

CPB Document

No 121

Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011

Rudy Douven, Marco Ligthart, Hein Mannaerts, Isolde Woittiez,
in samenwerking met het SCP en 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 90-5833-278-0

Korte samenvatting

Deze studie beschrijft een scenario voor de zorguitgaven voor de middellange termijn bij ongewijzigd beleid. In het scenario groeien de nominale zorguitgaven gedurende de periode 2008-2011 gemiddeld met 5,5% per jaar. 2,8%-punt van deze groei wordt bepaald door volumegroei, zoals de bevolkingsgroei en vergrijzing (0,9%-punt), en overige volumegroei, zoals technologische vooruitgang, kwalitatief betere zorg en meer vraag naar zorg door een stijging van de welvaart (1,9%-punt). De overige groei, 2,7%-punt, wordt bepaald door stijgende prijzen in de zorg, die daarmee 1,2%-punt sneller stijgen dan de verwachte algemene inflatie in de economie. Omdat de arbeidsproductiviteit in de zorg minder snel groeit dan in de rest van de economie stijgen de prijzen in de zorg 0,8%-punt sneller dan de algemene inflatie (het Baumol effect). De overige 0,4%-punt wordt bepaald doordat de prijzen van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe apparatuur vaak sneller stijgen dan de algemene inflatie.

Steekwoorden: middellange termijn, zorguitgaven, technologische vooruitgang, vergrijzing

Abstract

This study presents a scenario for the Dutch medium-term health care and long-term care expenditures. In the scenario, total expenditures for health care and long-term care will grow during the period 2008-2011 on average by 5.5% per annum. 2.8%-point of this growth is determined by volume growth, such as population growth and ageing (0.9%-point), and other volume growth, such as technological progress, higher quality in medical care and more demand due to a wealthier population (1.9%-point). 2.7%-point of health-care expenditure growth is due to increasing prices in health care, which increase 1.2%-point faster than general inflation in the economy. Since labour productivity in health care grows less faster than labour productivity economy wide, health-care inflation rises 0.8%-point more than general inflation (the Baumol effect). The other 0.4% point is due to the fact that prices of pharmaceuticals and new technological products often grow faster than general inflation.

Key words: medium term, health-care expenditures, technological progress, ageing

A comprehensive summary is available from www.cpb.nl.

Inhoud

Ten geleide	7
Samenvatting	9
1 Inleiding	11
1.1 Waarom een raming van de zorguitgaven?	11
1.2 Belangrijke factoren die de zorguitgaven beïnvloeden	11
1.3 Invulling van ongewijzigd beleid	13
1.4 Opbouw raming	14
1.5 Definities van de zorgsector	16
2 Trends in de totale zorguitgaven	19
2.1 Relatie tussen de BKZ en CPB definitie van de zorg	19
2.2 Trends in de totale zorguitgaven	20
2.3 Arbeidsproductiviteit in de zorg	22
3 Volumeraming care	25
3.1 Volumeraming verpleging en verzorging	26
3.2 Volumeraming gehandicaptenzorg	27
4 Volumeraming cure	29
4.1 Volumeraming van de totale curatieve zorg	29
4.2 Volumeraming per sector van de curatieve zorg	31
5 Prijzen en werkgelegenheid in de zorg	39
5.1 Raming van de prijzen in de zorg	39
5.2 Raming van de werkgelegenheid in de zorg	42
6 Totale uitgaven en onzekerheden	45
6.1 Onzekerheden in de raming	46
Referenties	49
Appendix A: Veranderingen in leefstijl leiden nauwelijks tot kostenverschuivingen	53
Appendix B: Raming van de sector verpleging en verzorging	55

Ten geleide

Voor het vaststellen van de budgettaire kaders voor de komende kabinetsperiode 2008-2011 willen beleidsmakers inzicht hebben in de toekomstige economische ontwikkelingen. Het CPB maakt daarom een scenario van de economische ontwikkelingen voor de periode 2008-2011. Dit document maakt een onderdeel uit van deze scenarioanalyse en beschrijft een scenario voor de uitgaven in de gezondheidszorg in de periode 2008-2011 bij ongewijzigd beleid.

Het scenario is opgesteld door het CPB. Hierbij is op onderdelen samengewerkt met het SCP en het RIVM. Met het SCP is samengewerkt bij het opstellen van het scenario voor de AWBZ-sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg. Het RIVM heeft een analyse gemaakt van het effect op de zorguitgaven van mogelijke veranderingen in leefstijl van de bevolking. De eindverantwoordelijkheid van het project berust bij het CPB.

Namens het CPB hebben aan het project gewerkt Rudy Douven (projectleider), Adriaan van Hien, Marco Ligthart, Hein Mannaerts, Esther Mot, Rocus van Opstal en Marc Pomp, namens het SCP John Stevens en Isolde Woittiez, en namens het RIVM Pieter van Baal en Johan Polder. Er zijn regelmatig bijeenkomsten met de verschillende ministeries geweest om de voortgang van het project te bespreken; hierbij bedanken we met name Philip ten Cate, Martin Holling, Eric Hubert, Jaap Janse, Petra Jansen, Aloys Kersten, Rafael Lizanzu, Boudewijn van Opstal, Jan Poelert, Carina van Vliet en Arjan Wildschut (Ministerie van VWS), Peter Hoekstra, Martijn Looijer en Focco Vijzelaar (Ministerie van Financiën), en Jeroen Brinkhoff (Ministerie van Economische Zaken).

Coen Teulings, directeur CPB

Samenvatting

Voor het vaststellen van de budgettaire kaders voor de komende kabinetsperiode 2008-2011 willen beleidsmakers inzicht hebben in de toekomstige economische ontwikkelingen. Dit document beschrijft een scenario voor de uitgaven in de gezondheidszorg in de periode 2008-2011.

In het scenario gaan we uit van *ongewijzigd beleid*, dat wil zeggen dat we veronderstellen dat de overheid alleen pakketwijzigingen, hogere eigen risico's of andere beleidsmaatregelen doorvoert als daar nu al toe besloten is. Verder veronderstellen we in het scenario dat de overheid het ingezette beleid van meer vraagsturing in de zorg in de komende kabinetsperiode voortzet. Daarnaast gaat het scenario uit van een behoedzame economische groei van 1¾%.

In het scenario is de gemiddelde jaarlijkse volumegroei in de zorg 2,8% per jaar, dat is ongeveer 1% hoger dan de economische groei. De volumegroei in de zorg is voor ongeveer 0,9%-punt gebaseerd op demografische ontwikkelingen (0,2%-punt bevolkingsgroei en 0,7%-punt vergrijzing) en voor 1,9%-punt uit overige volumegroei. In deze overige volumegroei zitten nieuwe technologische ontwikkelingen, meer vraag naar zorg door een stijging van de welvaart, en kwaliteitsverbeteringen in de zorg opgesloten. Bovendien is er in de overige volumegroei rekening mee gehouden dat in de periode 2008-2011 minder sprake zal zijn van aanbodsturing dan in het verleden en dat er meer ruimte zal zijn voor vraagsturing. Hiervoor is een extra volume-effect van 0,3%-punt meegenomen.

De prijs in de zorg groeit jaarlijks met gemiddeld 2,7%, dat is 1,2%-punt sneller dan de geraamde algemene inflatie in de economie. Dit ruilvoet effect van 1,2%-punt komt voor 0,8%-punt voor rekening van het zogenoemde Baumol effect. Doordat de zorg arbeidsintensief is en de arbeidsproductiviteit moeilijk is te verbeteren blijft deze structureel achter bij andere bedrijfstakken in de economie. Omdat de lonen in de zorg de algemene loonontwikkeling in de economie volgen wordt de zorg in verhouding steeds duurder. Daarnaast speelt een rol dat de prijzen van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe apparatuur met ongeveer 0,4%-punt sneller zullen stijgen dan de algemene inflatie.

Als gevolg van 2,8% volumegroei en een 2,7% prijsgroei in de zorg stijgen de nominale zorguitgaven in de periode 2008-2011 jaarlijks gemiddeld met 5,5%. Dat is ruim 2% sneller dan de nominale economische groei. In het scenario stijgen zowel de totale, als collectief, gefinancierde zorguitgaven als percentage van het BBP met ongeveer 1%-punt in de komende kabinetsperiode.

Deze stijging heeft ook gevolgen voor de arbeidsmarkt. In het scenario is de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg met 0,3% per jaar laag, vergeleken met de arbeidsproductiviteitsgroei in de rest van de economie. Omdat deze arbeidsproductiviteitsgroei beduidend lager is dan de volumegroei in de zorg, groeit de werkgelegenheid in de zorg met ongeveer 2% per jaar. Hoewel in het scenario de werkgelegenheid in de totale economie

nauwelijks toeneemt, blijft de werkgelegenheid in de zorg gedurende 2008-2011 groeien met ongeveer 2% per jaar.

Bij de raming van de zorguitgaven zijn de onzekerheden groot. De groei in de zorg kenmerkte zich jarenlang door budgettaire beperkingen waardoor de wachtlijsten in de zorg toenamen. In de beginjaren van het nieuwe millennium kwam er een institutionele omslag van aanbodsturing naar vraagsturing en namen de nominale zorguitgaven onstuimig toe, soms met meer dan 10% per jaar. Deze institutionele omslag en de invoering van het nieuwe zorgstelsel maken dat de toekomstige zorguitgaven moeilijk zijn in te schatten.

1 Inleiding

1.1 Waarom een raming van de zorguitgaven?

Voor het vaststellen van de budgettaire kaders voor de komende kabinetsperiode 2008-2001 willen beleidsmakers inzicht hebben in de toekomstige economische ontwikkelingen. Hoe ontwikkelt de economie zich wanneer het huidige ingezette beleid ongewijzigd wordt voortgezet? Een dergelijk ongewijzigd beleidscenario vormt de basis waarop plannen kunnen worden ontwikkeld om nieuw beleid te voeren. Het CPB maakt daarom een raming van de totale economie voor de komende kabinetsperiode (CPB, 2006, Jansen, 2006). Het onderliggende document vormt een onderdeel van deze raming en beschrijft een ongewijzigd beleid scenario voor de zorguitgaven.¹

De opzet van het document is als volgt. In dit hoofdstuk beschrijven we de opbouw van de raming en geven we een nadere invulling van ongewijzigd beleid. In hoofdstuk 2 kijken we terug naar trends in het verleden, en in hoofdstuk 3 en 4 beschrijven we de volumeraming van de care (sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg) en de curatieve zorg. In hoofdstuk 5 presenteren we de prijsraming en de gevolgen voor de werkgelegenheid in de zorg. In hoofdstuk 6 besluiten we met een overzicht en gaan we nader in op onzekerheden.

