tarief of een andere wegingsfactor) en (iv) het aggregeren van heterogene arbeidsinput (bijvoorbeeld onderscheid tussen arts en verpleger of niet).

Doordat elk onderzoek een unieke keuze mix kent, zijn de resultaten verschillend. Zo lopen berekeningen van de gemiddelde jaarlijkse groei van het productievolume van de ziekenhuiszorg²⁴ over de periode 1998-2006 uiteen van 4,5% (SCP 2012) tot 3,0% (Prismant, Vandermeulen 2009)²⁵ (zie tabel B.1 hieronder). Berekeningen van de gemiddelde jaarlijkse groei van de arbeidsproductiviteit lopen eveneens uiteen. Recente studies die naar een vergelijkbare periode kijken (2002/3-2008), vinden resultaten variërend van 1,8% (Gupta 2009) tot 2,6% (Collot et al. 2009). Een studie van het CBS (2012) laat zien dat de berekende arbeidsproductiviteit sterk afhangt van de wegingsfactor voor dagopnamen en klinische opnamen. Bij een gelijke weging van de verschillende zorgproducten komt de gemiddelde jaarlijkse groei van de arbeidsproductiviteit uit op 1,4% (periode 1998-2006). Als dagopnamen een lager gewicht krijgen toebedeeld, groeit de arbeidsproductiviteit in die periode niet. Zie tabel B.1 voor een overzicht van de resultaten van recent onderzoek naar productie- en arbeidsproductiviteitsgroei in de Nederlandse ziekenhuiszorg.

²³ Met dank aan Sophie Kramer voor het uitvoeren van deze analyse.

²⁴ De uitgaven in ziekenhuizen en specialistenpraktijken vormden in 2010 40% van de totale uitgaven in de sector gezondheidszorg (CBS, *Gezondheid en zorg in cijfers*, 2012 p. 166).

²⁵ Vandermeulen, L.J.R. (2009). Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen 1998-2007, dbc's als maat voor productievolume. Utrecht: NVZ Vereniging van ziekenhuizen.

De Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012, p. 20) concludeert dat het beeld van de langdurige zorg nog diffuser is dan het beeld van de curatieve sector: “Een definitieve uitspraak over de productiviteit in de langdurige zorg kan op basis van het beschikbare onderzoek nog niet worden gegeven.”. Dit wordt onderschreven door een vergelijking van productievolumemetingen door het SCP en CBS (in SCP 2012). Het CBS onderscheidt allereerst meer verschillende zorgproducten in zowel de intramurale als de extramurale zorg dan het SCP. Zo maakt het CBS in tegenstelling tot het SCP onderscheid tussen HH1 en HH2. De verschuiving in verhouding tussen reguliere en speciale huishoudelijke hulp in de periode 2005-2008 leidt daarom alleen bij het CBS tot een verandering van het productievolume. En, daar waar het SCP uitgaat van homogene producten over de tijd, houdt het CBS rekening met het verdwijnen en ontstaan van nieuwe producten. Deze en andere verschillen in methodiek resulteren in verschillende resultaten voor de productiegroei. Over de periode 1998-2008 meet het CBS 5,5-6,0% gemiddelde jaarlijkse volumegroei van de extramurale zorg, waar het SCP uit komt op 4,6%. Ook de berekeningen voor intramurale zorg lopen uiteen: 1,1-1,4% volgens het CBS en 0,2% volgens het SCP (SCP 2012, p. 120).

Naast de diversiteit in toegepaste methodiek stuit het onderzoek naar productie- en arbeidsvolume op meer algemene problemen. Zo stelt het SCP (2010a) dat de arbeidsproductiviteit in de zorg zich grillig ontwikkelt over de tijd. Op grond van de historische ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit (periode 1985-2005) concludeert het SCP dat “[...] het verloop van de arbeidsproductiviteit in de toekomst niet goed uit het verleden is af te leiden.”. Opvallend genoeg spreekt het RIVM (2008) juist van een stijgende trend in de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen vanaf 2001. Het RIVM constateert dit op grond van een berekening van de arbeidsproductiviteit bij verschillende definities (de eerder genoemde keuze mix) over de periode 1998-2005. Door een gebrek aan data is in geen van de gevonden onderzoeken rekening gehouden met kwaliteitsveranderingen. Een daling van het aantal minuten verleende zorg kan duiden op een stijging van de arbeidsproductiviteit, maar ook op kwalitatief mindere zorg. Tot slot zijn gegevens over productie, kosten en personeel afkomstig van verschillende en in de tijd wisselende administraties, waardoor ruis in de data ontstaat.