1.2 Belangrijke factoren die de zorguitgaven beïnvloeden

Vele factoren zijn van invloed op de uitgavengroei in de zorg. Algemeen beschouwt men de medische technologie als een van de belangrijkste factoren voor de hoge zorguitgavengroei in de curatieve zorg in het verleden (Weisbrod (1991) en Jones (2002)). De verwachting is ook dat in de (nabije) toekomst nieuwe technologie op het gebied van genterapie, genetisch testen en screenen, beeldtechnologie, vaccins, kunstmatig bloed, transplantaties, nieuwe geneesmiddelen etc., beschikbaar zal komen. Een andere prominente factor is het zogenoemde Baumol effect (Baumol, 1965). Omdat de arbeidsproductiviteit in de zorg minder snel groeit dan in de rest van de economie, terwijl de lonen in de zorg gelijke tred houden met de loonontwikkeling in de rest van de economie, stijgen de prijzen in de zorg sneller dan de gemiddelde inflatie. Een derde factor is de demografie. Nederland wordt grijzer en dit heeft niet alleen economische gevolgen (Van Ewijk et al., 2006), maar door een grijzer wordende bevolking zal de druk op de gezondheidszorg toenemen. Overigens is vergrijzing een relatief bescheiden factor in de groei van de zorguitgaven, en die factor wordt nog kleiner wanneer men rekening houdt met de zorguitgaven van het laatste levensjaar (Breyer en Felder, 2006, Polder et. al., 2006, Westerhout en Pellikaan, 2005).

¹ In Folmer et al. (2001) publiceerde het CPB en SCP een scenario voor de zorguitgaven van 2003-2006. In Bos et al. (2005) beschreef het CPB vier lange termijn scenario's voor de zorg en de overheid tot 2040.

Naast deze meer traditionele factoren zal in de MLT-periode de nieuwe koers in de zorg een belangrijk stempel gaan drukken op de groei van de uitgaven. Zo was lange tijd sprake van aanbodsturing om de uitgavenstijging in de zorg te beheersen. Vanaf het jaar 2000 trad echter een verandering op en werd geleidelijk aan meer vraagsturing geïntroduceerd. De zorg zit momenteel midden in een proces van overgang van aanbodsturing naar meer vraagsturing. Inmiddels zijn enkele grote stappen gezet om meer concurrentie in de zorg te bewerkstelligen. In de curatieve zorg is op 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd met de bedoeling om meer concurrentie tussen verzekeraars te stimuleren. Daarnaast trad de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking. Zorginstellingen krijgen meer vrijheid bij de bepaling van de bouw en capaciteit en krijgen ook meer ruimte om winst te maken. Ook in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is sprake van grote veranderingen. Het 'recht op zorg' zorgde er voor dat sinds 2000 extra gelden voor de zorg beschikbaar kwamen. Daarnaast zorgde een 'moderniseringsoperatie' in de AWBZ voor meer vraagsturing (Douven, Mot en Folmer, 2005). Inmiddels is de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) van kracht om het toezicht op deze processen van meer marktwerking in de zorg in goede banen te leiden. In het vervolg zullen we zien dat de invoering van meer vraagsturing zowel in de curatieve zorg als in de AWBZ heeft geleid tot grote uitgavenstijgingen in de zorg.

Veranderingen in leefstijl leiden nauwelijks tot verschuivingen in de zorguitgaven

In de raming wordt geen rekening gehouden met mogelijke trendmatige veranderingen in de leefstijl van de bevolking. Hoewel de stijgende welvaart tot veranderingen in leefstijl leidt zijn de effecten daarvan op de totale zorguitgaven klein. Van de totale sterfte en ziektelast in Nederland wordt een groot deel door ongezond gedrag veroorzaakt. Zo is 15% van de jaarlijkse sterfte en 85% van het aantal longkanker gevallen te wijten aan roken. Omdat ongezond gedrag het aantal ziekte- en sterfgevallen beïnvloedt, zorgen veranderingen in ongezond gedrag voor veranderingen in de zorgvraag, het zorggebruik en de zorgkosten. Waarom zijn de effecten op de gezondheidszorguitgaven echter klein?

Berekeningen van het RIVM (zie Appendix A) tonen aan dat wanneer veel Nederlanders stoppen met roken en de verwachte stijging in het aantal mensen met overgewicht niet doorzet, dat dan de zorgkosten op korte termijn iets minder hard stijgen door vermindering van de ziektelast, maar op lange termijn juist iets meer vanwege een toename van de levensverwachting. De effecten op de groei van de zorguitgaven blijken beduidend kleiner te zijn dan 0,1% per jaar. Eventuele kosten die gemaakt dienen te worden om Nederlanders ertoe te bewegen zich gezonder te gedragen zijn buiten beschouwing gelaten. De conclusie is dat voor een raming van de uitgavenontwikkeling in de zorg factoren als technologie, vergrijzing, inkomensontwikkelingen, Baumol en institutionele aspecten in de zorg een grotere rol spelen dan veranderingen in leefstijl. Dit laat onverlet dat gezond gedrag misschien weinig oplevert in termen van zorguitgaven maar wel veel kan opleveren in termen van gezondheid en economische productiviteit (zie ook Pomp et.al., 2006)

Bovengenoemde factoren in de zorg staan niet op zichzelf maar hangen weer af van de economische omgeving. De mate waarin technologie doorsijpelt in de zorg zal niet alleen afhangen van het aantal nieuwe behandeltechnieken en medicijnen dat op de markt verschijnt maar ook van de wenselijkheid van nieuwe technologieën en het beschikbare inkomen om deze

te bekostigen. De grootte van het Baumol effect op de zorguitgaven hangt sterk af van de reële loonontwikkeling elders in de economie. In tabel 1.1 zijn de economische en demografische omgevingsfactoren geschetst, waarbij uitgegaan wordt van een behoedzame raming van de economie (Jansen, 2006). Uit de tabel volgt dat het behoedzame groeiscenario 2008-2011 voor het BBP-volume uitkomt op 1¾% en voor de BBP-prijs op 1½%. De volumegroei van het BBP is ¾%-punt per jaar lager dan in de periode 1996-2007. Door een lage groei van de potentiële beroepsbevolking groeit de werkgelegenheid minder hard in de MLT-periode. De reële lonen groeien met 1¾% wel 1%-punt harder dan in de periode 1996-2007. Verder volgt uit tabel 1.1 dat de bevolkingsgroei afneemt naar ¼% in de ramingperiode en dat het aandeel 65+'ers groeit met gemiddeld 1¾% per jaar.

Tabel 1.1 Kerngegevens Nederlandse economie*

	1996-2007	2008-2011
	gemiddelde mutaties per jaar in %	
BBP (volume)	2½	1¾
Prijs BBP	2¼	1½
Consumentenprijs	2¼	1¼
Arbeidsproductiviteit (totale economie)	1¾	1½
Werkgelegenheid (in personen)	1½	¼
Loonontwikkeling	3	3¼
Bevolkingsgroei	½	¼
Aandeel 65+'ers	¾	1¾

1.3 Invulling van ongewijzigd beleid

Bij het opstellen van het scenario 2008-2011 voor de zorg wordt uitgegaan van ongewijzigd beleid. Dit houdt in dat alleen bestaand beleid wordt meegenomen.

Wanneer men ongewijzigd beleid tot in detail wil invullen dan zijn er veel opties mogelijk. We kiezen in de MLT-raming voor een globale invulling van ongewijzigd beleid. We veronderstellen dat in de periode 2008-2011 het huidige beleid in de Zvw en AWBZ wordt doorgezet en dat er geen grote schuiven in de financiering optreden. Met het doorzetten van huidige beleid in de Zvw wordt bedoeld dat het beleid erop gericht is om de concurrentie in de zorg verder te stimuleren, via verdere deregulering van het zorgaanbod, een groter transparantie van de prijs en kwaliteit van producten, waarborgen toegankelijkheid, ontwikkelen van markttoezicht, verbetering van de risicoverevening etc. Hoewel er plannen op stapel liggen om wijzigingen in de AWBZ aan te brengen (Pomp et. al., 2006, RVZ, 2006, CVZ, 2006) gaan we bij de raming uit van ongewijzigde instituties en blijft de taak van het zorgkantoor om doelmatig zorg in te kopen. Ook bij de AWBZ wordt verondersteld dat de overheid verder werkt aan transparantie van kwaliteit, eventuele verdere deregulering van het zorgaanbod en het borgen van toegankelijkheid.

Geen grote schuiven in de financiering wil zeggen dat in de periode 2008-2011 geen grote veranderingen in het basispakket van de Zvw en de AWBZ-verstrekingen optreden, maar dat de evolutie van beide onderhevig is aan de gebruikelijke wijzigingen zoals het toelaten van nieuwe technologie en het afstoten van verouderde behandelmethoden. Ook veronderstellen we in de raming geen schuif van zorgonderdelen tussen de AWBZ en de Zvw en de AWBZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).² De situatie van 2007 blijft dus gehandhaafd voor de periode 2008-2011. Dit geldt ook voor de eigen betalingen. De no-claim blijft in zijn huidige vorm bestaan en in de AWBZ vinden geen grote tariefveranderingen plaats.

Bovenstaande visie van ongewijzigd beleid is tamelijk grof en abstraheert van een verdere gedetailleerde invulling van ongewijzigd beleid. Dit betekent dat verondersteld wordt dat het Ministerie van VWS eenzelfde soort beleid voert als in het verleden zonder dat we in de raming deze beleidsmaatregelen invullen. Zo is in de AWBZ voor 2005-2007 een convenant afgesproken tussen het Ministerie van VWS en brancheorganisaties van de zorg om de kosten te beheersen (VWS, 2005a). In onze raming maken we echter geen specifieke veronderstellingen over het wel of niet optreden van convenanten in de AWBZ. Ook bij de geneesmiddelen heeft het Ministerie van VWS met de geneesmiddelenbranches een convenant afgesloten (VWS, 2005b). Het is echter ook mogelijk dat er in de toekomst geen convenanten meer worden afgesproken en dat verzekeraars zelf gebruik zullen gaan maken van hun sturingsmogelijkheden tegenover apothekers, huisartsen en ziekenhuizen om de uitgaven aan geneesmiddelen te beheersen. Ook de wijze waarop de uitvoering van de ziekenhuisbekostiging verder plaats vindt wordt in de raming niet nader ingevuld. Zo wordt geen expliciet onderscheid gemaakt tussen een snelle, een langzame of zelfs geen toename van het aantal DBC's waarover vrije prijsvorming plaatsvindt (CTG/ZAIO, 2006).

1.4 Opbouw raming

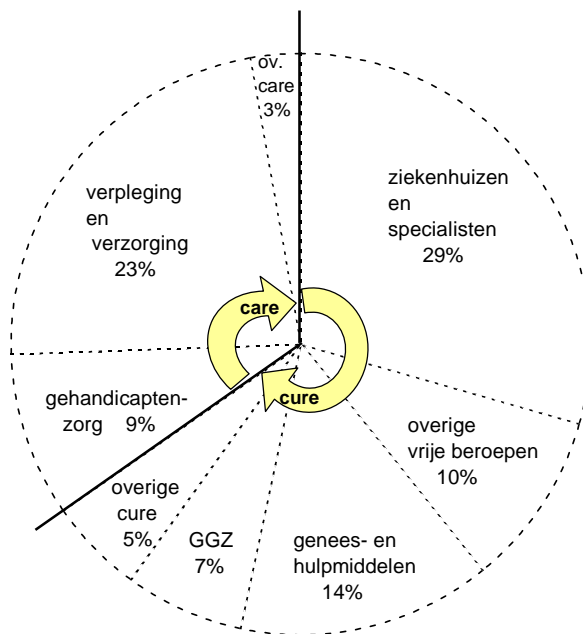
Het scenario van de zorguitgaven voor 2008-2011 is met onzekerheid omgeven. Ten eerste is de raming gebaseerd op datamateriaal waarvan menig realisatiecijfer slechts beschikbaar is tot 2004 en waarbij voor de periode 2005-2007 gebruik wordt gemaakt van voorlopige realisaties en ramingen. Ook het feit dat de uitgangssituatie voor de raming, het jaar 2007, op dit moment nog onbekend is brengt de nodige onzekerheden met zich mee. Ten tweede zit de zorg midden in een veranderingsproces. Dit geldt zowel voor de Zvw als de AWBZ. Effecten van veranderingsprocessen op de zorg zijn buitengewoon moeilijk te voorspellen.³ In hoofdstuk 6 gaan we nader in op deze onzekerheden.

² Alhoewel de huishoudelijke hulp (onderdeel van de thuiszorg) in 2007 naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) wordt overgeheveld valt deze zorg nog onder de AWBZ. In de raming veronderstellen we dat dit zo blijft voor de gehele periode 2008-2011.

³ Bijvoorbeeld, het aantal overstappers van zorgverzekeraar in 2006 bleek veel groter dan menigeen voor mogelijk had gehouden en ook de premie in 2006 werd door verzekeraars beduidend lager gezet dan vooraf werd verwacht (Douven en Schut, 2006).

In de raming onderscheiden we meerdere zorgsectoren. Voor de AWBZ zijn dat twee sectoren: 1) verzorging en verpleging (thuiszorg, verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg) en 2) de gehandicaptenzorg. Voor de curatieve zorg betreft dit vier sectoren, 3) ziekenhuizen en medisch specialisten, 4) genees- en hulpmiddelen, 5) de overige vrije beroepen als huisartsen, tandartsen en paramedici, en 6) de geestelijk gezondheidszorg (GGZ)⁴. Figuur 1.1 geeft een indruk van de grootte van iedere sector. Er blijven twee sectoren over: overige care, waaronder onder andere opvanghuizen, instellingen voor maatschappelijk werk en kindertehuizen vallen, en overige cure, zoals alternatieve gezondheidszorg, alternatieve psychologen en psychotherapeuten en diverse gespecialiseerde klinieken. Voor deze restsectoren maken we geen speciale raming en veronderstellen we dat beide meegroeien met de gemiddelde groeivoet van de andere care, respectievelijk cure, sectoren.

Figuur 1.1 Aandeel van iedere sector in de totale zorguitgaven (niveau 2003)



In het vervolg analyseren we per sector de waardeontwikkeling uit het verleden en analyseren de volume- en prijscomponent per sector apart. Voor de volumeraming in de twee care sectoren gebruiken we SCP ramingen om het aantal cliënten te bepalen en daarnaast wordt een inschatting gemaakt van de intensiteit per cliënt. In de vier cure sectoren bepalen we eerst de volumegroei ten gevolge van demografische veranderingen met behulp van de Kosten van Ziekte cijfers uit 2003 van het RIVM (Slobbe et al. 2006). De overige volumegroei, zoals een toename van de technologie of kwaliteit van de zorg, wordt bepaald aan de hand van een paneldata-analyse van zorguitgaven van EU-landen. Via deze analyse proberen we meer inzicht

⁴ In onze GGZ-definitie zit zowel de curatieve kortdurende GGZ als de AWBZ-GGZ opgesloten

te krijgen in de effecten op de zorguitgaven van inkomen, exogene trends als medische technologie, die voornamelijk uit het buitenland afkomstig zijn, en globale beleidseffecten. De prijzen in de zorg worden bepaald aan de hand van een aantal factoren, zoals de arbeidsproductiviteit, de lonen en de arbeidsintensiteit van de sector.

1.5 Definities van de zorgsector

Het uitgangspunt bij het maken van de raming zijn de Zorgrekeningen van het CBS.⁵ In de CBS zorgrekeningen worden de uitgaven van de zorg gelijk gesteld aan de totale opbrengsten van de tot het zorgterrein gerekende actoren. Het CBS hanteert een ruime definitie van uitgaven hetgeen wil zeggen dat ook aan zorg gerelateerde activiteiten worden opgenomen (zie tabel 1.2). Het Ministerie van VWS gaat daarentegen uit van de uitgaven aan zorg die direct onder haar financiële verantwoordelijkheid vallen, ook wel het budgettair kader zorg (BKZ) genoemd. Deze definitie is minder ruim dan de CBS-definitie. Onder het BKZ vallen alleen die onderdelen van zorg die in de zorgverzekeringswet tot het basispakket behoren en onder de collectieve aanspraken van de AWBZ vallen. Ook de huishoudelijke hulp, die in 2007 naar de WMO wordt overgeheveld blijft onder het BKZ vallen. Buiten het BKZ valt dus bijvoorbeeld kinderopvang, ARBO-diensten, GGD en ook de particuliere uitgaven aan zorg. Onder de particuliere zorguitgaven verstaan we het niet-wettelijk deel van de tandartszorg en paramedische zorg, de eigen betalingen aan zorg van het wettelijk deel (waaronder de no-claimteruggaveregeling), de aanvullende verzekeringen en andere particulier gefinancierde zorgkosten die buiten de BKZ-definitie vallen.

De definitie van de zorg die we in dit document hanteren is de CPB-definitie (zie tabel 1.2). Tot die definitie worden alle onderdelen van de CBS-definitie gerekend voorzover ze tot het BKZ behoren en de particulier gefinancierde zorguitgaven. Het voordeel van de CPB-definitie boven de BKZ-definitie is dat de ontwikkeling van de zorguitgaven minder gevoelig is voor verschuivingen in de financiering. Bijvoorbeeld een verkleining van het basispakket, of de introductie van een no-claim regeling, zorgt voor een schuif van collectief gefinancierde zorg naar particulier gefinancierde zorg en heeft grote consequenties voor de uitgaven die onder het BKZ vallen (zie ook sectie 2.1). Voor een raming van de ontwikkeling van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid hanteren we daarom bij voorkeur de CPB-definitie van de zorg. Een additioneel voordeel van het aansluiten bij de CBS-indeling van zorg is dat we volume en prijsmutaties van het CBS kunnen gebruiken bij de constructie van onze raming.

In tabel 1 is daarnaast de OECD-definitie van gezondheid en zorg opgenomen. De OECD (2005) verzamelt ten behoeve van internationale vergelijkingen langere reeksen van gegevens over gezondheid en zorg in haar lidstaten. De OECD definitie gebruiken we in hoofdstuk 3. De OECD-definitie van zorg is minder ruim dan die van het CPB. Het merendeel van de

⁵ Zie voor een uitgebreide beschrijving CBS (2005a). Voor het verkrijgen van de data hebben we daarnaast gebruik gemaakt van de CBS StatLine databank, CBS (2004, 2005) en CVZ (2004).

activiteiten van verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg zijn niet in het OECD-cijfer opgenomen. Daarnaast is de OECD-definitie iets ruimer omdat het ook zorgonderdelen bevat, zoals bijvoorbeeld academisch onderwijs, die buiten het BKZ-kader vallen.

Tabel 1.2 Verschillende definities van de zorguitgaven					
	CBS-definitie zorgrekening		CPB-definitie zorgrekening	BKZ-definitie	OECD-definitie
Care	verzorgingshuizen thuiszorg gehandicaptenzorg	particulier			
		collectief			
	verpleeghuizen	particulier			
		collectief			
	ziekenhuizen specialisten huisartsen tandartsen paramedici geneesmiddelen hulpmiddelen GGZ	particulier			
		collectief			
beleid beheer overig	particulier				
	collectief				
	GGD kinderopvang ARBO				
Uitgaven, 2003 (in euro's)	57 mld		54 mld	44 mld	45 mld

2 Trends in de totale zorguitgaven

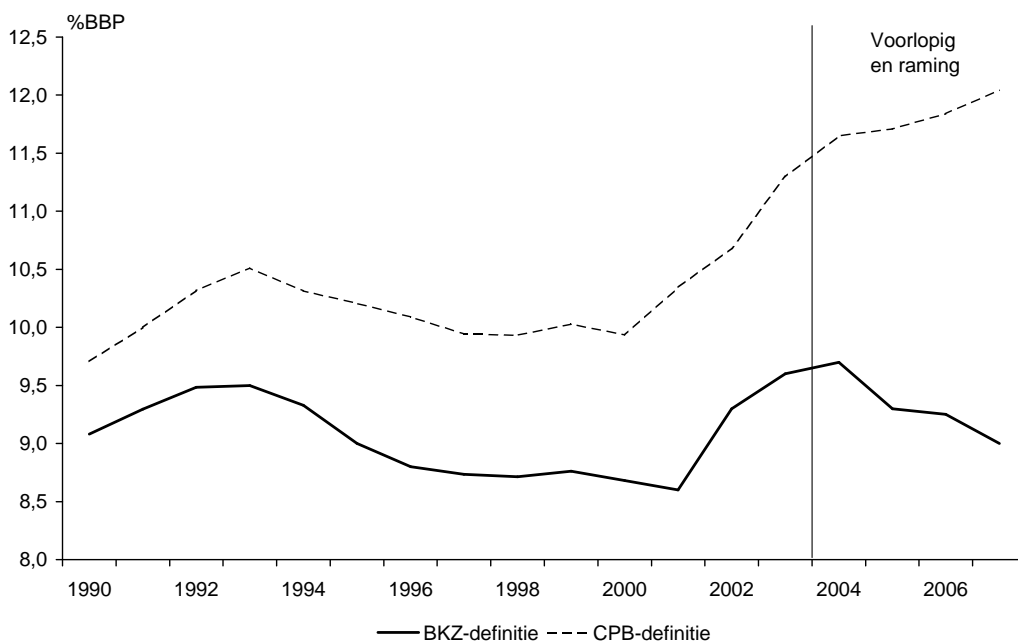
In dit hoofdstuk beschrijven we nader in op verschillen tussen de BKZ en CPB-definitie van de zorg, beschrijven we enkele trends in de totale zorguitgaven en gaan we nader in op de arbeidsproductiviteit in de zorg. Trends in de zorguitgaven van de verschillende zorgsectoren worden besproken in de volgende hoofdstukken.