Conclusie

Er bestaat op dit moment geen overeenstemming over een te hanteren methodiek voor het berekenen van het productie- en arbeidsvolume in de zorg. De resultaten van verschillende berekeningen van de arbeidsproductiviteit lopen uiteen. Bovendien kan niet worden gecorrigeerd voor kwaliteitsveranderingen en bestaat er geen uniformiteit in de beschikbare data. Daarom hebben we geconcludeerd dat het op dit moment niet mogelijk is om de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg op een zinvolle manier af te splitsen van de overige groei van de zorguitgaven.

Tabel B.1 Gemiddelde jaarlijkse groei productie en arbeidsproductiviteit (in procenten) Nederlandse ziekenhuiszorg

Publicatie	Onderzoek	Periode	Productie	Arbeidsproductiviteit
SCP 2007	SCP 2007	1995-2004	2,0ii	
SCP 2010b	SCP 2010b	1995-2004	2,6ii	
CBS 2006	CBS 2006	1998-2004	3,1ii	0,6ii
TU Delft, IPSE 2011	CBS 2006	1998-2004		0,6
SCP 2012	SCP 2007, 2010b	1998-2006	3,4	
SCP 2012	SCP 2012	1998-2006	4,5	
SCP 2012	CBS 2006	1998-2006	3,3	
SCP 2012	Prismant	1998-2006	3	
CBS 2012	CBS 2012	1998-2006	3,6	1,4
CBS 2012	CBS 2012	1998-2006	2,3i	0,0i
SCP 2012	Vandermeulen 2009	1998-2007		0,8iii
TU Delft, IPSE 2011	Vandermeulen 2009	1998-2007		1,6iii
SCP 2007	SCP 2007	2000-2004	2,8ii	
SCP 2010b	SCP 2010b	2000-2004	3,9	
CBS 2006	CBS 2006	2000-2004	4,5ii	1,5ii
SCP 2010b	SCP 2010b	2000-2008		0,8
TU Delft, IPSE 2011a	Gupta 2009	2002-2008		1,8
SCP 2012	SCP 2012	2003-2008		2,2
TU Delft, IPSE 2011a	Collot et al. 2009	2003-2008		2,6
SCP 2010b	SCP 2010b	2004-2008	3,5	
i. Dagbehandeling lager gewicht dan klinische behandeling.				
ii. Eigen berekening op basis van gegevens van de desbetreffende studie.				
iii. Cijfers in SCP 2012 en TUDelft, IPSE 2011 over resultaten Vandermeulen 2009 komen niet overeen.				

Literatuur overige groei

CBS, 2006, The Dutch experience in measuring health output and labour productivity, Discussion paper 06002.

CBS, 2012, Gezondheid en zorg in cijfers 2012.

Cutler, D.M. en M.McClellan, 2001, Is technological change in medicine worth it?, *Health Affairs* September/October 2001.

Ecorys, 2013, Productiviteitsontwikkelingen en gereguleerde tarieven in de zorg, Methoden en beoordelingskader, in opdracht van Nederlandse Zorgautoriteit.

IPSE Studies, Technische Universiteit Delft, 2011a, Ziekenhuismiddelen in verband, Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009.

IPSE Studies, Technische Universiteit Delft, 2011b, Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1972 en 2008.

Kiwa Prismant, 2012, Productiviteitswinst in de Zorg, Who gets what, when and how?

OSA, 2004, Arbeid in zorg en welzijn, Samenvatting, conclusies en aanbevelingen, Integrerend OSA-rapport 2004, OSA-publicatie ZW59.

RIVM, 2008, Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, RIVM rapportnummer: 260602003.

SCP, 2007, Publieke prestaties in perspectief, Memorandum quartaire sector 2006-2011, SCP-publicatie 2007/1.

SCP, 2010a, Zorgen voor Zorg, Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030, SCP-publicatie 2010/24.

SCP, 2010b, Publieke dienstverlening in perspectief, SCP-memorandum voor de kabinetsformatie 2010, SCP-publicatie 2010/16.