2.1 Relatie tussen de BKZ en CPB definitie van de zorg

Figuur 2.1 toont de ontwikkeling van de uitgaven aan de totale zorg als percentage van het BBP. In de figuur is zowel de CPB definitie van de zorg als de BKZ definitie te zien. In paragraaf 1.5 hebben we laten zien dat de CPB definitie dezelfde zorg als het BKZ omvat maar dat het BKZ alleen het collectieve gefinancierde deel omvat. In figuur 2.1 is te zien dat deze verschillen in de beginjaren negentig niet al te groot waren. Na het jaar 2000 vindt er meer vraagsturing plaats en stijgen zowel het volume als de prijzen, door forse loonstijgingen, flink. De nominale zorguitgaven nemen in die periode dan ook met ongeveer 10% per jaar toe.

Het verschil tussen de totale zorguitgaven en de BKZ uitgaven wordt bepaald door de breedte van het wettelijk verzekerd pakket en de door de overheid gefinancierde zorguitgaven die het ministerie van VWS al dan niet onder de BKZ laat vallen. In de loop van de tijd is het collectieve pakket voor geneesmiddelen, tandarts en paramedische zorg verkleind en moesten consumenten deze behandelingen zelf, of via de aanvullende verzekering, betalen. Mede daardoor groeiden in de periode 1990-2003 de uitgaven die binnen het BKZ vallen gemiddeld

Figuur 2.1 Ontwikkeling zorguitgaven als percentage van het BBP



ongeveer 0,7% per jaar minder dan de zorguitgaven die binnen de CPB definitie vallen. Na 2004 wordt de kloof tussen de BKZ definitie en de CPB definitie nog groter. In 2004 is niet alleen het ziekenfondspakket verkleind maar werden ook de eigen bijdragen in de AWBZ verhoogd, en in 2005 is door de overheid de no-claim ingevoerd in de ziekenfondswet waardoor meer zorguitgaven door de burgers zelf betaald moesten worden.⁶ Ook worden bepaalde uitgaven aan preventie (onder andere GGD), GGZ en ziekenhuiszorg (financiering van specialisten in opleiding) vanaf 2005 niet meer tot het BKZ gerekend. Vanaf 2006 worden bepaalde uitgaven aan preventie en ook de beheerskosten Zvw, in het kader van het nieuwe zorgstelsel, niet meer tot het BKZ gerekend.

Het Ministerie van VWS heeft dus de BKZ uitgaven (als % BBP) op een redelijk constant niveau weten te houden van rond de 9% van het BBP, maar dat is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan voortdurende beleidsmatige wijzigingen in de financiering van zorg. Uit de figuur blijkt dat verschuivingen in de financiering de werkelijke groei in de zorguitgaven kunnen vertroebelen en daarom hanteren we bij onze *ongewijzigd beleid* raming voor de periode 2008-2011 de CPB definitie van de zorguitgaven. Naast schuiven in de financiering kan het Ministerie ook gericht beleid voeren, zoals budgettering, om de zorguitgaven te drukken. In hoofdstuk 4.1 zullen we laten zien welk effect dat beleid heeft gehad op de groei van de zorguitgaven.

2.2 Trends in de totale zorguitgaven

De zorguitgaven (CPB-definitie) vertonen al jarenlang hogere groeicijfers dan het BBP. Tabel 2.1 vergelijkt de gemiddelde prijs- en volumegroei van zorg met die van het BBP. Het volume in de zorg groeide in de verschillende perioden met gemiddeld 0,5% sneller dan de BBP-groei. De prijs zorg groeide in de periode 1972-2003 met gemiddeld 1,2% sneller dan de prijs BBP. In figuur 2.2 worden de gemiddelde vijfjaarlijkse groeicijfers van de reële zorguitgaven vanaf 1950 weergegeven. De reële zorguitgaven zijn de totale zorguitgaven gedeeld met de prijs BBP. De reële zorguitgaven groeiden vooral hard in de jaren zestig en zeventig; in menig jaar groeiden de reële zorguitgaven zelfs harder dan 10% per jaar.⁷ In de jaren tachtig en negentig was sprake van aanbodsturing en dat is een periode waarin de reële zorguitgaven met gemiddeld minder dan 4% per jaar groeiden. In het nieuwe millennium lijkt er weer een omslag te komen door het loslaten van de budgettering en de introductie van meer vraaggestuurde zorg.

⁶ De BKZ-cijfers in de figuur zijn bruto BKZ-cijfers, conform de cijfers zoals die terugkomen in de A11 tabel van de reguliere CPB publicaties. In deze BKZ-cijfers (en ook figuur 2.1) zijn de eigen bijdragen van burgers, die betrekking hebben op de eigen betalingen en de no-claim, nog meegenomen.

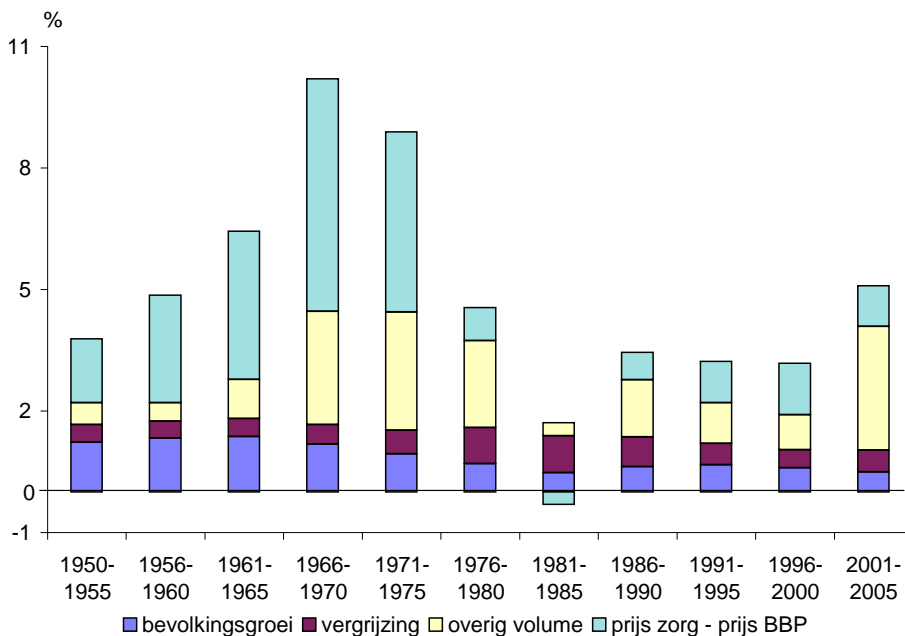
⁷ De cijfers van voor 1969 betreft technisch teruggelegde cijfers met behulp van cijfers van de bedrijfstak zorg, waarin bijvoorbeeld geen genees- en hulpmiddelen zijn opgenomen. Voor langere reeksen in de zorg, zie ook Bos (2006).

Tabel 2.1 Volume en prijzen, een vergelijking tussen BBP en zorguitgaven

	1972-2003	1990-2003
	gemiddelde mutaties per jaar in %	
Volume zorg	2,9	3,0
Volume BBP	2,4	2,5
Volume zorg – Volume BBP	+0,5	+0,5
Prijs zorg	4,9	3,6
Prijs BBP	3,7	2,3
Prijs zorg – Prijs BBP	+1,2	+1,3

Uit de figuur kunnen we ook de belangrijkste invloeden in de zorg onderscheiden. Het aandeel van de bevolkingsgroei in het zorgvolume neemt gestaag af. De veranderende samenstelling van de bevolking, waarvan de vergrijzing van de bevolking het belangrijkste onderdeel vormt, leidt in de gehele periode 1950-2005 tot hogere kosten in de zorg.⁸ Hieruit blijkt dat dit effect dus niet iets is van de laatste tijd maar al veel langer in de zorg speelt. Opmerkelijk is dat de omvang van het effect van de veranderende samenstelling weliswaar iets toeneemt maar dat er ook perioden in het verleden zijn aan te wijzen waar de effecten groter waren dan in de eerste jaren van het nieuwe millennium.

Figuur 2.2 Gemiddelde jaarlijkse groei van de reële zorguitgaven, opgebouwd uit verschillende componenten



⁸ De samenstellingseffecten zijn berekend met behulp van de Kosten van Ziekte cijfers, waarbij we uitgaan van vaste kostenprofielen zoals die in het jaar 2003 zich voordeden (Slobbe et. al. 2006).

Naast de bevolkingsgroei en het effect van een veranderende bevolking is er ook nog sprake van overige volumegroei. Deze is moeilijk nader te specificeren, maar de voortschrijding van de technologie speelt hierin een belangrijke rol. Wat opvalt in de figuur dat vooral in de afgelopen periode 2001-2005 de overige volumegroei vrij hoog is. Hier heeft de aanwezigheid van latente vraag en het wegwerken wachtlijsten een belangrijke rol gespeeld. Daarnaast toont de figuur het belang van de prijsontwikkeling in de zorg. De prijzen in de zorg groeien beduidend harder dan de prijs van de binnenlandse productie, of BBP-prijs. Een belangrijke reden voor dit effect is gelegen in het Baumol effect. Omdat de arbeidsproductiviteit in de zorg minder snel groeit dan in de rest van de economie, terwijl de lonen in de zorg gelijke tred houden met de loonontwikkeling in de rest van de economie, stijgen de prijzen in de zorg sneller dan de gemiddelde inflatie. Volgens Lindbeck (2006) is 'Baumol's cost disease' een van de grootste bedreigingen voor de houdbaarheid van de welvaartsstaat. Vooral de care sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg, en ook de cure sectoren GGZ en de vrije beroepsbeoefenaren, zijn arbeidsintensieve sectoren waar het moeilijk is om een flinke arbeidsproductiviteitsverbetering te bewerkstelligen.

2.3 Arbeidsproductiviteit in de zorg

Een belangrijk factor bij de raming van de zorguitgaven is de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg. Bij gegeven zorgvolume en loonkosten leidt een hogere arbeidsproductiviteit in de zorg tot lagere zorguitgaven. Het bepalen van de arbeidsproductiviteit in de zorg is omgeven met veel meetproblemen (zie o.a. Dell en Van der Meulen, 2005). Een andere meting van de arbeidsproductiviteit, waarbij bijvoorbeeld beter gecorrigeerd wordt voor de kwaliteit van zorg, zal leiden tot een andere volume/prijs split van de zorguitgaven. Hogere arbeidsproductiviteitscijfers zullen ceteris paribus leiden tot een lagere prijs en een hoger volume.⁹

In de afgelopen jaren vindt het CBS negatieve cijfers voor de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg. Meetproblemen spelen hier een rol. In bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingshuizen neemt de zorgzwaarte van cliënten toe en in ziekenhuizen neemt het aantal ligdagen af. Beide ontwikkelingen impliceren meer zorguren per patiënt per dag. Maar als patiënten nu met minder ligdagen net zo goed behandeld worden als vroeger met meer ligdagen, bestaat het gevaar dat de ontwikkeling van de productie en daardoor de arbeidsproductiviteit wordt onderschat. Negatieve cijfers voor de arbeidsproductiviteit impliceren dat zelfs bij een gemeten nul-volumegroei in de zorg elk jaar meer arbeid nodig is.

Figuur 2.3 laat vijfjaargemiddelden van de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg in de afgelopen decennia zien.¹⁰ Uit de grafiek valt af te leiden dat gemiddelde jaarlijkse arbeidsproductiviteit in de jaren 1980-2000 positief was en soms zelfs boven de 2% uitsteeg.

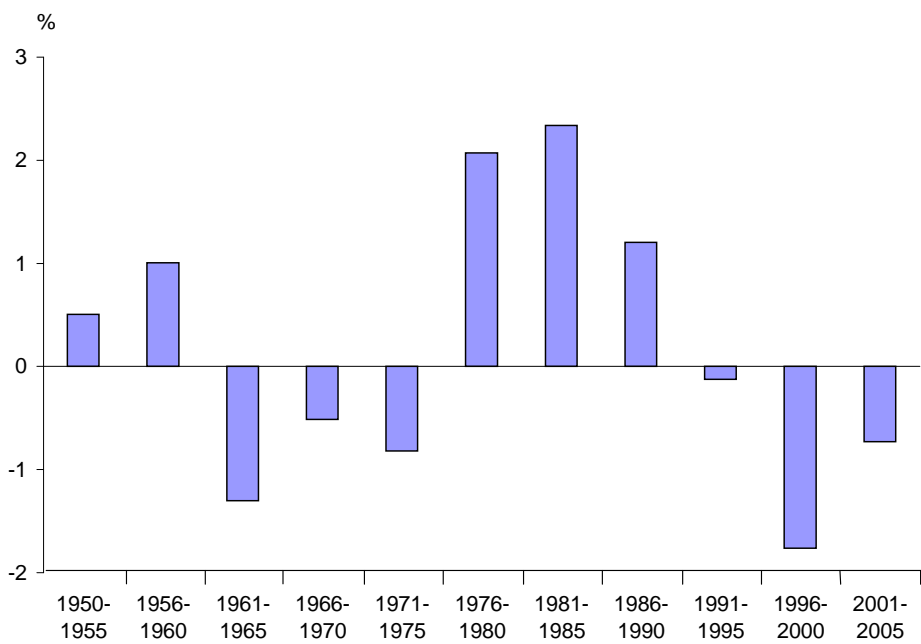
⁹ Met als gevolg dat ook het Baumol-effect kleiner wordt (zie ook hoofdstuk 5).

¹⁰ De cijfers zijn gebaseerd op toegevoegde waarde cijfers van de zorg (exclusief genees- en hulpmiddelen).

Blijkbaar leidde de aanbodsturing in de jaren tachtig wel tot een flinke verbetering van de arbeidsproductiviteit, alhoewel er ook een vermindering van de kwaliteit van de zorg aan ten grondslag gelegen kan hebben. De figuur toont aan dat er enorme fluctuaties in de arbeidsproductiviteit in de zorg kunnen optreden en dat een omslag in de toekomst naar meer positieve cijfers voor de arbeidsproductiviteitsgroei zeker tot de mogelijkheden behoort.

De arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg blijft achter bij de ontwikkeling in de marktsector. In de periode 1970-2003 bedroeg de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg gemiddeld ongeveer 0,3% per jaar terwijl in de marktsector de arbeidsproductiviteitsgroei gemiddeld 2% per jaar bedroeg.

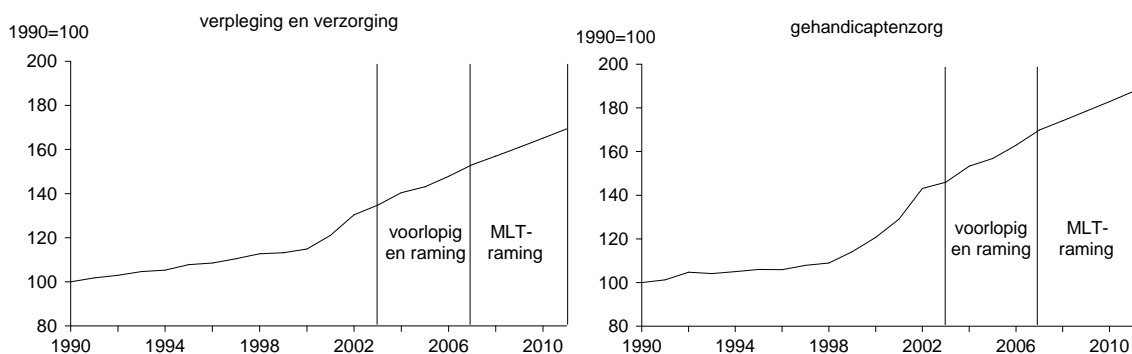
Figuur 2.3 Arbeidsproductiviteitsontwikkeling in de zorg (CBS)



3 Volumeringing care

De AWBZ of care financiering bestond lange tijd uit een budgetfinanciering van instellingen. Ook de data werden op basis van deze instellingsgerichte financiering verzameld. In 2003 vond echter een overgang plaats naar een nieuwe functiegerichte indicering (Douven, Mot en Folmer, 2004), waar de extramurale financiering wel maar de intramurale financiering nog niet bij aansloot. Omdat vooralsnog betrouwbare gegevens over deze nieuwe financieringsvorm ontbreken is de huidige raming gebaseerd op de oude instellingsgerichte indeling. Om de raming beter te laten aansluiten bij de functiegerichte financiering beschouwen we de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen als een totale sector: verpleging en verzorging. Daarnaast presenteren we een raming voor de gehandicaptenzorg. In dit hoofdstuk volgt een samenvatting van de raming; in Appendix B en C gaan we uitgebreider in op de raming van beide sectoren. De raming van de sector verpleging en verzorging komt aan de orde in 3.1 en de gehandicaptenzorg in 3.2. In figuur 3.1 en tabel 3.1 zijn de resultaten van de raming samengevat. Merk op dat voor beide sectoren de volumeontwikkeling tot ongeveer het jaar 2000 gematigd was, en dat daarna een onstuimige volumegroei plaatsvond. Merk op dat de ramingen zijn gemaakt onder de veronderstelling van een behoedzame economische groei. Bij een hogere of lagere structurele economische groei verwachten we dat de volumegroei zowel voor de care als de cure zal toe- of afnemen (zie ook hoofdstuk 4 en 6).

Figuur 3.1 Volumeringing van de sector verpleging en verzorging en de sector gehandicaptenzorg



Tabel 3.1 Volume ontwikkeling care 2008-2011

	Totaal	W.v. aantal cliënten ^a	W.v. intensiteit
	gemiddelde mutaties per jaar in %		
Verpleging en verzorging	2,3	1,2	1,1
Gehandicapten zorg	2,5	0,9	1,6
Totaal care	2,4	1,1	1,2

^a Op basis van SCP ramingen.

3.1 Volumeraming verpleging en verzorging

Tabel 3.2 geeft een samenvatting van de raming en van de groei in verschillende perioden uit het verleden. Voor de raming van het aantal cliënten is gebruik gemaakt van het SCP model voor verpleging en verzorging (Timmermans en Woittiez, 2004). Deze ramingen weerspiegelen vooral de verwachte groei ten gevolge van ontwikkelingen in de demografie en sociaal-economische positie van de bevolking. In de praktijk hoeft deze raming, door latente vraag, het wegwerken wachtlijsten of door substitutie, niet overeen te komen met het werkelijk aantal cliënten. Uit de tabel valt op te maken dat het aantal cliënten toeneemt maar dat deze toename vrijwel gelijk blijft over de verschillende perioden. De grote onzekerheid in de volumeraming is gelegen in de intensiteit. Intensiteit is een ruimomvattend begrip en omvat de zwaarte van de zorg, kwaliteit van de zorg, ruimheid van de budgetten, proces van indicatiestelling etc. In de jaren negentig groeide de intensiteit met gemiddeld 0,1% per jaar zeer bescheiden maar namen daarentegen de wachtlijsten toe. De periode 1998-2003 kenmerkt zich door een hoge groei van gemiddeld 2,4% per jaar voor de intensiteit in de verpleging en de verzorging. Het 'recht op zorg' in combinatie met het laten vallen van de aanbodregulering zorgde er vooral in de thuiszorg voor dat de latente vraag zich kon ontplooiën. Niet alleen werd het eenvoudiger voor nieuwe aanbieders om toe te treden en voor bestaande aanbieders om het aanbod te vergroten, ook zorgde het PGB ervoor dat zorg die voorheen nog als mantelzorg werd verleend, door de AWBZ gefinancierd kon worden (Douven en Mot, 2005). Ook heeft de toenemende extramuralisering bij verzorgingshuizen, en in mindere mate verpleeghuizen, enerzijds geleid tot meer uren zorg of zwaardere zorg per opgenomen persoon in de intramurale instellingen, en anderzijds tot een sterke groei van het volume in de thuiszorg. Daarnaast is het mogelijk dat het 'recht op zorg' de prikkels voor aanbodgeïnduceerde vraag heeft vergroot.