SCP, 2012, Waar voor ons belastinggeld?, Prijs en kwaliteit van publieke diensten, SCP-publicatie 2012-2.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012, Naar beter betaalbare zorg (De Taskforce Beheersing Zorguitgaven is ingesteld door de bewindspersonen van VWS en de minister van Financiën).

Weisbrod, B., 1991, The health care quadrilemma: An essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment, *Journal of Economic Literature*, vol. 29: 523-552.

Willemé, P. en M. Dumont, 2015, Machines that go 'ping': medical technology and health expenditures in OECD countries, *Health Economics*, vol. 24(8):1027-41.

Bijlage C Keuze van de referentieperiode

Bijlage C.1 Decomposities: wijziging in overige groei in de tijd

In paragraaf 2.6 is beschreven dat een zoveel mogelijk beleidsneutrale referentieperiode wordt gebruikt om de overige groei in het verleden te berekenen, zodat geen aparte beleidscorrectie hoeft plaats te vinden. Als referentieperiode is de periode 1990-2010 gekozen. In deze bijlage wordt deze keuze toegelicht door de overige groei voor het eerste en het tweede deel van de periode te vergelijken met elkaar en met het beleid in die perioden. In het tweede deel van deze bijlage wordt de overige groei in Nederland vergeleken met die in omringende landen.

De jaren negentig van de vorige eeuw waren jaren van een streven naar beheerste groei in de zorg, taakstellende MLT-ramingen en budgettering. In het eerste decennium van de nieuwe eeuw was het beleid heel anders: wachtlijsten werden bestreden, de strakke budgettering werd geleidelijk afgeschaft en het recht op zorg kwam steeds meer centraal te staan. In deze periode kwamen pgb's ook algemeen beschikbaar waardoor de uitgaven daaraan snel toenamen. Als zoals verwacht de overige groei zeer bescheiden is in het eerste deel van de periode en veel hoger in het tweede deel, is dit een indicatie dat de periode een restrictief en een expansief deel kent, en als geheel redelijk beleidsneutraal is. Het valt echter nooit te bewijzen dat een bepaalde periode exact beleidsneutraal is. Daarvoor zou een betrouwbare inschatting van het kwantitatieve effect van beleid gemaakt moeten kunnen worden. Omdat dit niet uitvoerbaar is, werken we met een zoveel mogelijk beleidsneutrale periode.

In tabel C.1 wordt de decompositie van de groei van de zorguitgaven voor 1990-2010 gemaakt met behulp van een inkomenselasticiteit van 0,6.²⁶ Om een indruk te krijgen van de effecten van beleid op de overige groei kijken we binnen deze periode naar twee subperioden. Vanwege praktische redenen rond de beschikbaarheid van data wordt de grens tussen het eerste en het tweede deel van de referentieperiode bij 1998 gelegd. De totale groei van de zorguitgaven is aanzienlijk hoger in de tweede subperiode. Dit valt niet te verklaren uit verschillen in prijsontwikkeling: de prijs bbp en de inputprijzen kennen een vergelijkbare ontwikkeling in de beide subperioden. Hetzelfde geldt voor demografie en de groei van het inkomen per hoofd. De aanzienlijk hogere groei in 1999-2010 vertaalt zich in een aanzienlijk hogere onverklaarde overige groei in die periode vergeleken met 1991-1998. In de eerste subperiode is de berekende overige groei 0% per jaar, in de tweede subperiode 1,8% per jaar. Voor de periode als geheel is de overige groei 1% per jaar.

Deze overige groei staat niet alleen onder de invloed van beleid. Zoals aangegeven kunnen ook andere factoren een rol spelen zoals sociaal-culturele veranderingen, veranderingen in de arbeidsproductiviteit in de zorg en het beschikbaar komen van nieuwe technologie voor

²⁶ We nemen de gemiddelde inkomensgroei per hoofd van jaar t-1 t/m t-3 op in de decompositie. Het is ook mogelijk om een langere periode te analyseren, bijvoorbeeld 1970-2010 of 1980-2010. Zie voor dergelijke analyses De Jong (2012), Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010, CPB Achtergronddocument.

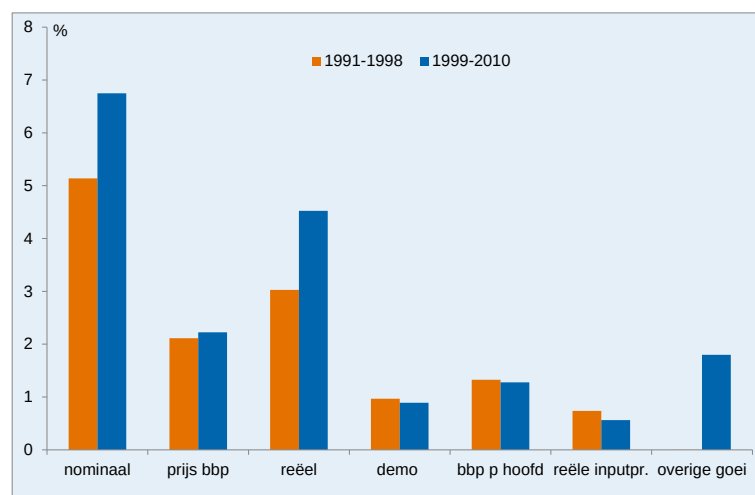
zover dat niet samenhangt met groei van het inkomen. De veranderingen in het beleid zijn echter wel de meest voor de hand liggende verklaring voor de toename van de overige groei. Er is geen reden om aan te nemen dat de technologie zich veel sneller heeft ontwikkeld in de tweede subperiode. De internationale vergelijking hieronder laat ook zien dat in omringende landen de overige groei niet is toegenomen tussen de twee subperiodes. Als een versnelling van technologische ontwikkelingen had plaats gevonden, was te verwachten dat dit ook in andere landen effect zou hebben op de overige groei. Na correctie voor inkomensgroei is beleid waarschijnlijk de belangrijkste factor die de overige groei beïnvloedt. Het feit dat de overige groei veel hoger is in de jaren van expansief beleid en veel lager in de budgetteringsjaren geeft dus een indicatie dat het plausibel is om de periode 1990-2010 als een beleidsneutrale periode te zien.

Tabel C.1 **Decompositie van de groei van de zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo, jeugdzorg) voor twee periodes (% per jaar; inkomenselasticiteit = 0,6)**

	1991-1998	1999-2010	1991-2010
Nominaal	5,1	6,7	6,1
Prijs bbp	2,1	2,2	2,2
Reëel	3,0	4,5	3,9
w.v. demografie	1,0	0,9	0,9
w.v. inkomen	1,3	1,3	1,3
w.v. relatieve inputprijzen	0,7	0,6	0,7
w.v. overige groei	0,0	1,8	1,0

Figuur C.1 laat het bovenstaande nog eens grafisch zien. De meeste determinanten hebben een vergelijkbare invloed in het eerste en het tweede deel van de periode, maar de overige groei is in 1999-2010 veel hoger dan in 1991-1998.

Figuur C.1 **Decompositie van de groei van de zorguitgaven voor twee periodes**

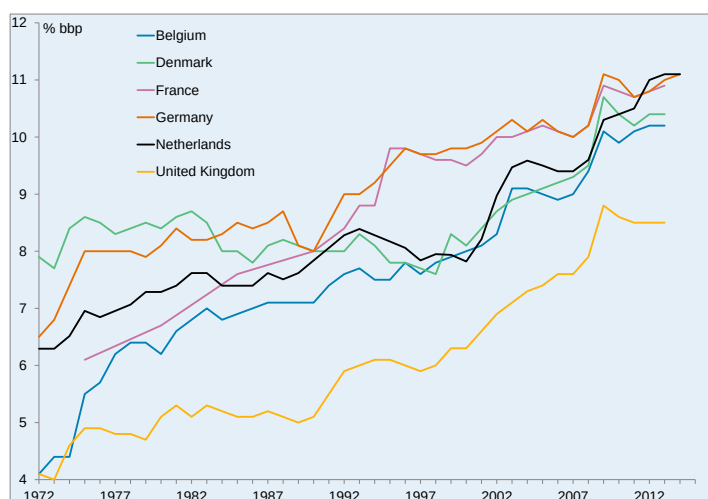


Bijlage C.2 Internationale vergelijking

Op basis van gegevens van de OESO kan een vergelijkende analyse tussen landen worden gemaakt. Er is gekeken naar Nederland en een zestal naburige landen: België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

In Figuur C.2 is de ontwikkeling van de zorguitgaven vanaf 1972 weergegeven in Nederland (zwarte lijn) en de zes naburige landen. Dan is te zien dat de uitgaven in Nederland vanaf 2000 relatief hard groeiden, terwijl de ontwikkeling vóór 2000 juist vrij gematigd was. Daardoor is Nederland binnen deze groep landen gestegen van een lage positie in de jaren 80 naar de bovenste plaats (samen met Duitsland) als het gaat om het niveau van de zorguitgaven in procenten van het bbp. In sommige recente jaren speelt daarbij ook een noemereffect een rol: in Nederland was de recessie vanaf 2009 scherper en hield langer aan dan in de overige getoonde landen.