Tabel 3.2 Volume ontwikkeling verpleging en verzorging

Periode	Totaal	W.v. aantal cliënten ^a	
		gemiddelde mutaties per jaar in %	
1990-1998	1,4	1,3	0,1
1998-2003	3,7	1,3	2,4
1990-2003	2,3	1,3	1,0
2008-2011	2,3	1,2	1,1

^a op basis van SCP-definitie.

Voor de ramingperiode 2008-2001 gaan we uit van een groei van de intensiteit van 1,1% en is de totale volumegroei ongeveer gelijk aan de historische trend 1990-2003. De verwachting is dat de hoge groeicijfers uit het recente verleden wat zullen afzwakken. De extra instroom in de thuiszorg zal mogelijk afzwakken omdat de wachtlijsten recentelijk zijn afgenomen in de verpleging en verzorging (CVZ, 2005). Daarnaast is het denkbaar dat het Ministerie van VWS

ook in de toekomst de groei in de hand zal proberen te houden via convenanten met branchepartijen. De groeicijfers liggen echter beduidend hoger dan in de periode 1990-1998. Zowel in verpleeg- als verzorgingshuizen zullen de nodige kwaliteitsverbeteringen plaatsvinden en de problematiek omtrent de wachtlijsten blijft complex (Van Gameren, 2005). De fluctuaties in de groei van de intensiteit illustreren overigens goed de onzekerheidsmarges omtrent ons scenario. Bijvoorbeeld in de periode 1998-2003 lag de groei van de intensiteit ruim 1% hoger, terwijl deze in de periode 1990-1998 ongeveer 1% lager lag dan we veronderstellen in onze raming. De grilligheid in het verloop van de uitgaven heeft met allerlei aspecten te maken zoals de wijze van indicatiestelling, de onzekerheid over de groei van het aantal PGB's, beleidsmatige aspecten zoals het wel of niet afsluiten van eventuele convenanten en van de economische omgeving. Bijvoorbeeld bij een hogere structurele economische groei ligt het voor de hand dat er hogere groeilimieten zullen worden vastgesteld via convenanten.

3.2 Volumeringing gehandicaptenzorg

De raming voor de totale gehandicaptenzorg is gebaseerd op een raming van de verstandelijk gehandicapten. Deze groep neemt ongeveer 95% van de totale uitgaven aan gehandicaptenzorg voor zijn rekening. De raming bestaat uit twee stappen. In de eerste stap wordt op basis van het SCP-model een raming van het aantal cliënten per branche gemaakt. In de tweede stap wordt de groei van de intensiteit berekend uit de historische trend van het volume van de zorg per gebruiker van het CBS. Deze opsplitsing is weergegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Volume ontwikkeling gehandicaptenzorg

Periode	Totaal	W.v. aantal cliënten ^a	W.v. intensiteit
	gemiddelde mutaties per jaar in %		
1990-1998	1,1	1,7	-0,6
1998-2003	6,1	0,9	5,2
1990-2003	3,0	1,4	1,6
2008-2011	2,5	0,9	1,6

^a op basis van SCP-definitie.

De groei van het jaarlijkse aantal cliënten fluctueert. Vooral in de periode 1998-2003, waar aanbodsturing werd vervangen door een meer vraaggestuurde zorg zien we een toename van het aantal zwakbegaafden in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Deze instroom van verstandelijk gehandicapten is niet voorzien in de SCP-raming en valt dus onder de component intensiteit. In dezelfde periode was er ook een sterke aanzuigende werking uit andere sectoren van de zorg (ggz en jeugdzorg) door de inzet van extra wachtlijstgelden en toenemende diversiteit in de zorgproducten die werden aangeboden.

De groei van de intensiteit fluctueert echter nog sterker. In de periode 1990-1998 was de groei zelfs negatief. Merk op dat dit negatieve cijfer ook kan betekenen dat in de praktijk minder cliënten zorg kregen dan de geraamde SCP-groei van het aantal cliënten, hetgeen correspondeert met een toename van het aantal wachtenden in die periode. De overgang naar een meer vraaggestuurde zorg genereerde hoge groeicijfers van de intensiteit van meer dan 5% per jaar gedurende 1998-2003. De groei in de intensiteit is ook hier breed gedefinieerd en omvat niet voorziene instroom, toegenomen zorgzwaarte, meer uren zorg per persoon, meer zorgproducten per persoon en ook nog andere factoren die er voor gezorgd hebben dat het volume sterker stijgt dan het aantal personen dat zorg ontvangt.

De sterke fluctuaties in vooral de groei van de intensiteit geven ook aan dat de onzekerheden groot zijn en het voorspellen lastig is. De veronderstelling achter de raming is dat een deel van de factoren die voor de groei in 1998-2003 gezorgd hebben structureel zijn. Structureel van aard is bijvoorbeeld de verandering en bejegening van de verstandelijk gehandicapten. Maar de instroom van groepen cliënten uit de GGZ en andere zorg veronderstellen we tijdelijk te zijn geweest.

4 Volumering cure

Voor de volumering in de cure gebruiken we een recente internationale analyse van het CPB (Ligthart, 2006). Uit deze analyse, die uitgaat van de OECD-definitie van zorg, gebruiken we een schatting van het zorgvolume van de EU-landen voor de periode 2008-2011. Deze raming wordt besproken in sectie 4.1. Vervolgens wordt deze raming in sectie 4.2 gebruikt om de volumegroei van de vier sectoren in de curatieve zorg te bepalen.

4.1 Volumering van de totale curatieve zorg

Uit veel studies komt naar voren dat voortschrijdende medische technologie een belangrijke determinant van de zorguitgaven is (Weisbrod, 1991, Cutler, 1996, Jones 2002). Technologische ontwikkelingen zijn in hoge mate grensoverstijgend, en nieuwe technieken worden veelal in alle geïndustrialiseerde landen ingevoerd. Dit maakt het aannemelijk dat de technologische ontwikkelingen in de zorg in Nederland sterk afhankelijk zijn van buitenlandse ontwikkelingen in de zorg. Daarnaast blijkt uit internationale macrostudies dat de hoogte van het nationaal inkomen een belangrijke verklarende variabele is voor de totale zorguitgaven (Gerdtham en Jönsson, 2000). Een internationale vergelijking is ten derde nuttig, omdat deze ons in staat stelt een inschatting te maken van beleidseffecten. Bij het maken van het zorgscenario voor 2008-2011 wordt voor Nederland van ongewijzigde instituties uitgegaan en daarin speelt een beleid van aanbodregulering een veel kleinere rol dan gedurende 1980-2000. Deze aanbodregulering heeft in de jaren 1980-2000 de groei in de zorguitgaven beperkt (Spaendonck en Douven, 2001).

In Ligthart (2006) wordt via een panel data analyse nagegaan wat de invloed is van bovenstaande factoren als ook demografische factoren op de curatieve zorguitgaven. Tabel 4.1 laat zien hoe we een schatting uit deze de paneldata analyse gebruiken om het volume van de zorguitgaven (OECD-definitie) te bepalen voor 2008-2011.¹¹

In de linkerkolom zijn de resultaten voor de schattingsperiode 1972-2003 gegeven. Het blijkt dat de volumegroei in Nederland ongeveer gemiddeld 2,8% per jaar bedroeg. Deze volumegroei is opgebouwd uit een aantal effecten. Voor de invloed van het inkomen per hoofd volgt uit de paneldata analyse een inkomenselasticiteit van 0,7 terwijl het inkomen per hoofd zelf gemiddeld jaarlijks met 1,8% groeide. Dit betekent dat het effect van inkomen per hoofd op de zorguitgaven in 1972-2003 ongeveer $0,7 \cdot 1,8\% = 1,3\%$ bedroeg. Voor de andere invloeden, zoals de bevolkingsgroei, overige groei, aandeel 65+'ers en beleidseffect, worden in kolom vier eveneens de invloeden berekend voor de periode 1972-2003. Uit de analyse volgt ook dat de

¹¹ Ligthart (2006) beschouwt meerdere schattingen van de reële zorguitgaven. In deze analyse is gekozen voor een schatting van EU-landen waarbij de effecten van de vergrijzing het beste aansluiten bij de Kosten van Ziekte studie van het RIVM (2006). Daarnaast wordt bij de OECD-definitie een ruilvoet van 0,7% gebruikt om van reële zorguitgaven volumes te maken.

Tabel 4.1 Ramingen volumegroei voor de curatieve zorg (OECD-definitie)

	Periode 1972-2003			Periode 2008-2011		
	Coëfficiënt	Historie	Effect	Coëfficiënt	Raming	Effect
BBP groei per capita (volume)	0,7	1,8%	1,3%	0,7	1,5%	1,1%
Bevolkingsgroei	1	0,6%	0,6%	1	0,2%	0,2%
Overige groei (o.a. technologie)	1	0,8%	0,8%	1	0,8%	0,8%
Groei aandeel 65+	0,4	1,0%	0,4%	0,4	1,8%	0,8%
Beleids­effect *	1	- 0,3%	- 0,3%	1	- 0,3%	- 0,3%
Totaal groei zorgvolume			2,8%			2,5%
Raming (zonder beleids­effect)						2,9%
Volume zorg groeit sneller dan volume BBP			+0,4%			+1,2%

^a Beleids­effect voor Nederland gemeten over de periode 1980-2000.

aanbodregulering gedurende 1980-2000 een drukkend effect heeft gehad op de groei van de zorguitgaven van gemiddeld 0,3% per jaar.¹²