Figuur C.2 Zorguitgaven in % bbp in Nederland en enkele naburige landen



Bron: OESO27.

Vervolgens is de 'apfelmethode' toegepast op de zorguitgaven van al deze landen. Omwille van de vergelijkbaarheid is bij de decompositie op enkele punten afgeweken van de methode die is gebruikt voor Nederland. Het samenstellingseffect in de demografie is vormgegeven door te kijken naar de groei van 80-plussers in afwijking van de totale bevolkingsgroei. Ook voor de zorgprijzen zijn iets andere basisgegevens gebruikt.²⁸

In tabel C.2 zijn de cijfers voor Nederland (volgens internationale definities) vergeleken met het gemiddelde van de eerdergenoemde zes landen.²⁹

²⁷ In de tijdreeksen van de OESO zitten reeksbreuken.

²⁸ Harmonized consumer prices en average annual wages.

²⁹ Vanwege de eerder genoemde reeksbreuk is voor de groeiberekening in Nederland het jaar 2005 buiten beschouwing gelaten. In de figuur is deze breuk 'gelijmd'.

Tabel C.2 Reële groei zorguitgaven naar determinanten in Nederland en in andere landen

	1991-2000 Nederland	Zes omliggende landen	Vershil	2001-2010 Nederland	Zes omliggende landen	Vershil
In % mutaties						
Totaal	3,2	3,8	-0,6	4,6	3,3	1,2
Waarvan:						
demografie groei	0,6	0,8	-0,2	0,4	0,5	0,0
demografie samenstelling	0,2	0,1	0,1	0,5	0,6	0,0
zorgprijzen	0,1	1,1	-1,0	0,4	0,4	-0,1
bbp per cap	1,5	0,8	0,7	1,2	1,1	0,1
overige groei	0,7	0,9	-0,2	2,0	0,8	1,2

Te zien is dat in de periode 1991-2000 de aldus berekende overige groei van de zorguitgaven in Nederland vergelijkbaar is met de naburige landen. In 2001-2010 ligt de overige groei veel hoger in Nederland dan in de andere landen. Dit kan wijzen op een meer expansief beleid in Nederland in de genoemde periode. Dit ligt in lijn met de uitkomst van de analyse met verschillende periodes.

Bijlage D Relatie tot eerdere ramingsmethoden

De methode die de TW adviseert, wijkt in enkele opzichten af van de methode die gevolgd is bij eerdere ramingen.³⁰ Ook in het verleden hebben overigens regelmatig aanpassingen plaatsgevonden in de methode van ramen. In deze bijlage geven we kort aan wat er is veranderd en wat de voordelen van de recente aanpassingen zijn.

Ten opzichte van de ramingen uit 2011 en 2012 zijn vooral de wijze van corrigeren voor beleid en de rol van inkomen in de raming veranderd.³¹

De correctie voor beleid verloopt in de huidige raming door een referentieperiode te kiezen die per saldo zoveel mogelijk beleidsneutraal is, waardoor geen aanvullende correctie voor beleid meer nodig is. Bij de twee laatste MLT-ramingen is een veel kortere referentieperiode gebruikt (2001-2008) die volgens de inzichten van dat ogenblik niet beleidsneutraal was.³² Daarom moesten die ramingen expliciet geschoond worden voor beleid. Het is echter vanwege gebrek aan informatie erg lastig om op een gedegen manier te corrigeren voor het effect van afzonderlijke beleidsmaatregelen, zoals hierboven is aangegeven.

³⁰ Er zijn MLT-ramingen voor de zorg gemaakt in 2001, 2006, 2011 en 2012.