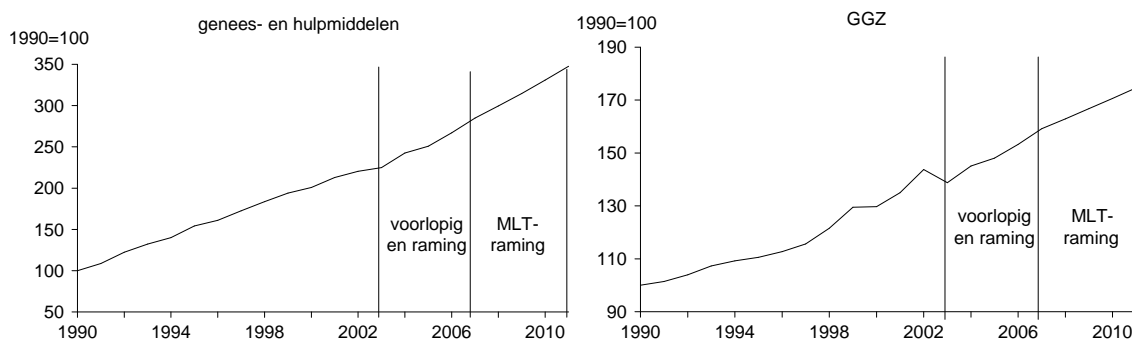
In tabel 4.1, onder kolom ‘raming’, is te zien dat de economische omgeving in 2008-2011 anders is dan in het verleden (zie ook tabel 1.1). In de MLT-periode groeien het BBP per capita en de bevolking minder hard dan in het verleden, terwijl het aandeel 65+’ers harder groeit dan in het verleden. De invloed van overige groei veronderstellen we gelijk in beide perioden. Door deze veranderende economische omgeving verandert de volumeraming eveneens. Uit de laatste kolom valt af te lezen dat in de MLT-periode de groei van de zorguitgaven, ten opzichte van de periode 1972-2003, ook gedempt worden door een lagere groei van het BBP (effect op groei zorguitgaven -0,2%) en door een lagere bevolkingsgroei (effect -0,4%). Er is echter wel een groeistijging te verwachten door de vergrijzing (effect +0,4%). Daarnaast corrigeren we de volumegroei van de zorguitgaven voor een beleids­effect, omdat in de MLT-periode geen sprake meer is van een sterke aanbodregulering (effect +0,3%). Afgerond wordt de raming van de volumegroei voor de OECD-definitie dan gemiddeld 2,9% per jaar. De volume raming ligt daarmee 1,2%-punt hoger dan de behoedzame raming van de BBP-volumegroei die gemiddeld 1¾% is verondersteld (zie tabel 1.1) en dat is beduidend hoger dan in de historische periode toen de volumegroei boven het BBP 0,4% was (=2,8% - (1,8%+0,6%)). Overigens kan de opbouw van de raming ook gebruikt worden om bepaalde onzekerheden in kaart te brengen. Wanneer de volumegroei van het BBP op 2% wordt verondersteld in de MLT-periode dan betekent dit dat het volume van de zorguitgaven met 0,2% (=0,7*0,25) hoger uitvalt. Een andere belangrijke onzekerheden in de raming vormt de overige groei, zoals technologie en kwaliteit van de zorg. In hoofdstuk 6 gaan we nader in op onzekerheden.

¹² In de eerder genoemde studie van Spaendonck en Douven (2001) werd een beleids­effect van 0,6% per jaar gevonden. De reden voor dit verschil is dat het beleids­effect wordt gemeten aan de hand van de gemiddelde groei. Omdat in die studie ook de hoge groei van de zorguitgaven in de jaren zestig mee werd genomen viel de gemiddelde groei van de zorguitgaven, en daardoor ook het beleids­effect, hoger uit.

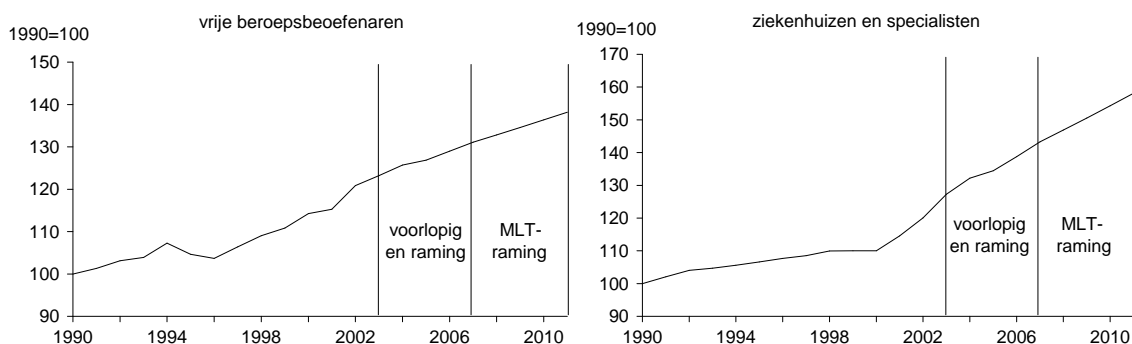
4.2 Volumering per sector van de curatieve zorg

De volumering in paragraaf 4.1 vormt het uitgangspunt voor de volumering van de curatieve sector. Aangezien we de OECD-definitie van zorg hebben gebruikt, die meer zorg omvat dan alleen de curatieve zorg, corrigeren we het groeicijfer van 2,9% hiervoor. Deze correctie resulteert in een volumegroei voor de curatieve zorg van 3,0%.¹³ Voor de volumering per sector maken we voor de geneesmiddelen gebruik van een raming van het CVZ (2005a,b), en voor de overige drie sector maken we een afzonderlijke ‘bottom up’ raming, onder de restrictie dat de vier sectoren tezamen met 3,0% groeien. In figuur 4.1 en 4.2 en tabel 4.2 worden de ramingen van de individuele sectoren samengevat.

Figuur 4.1 Volumering van de genees- en hulpmiddelen en de GGZ



Figuur 4.2 Volumering van de vrije beroepsbeoefenaren en de ziekenhuizen en specialisten



¹³ In paragraaf 1.5 laten we zien dat de OECD-definitie naast de curatieve zorg ook verpleging en onderdelen van de verzorging bevat. Voor onze correctie gebruiken we de MLT-raming van volumecijfers in de care sectoren uit sectie 4.1.

Tabel 4.2 Volume ontwikkeling curatieve zorg

	Periode	Totaal	W.v. bevolking	W.v. samenstelling ^a	W.v. intensiteit
	1991-2003	gemiddelde mutaties per jaar in %			
Geneesmiddelen en hulpmiddelen		6,5%	0,5%	0,5%	5,5%
GGZ		2,6%	0,5%	0,4%	1,7%
Huisartsen, tandartsen en paramedici		1,6%	0,5%	0,2%	0,9%
Ziekenhuizen en specialisten		1,9%	0,5%	0,4%	1,0%
Totaal curatieve zorg		3,0%	0,5%	0,4%	2,1%
	2008-2011	gemiddelde mutaties per jaar in %			
Geneesmiddelen en hulpmiddelen		5,1%	0,2%	0,8%	4,1%
GGZ		2,3%	0,2%	0,6%	1,5%
Huisartsen, tandartsen en paramedici		1,5%	0,2%	0,2%	1,1%
Ziekenhuizen en specialisten		2,5%	0,2%	0,6%	1,9%
Totaal curatieve zorg		3,0%	0,2%	0,5%	2,3%

^a Op basis van Slobbe et al. (2003)

4.2.1 Volumering genees- en hulpmiddelen

De genees- en hulpmiddelen zijn de sterkst groeiende onderdelen in de zorg met een gemiddelde jaarlijkse volume ontwikkeling gedurende 1991-2003 van 6,5%. In deze volumering spelen demografische aspecten als de bevolkingsgroei en de toenemende vergrijzing een relatief geringe rol. De volumering wordt voornamelijk bepaald door het aantal nieuwe geneesmiddelen dat op de markt komt en in hoeverre deze geneesmiddelen breed voorgeschreven worden (ook buiten de oorspronkelijke beoogde indicatie of patiëntengroep).

In figuur 4.1 valt ook op dat volumetrend in de genees- en hulpmiddelen minder sterk wordt beïnvloed door de ombuiging van vraag- naar aanbodsturing rond het jaar 2000 dan andere sectoren, zoals de ziekenhuizen en specialisten. De geneesmiddelen kenden immers altijd al een open einde financiering. Vooralsnog zijn er weinig aanwijzingen dat de hoge groeicijfers uit het verleden zullen afvlakken. Door de komst van de Zvw krijgen verzekeraars op termijn mogelijk meer invloed op zowel het doelmatig inkopen en voorschrijven van geneesmiddelen. In de afgelopen jaren heeft VWS via convenanten met de geneesmiddelenbranches de *prijzen* van geneesmiddelen proberen te drukken (VWS, 2005b). Dit beleid is vrij succesvol geweest (CVZ, 2005a). Het is mogelijk dat het Ministerie van VWS in 2008-2011 weer convenanten afspreekt maar het ligt meer in lijn met de uitgangspunten van het nieuwe zorgstelsel dat dit achterwege blijft en verzekeraars meer gebruik zullen gaan maken van hun sturingsmogelijkheden tegenover apothekers, huisartsen en ziekenhuizen om zowel het volume als de prijs van geneesmiddelen te drukken.

Voor de raming van zowel het volume (als de prijs) van de geneesmiddelen maken we gebruik van een raming van het CVZ (2005a,b) en voor de hulpmiddelen maken we gebruik van een bottom-up raming over de jaren 1990-2003. Aangezien het aandeel van de geneesmiddelen

in de zorguitgaven veel groter is dan de hulpmiddelen beperken we hier onze bespreking tot de raming van de geneesmiddelen.

Het CVZ gebruikt het DKF-model (Detaillering Kostenopbouw Farmaceutische Zorg) als ramingsinstrument (CVZ, 1994). Bij de raming wordt uitgegaan van een continuering van het huidige beleid zoals de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP), het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS), ook zullen centrale initiatieven voor doelmatig voorschrijven en

Onzekerheden bij de raming van de genees- en hulpmiddelen

De belangrijkste onzekerheid betreft het aantal nieuwe genees- en hulpmiddelen dat op de markt verschijnt. Hierbij wordt door het CVZ de trend uit het verleden geëxtrapoleerd naar de toekomst. Moeilijk in te schatten is hierbij in hoeverre nieuwe genees- en hulpmiddelen substituten zullen zijn voor oude, en dus geen extra volumegroei met zich meebrengen, of gericht zijn op nieuwe ziekten of aandoeningen. Hierbij speelt tevens beleid een cruciale rol: in hoeverre worden nieuwe geneesmiddelen toegelaten of grenswaarden voor therapie opgehoogd.

In de raming is er grote onzekerheid omtrent de inspanningen van verzekeraars. Een belangrijk uitgangspunt van het nieuwe zorgstelsel is dat concurrerende verzekeraars de zorg doelmatiger maken. Bij genees- en hulpmiddelen betekent dit dat verzekeraars zullen sturen op een afvlakkende groei van zowel het aantal als de prijs van genees- en hulpmiddelen. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld huisartsen, specialisten of andere voorschrijvers van geneesmiddelen benchmarken zodat ze efficiënter en minder geneesmiddelen gaan voorschrijven. Daarnaast kunnen verzekeraars invloed uitoefenen op de prijs van geneesmiddelen door voorschrijvers te bewegen tot het voorschrijven van goedkopere middelen. Bijvoorbeeld wanneer geneesmiddelen uit het patent raken zou men sneller kunnen overgaan op kwalitatief even goede maar goedkopere generieke geneesmiddelen. Ook kunnen verzekeraars mogelijk kortingen proberen af te dwingen bij het inkopen van geneesmiddelen. Actieve verzekeraars zouden wel eens een veel belangrijkere invloed op het gebruik en de prijs van genees- en hulpmiddelen kunnen gaan uitoefenen dan wordt verondersteld in de raming.