³¹ Voor een uitgebreide beschrijving van de methodiek die het CPB heeft gebruikt voor de MLT- raming 2011-2015, verwijzen we naar Besseling en Shestalova (2011). Voor de MLT-raming 2013-2017 is grotendeels dezelfde methode gebruikt, met een andere sectorindeling.

³² Dit inzicht is nog steeds geldig.

Een ander verschil met eerdere ramingen is dat in de huidige raming het inkomen een rol speelt in de decompositie van de groei in het verleden en in de raming voor de toekomst. Hierdoor is de onverklaarde overige groei in vergelijking met eerdere ramingen geringer in omvang. Bij de eerdere ramingen op grond van een korte referentieperiode was het lastiger om rekening te houden met de groei van het inkomen vanwege conjuncturele schommelingen die bij een lange referentieperiode meer uitmiddelen. Omdat bij deze eerdere ramingen geen rekening werd gehouden met inkomen, resulteerde een hoge onverklaarde overige groei die een belangrijk deel uitmaakte van de geraamde groei voor de toekomst.

Nieuw is het gebruik van het inkomen in de MLT-zorgramingen overigens niet. In de raming voor 2008-2011 speelde het inkomen ook al een rol.³³ Daar werd gebruik gemaakt van een paneldata-analyse van de zorguitgaven in een aantal landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), voor de periode 1972-2003.³⁴ De resultaten van de paneldata-analyse werden gebruikt om de totale volumeontwikkeling van de curatieve zorg te bepalen. De volumegroei in de curatieve zorg als geheel werd voor 2008-2011 gebaseerd op bevolkingsgroei, vergrijzing, de groei van het bbp per capita, overige groei (o.a. technologie) en een beleidseffect. De verwachte groei van het bbp per capita met 1,5% per jaar vertaalde zich in combinatie met de geschatte inkomenselasticiteit van 0,7 in een bijdrage aan de volumegroei in de curatieve zorg van 1,1% per jaar.

Voor de eerste realistische middellangetermijnraming van de zorguitgaven voor 2003-2006 in 2001 werd het Zorgmodel gebruikt, een model dat vraag en aanbod in de zorg weergaf.³⁵ Het Zorgmodel liet gedragsreacties en endogene doorwerkingen zien, maar veronderstellingen over de ontwikkeling van exogene factoren bleken uiteindelijk het meest bepalend voor de resultaten. Daarom was de toegevoegde waarde van het model te gering in relatie tot de inspanning die nodig was om het model up-to-date te houden. Voor latere ramingen is het Zorgmodel niet meer gebruikt.

In de raming voor de jaren 2003-2006 werd voor de zorg als geheel een volumegroei van 2,5% per jaar verwacht bij ongewijzigd beleid, waarvan 1,1% voor demografische ontwikkelingen en 1,4% voor overige groei door factoren zoals medisch-technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele trends, afwijkingen van de vaste kostenprofielen per leeftijd en geslacht en ontwikkelingen in de capaciteit. Om de omvang van de overige groei te kunnen schatten is in 2001 gebruik gemaakt van een analyse van de reële uitgaven aan zorg in 18 OESO-landen voor de periode 1960-1997.³⁶ De daar gevonden restgroei werd gecorrigeerd voor de verwachte invloed van ongewijzigd beleid (matigend, maar niet in dezelfde mate als in de periode 1980-1997). Het inkomen speelde geen expliciete rol in de raming voor 2003-2006.

³³ Douven et.al. (2006).

³⁴ Ligthart (2007).

³⁵ Deze raming is beschreven in Folmer et al. (2001).

³⁶ Van Spaendonck en Douven (2001).

Literatuur eerdere ramingsmethoden

Douven, R., M. Ligthart, H. Mannaerts en I. Wittig, in samenwerking met het SCP en RIVM, 2006, Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011, CPB Document 121.

Folmer, K. E. Mot en R. Doven, (CPB), E. van Gameren, I. Wittig en J. Timmermans (SCP) m.m.v. RIVM, 2001, Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006, CPB Document 007.

Ligthart, M., 2007, Determinanten van de gezondheidszorguitgaven, Een analyse op basis van paneldata, CPB Memorandum 186.

Spaendonck, van T. en R. Douven, 2001, Uitgavenontwikkelingen in de gezondheidszorg, CPB Memorandum 16.



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

info@cpb.nl | www.cpb.nl

Maart 2016