De ontwikkeling van het aantal mensen met obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten is onzeker. Niet meegenomen in de CVZ raming zijn de nieuwe conceptrichtlijnen voor het voorschrijven van geneesmiddelen voor deze ziekten. De concept multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement (CVRM) betreft onder andere het voorschrijven van bloeddrukverlagende en cholesterolverlagende geneesmiddelen (met name statines) aan alle personen met een hoog risico op sterfte door hart- en vaatziekten met een verhoogde bloeddruk respectievelijk cholesterolgehalte. Wanneer deze concept richtlijnen wordt geïmplementeerd komen meer mensen in aanmerking voor deze geneesmiddelen dan bij de oude richtlijnen (CBO, 2005).

Weesgeneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen voor ziekten die weinig voorkomen. Bijvoorbeeld in 2004 werd het weesgeneesmiddel Cerezyme 50 keer voorgeschreven met totale kosten van ongeveer 8 miljoen euro. Tot voor kort werden deze weesgeneesmiddelen nauwelijks voorgeschreven. Sinds de Europese Unie maatregelen heeft genomen om de ontwikkeling van weesgeneesmiddelen te stimuleren, is het aantal door de Europese Unie aangewezen weesgeneesmiddelen die in het basispakket zijn opgenomen gestegen (zie www.weesgeneesmiddelen.nl). In de CVZ raming wordt geen rekening gehouden met een eventuele verhoogde instroom van weesgeneesmiddelen in de toekomst.

het bestrijden van ongewenste promotie van geneesmiddelen (VWS, 2004) blijven bestaan.¹⁴ De CVZ raming is verder gebaseerd op de historische volume en prijsontwikkelingen waarbij gecorrigeerd wordt voor de belangrijkste beleidseffecten, zoals onder meer de vrijwillige prijsverlagingen op grond van convenanten. Daarnaast maakt het CVZ een aparte raming voor nieuwe geneesmiddelen die op de markt komen en een aparte raming voor bestaande geneesmiddelen. In de CVZ raming worden de effecten van inspanningen van zorgverzekeraars gedurende 2008-2011 niet meegenomen; wel wordt er van uitgegaan dat het verlaagde prijsniveau na afloop van het laatste convenant ook in de jaren daarna gehandhaafd blijft (CVZ, 2005a).

4.2.2 Volumering huisartsen, tandartsen en paramedici

De volumering bij de vrije beroepsbeoefenaren is in tabel 4.2 opgesplitst in drie onderdelen: de bevolkingsgroei, de veranderende samenstelling van de bevolking en overig volume. Hierbij valt op dat het effect van de vergrijzende samenleving bij de vrije beroepsbeoefenaren slechts 0,2% per jaar bedraagt. Dit kleine relatief kleine effect komt op conto van tandartsenzorg en wel door het geringe tandartsbezoek van 65-plussers. De groei van de intensiteit per persoon is bij de vrije beroepsbeoefenaren voor de periode 2008-2011 geraamd op 1,1% per jaar, iets hoger dan de historische periode 1990-2003, toen een intensiteit van 0,9% werd gevonden. Dit verschil is eveneens toe te rekenen aan de tandartsenzorg door de sterke groei van implantaten en andere bijzondere behandelingen. De intensiteit van de huisartsenzorg, fysiotherapie en overige paramedisch zorg blijft naar verwachting in hetzelfde tempo toenemen als in het verleden.

4.2.3 Volumering GGZ

Het volume van de GGZ vertoont sinds 1990 een gestage groei van gemiddeld 2,6% per jaar. Tabel 4.2 laat zien dat de demografische component hierin slechts 0,9% per jaar is. De overige 1,7% per jaar wordt mede veroorzaakt door een algemene achteruitgang van de geestelijke gezondheid. Tussen 1987 en 2001 is het percentage Nederlanders dat geestelijk ongezond is (GHQ-score >2) gestegen van 16,6% tot 22,6% (Lindert et al. 2004). Dit heeft geleid tot een toename in de zorgbehoefte, zowel in het aantal personen dat een beroep doet op de GGZ als in de toename van de zorgzwaarte per persoon (Schutte et al. 2004). Aan de aanbodkant bestaat een tendens naar extramuralisering en vermaatschappelijking. Daardoor is met name de ambulante zorg sterk toegenomen. Tussen 1996 en 2003 is het aantal contacten met het RIAGG met 10% per jaar toegenomen, terwijl het aantal verpleegdagen in psychiatrische ziekenhuizen met 1% per jaar gedaald is. Deze verplaatsing heeft in alle instellingen geleid tot een verzwaring van de gemiddelde zorg per cliënt (CVZ, 2004). De psychiatrische ziekenhuizen

¹⁴ Voor de economische aspecten rondom promotie van geneesmiddelen, zie ook Windmeijer et al. (2006).

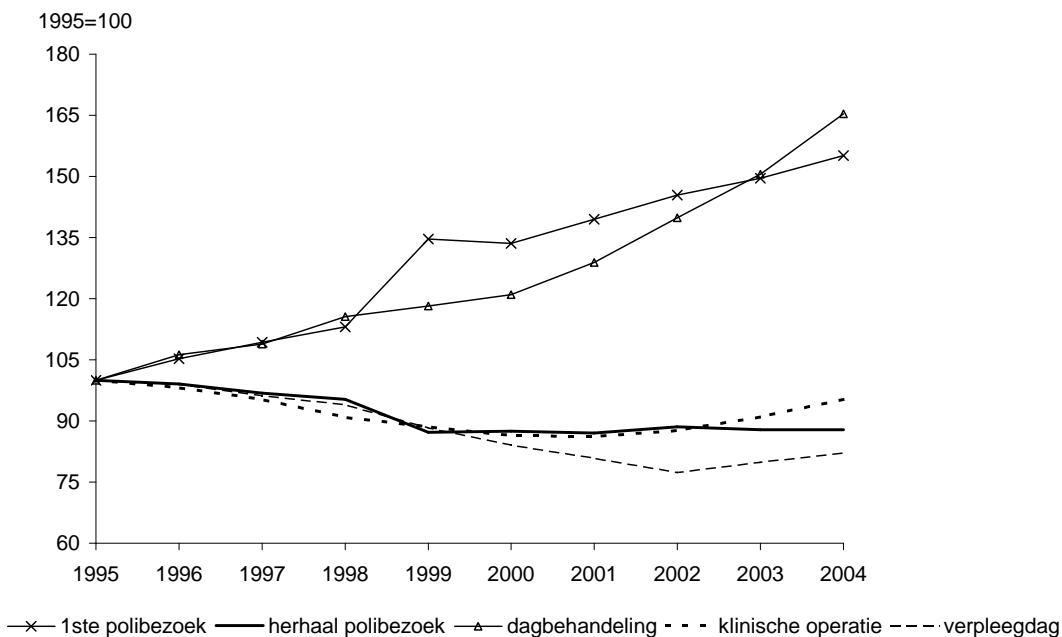
behieldden de cliënten met de zwaarste zorg, terwijl de extramurale instellingen cliënten kregen die voorheen in de psychiatrische ziekenhuizen verpleegd werden. De hoge groeicijfers na 2000 zijn mede het gevolg van het gevolgde wachtlijstbeleid.

Voor de periode 2008-2011 wordt de volume ontwikkeling geraamd op 2,3% per jaar. Hierin is het demografisch effect 0,8% per jaar, terwijl de intensiteit toeneemt met 1,5% per jaar. Dat komt ongeveer overeen met de ontwikkeling tussen 1990 en 2003. De volumegroei is aanzienlijk lager dan in de periode 2000-2003 omdat in die periode extra geld is vrijgemaakt om de wachtlijsten terug te dringen¹⁵. Verder is verondersteld dat de extramuralisering en de vermaatschappelijking van de GGZ zorg zich voortzet. Er is wel rekening meegehouden dat de toenemende zorgzwaarte ook weer grenzen stelt aan de mate waarin patiënten extramuraal behandeld kunnen worden.

4.2.4 Volumering ziekenhuizen en specialisten

Ongeveer de 30% van de totale zorguitgaven bestaan uit kosten van ziekenhuizen en specialisten ziekenhuiskosten (zie figuur 1.1). Ziekenhuizen bieden zorg aan in diverse producten. De belangrijkste producten zijn: de poliklinische behandelingen, dagbehandelingen,

Figuur 4.3 Ziekenhuisproductie



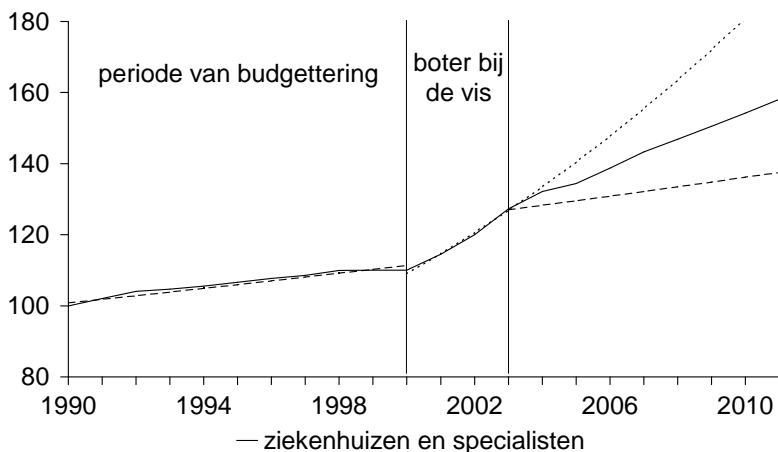
¹⁵ Begin 2000 heeft de overheid besloten tot een versnelde aanpak van de wachtlijsten in de GGZ (Tweede Kamer, 2000). Om de wachtlijsten in hun sector te bekorten mogen zorgaanbieders extra productieafspraken maken. Als eis is geformuleerd dat men pas in aanmerking komt voor deze regeling, wanneer alle reeds beschikbare financiële middelen en capaciteiten zijn benut.

opnames en verpleging. Jaarlijks worden hierover afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Per product krijgen de ziekenhuizen hiervoor een budgetvergoeding. Deze budgetvergoeding is sinds 2001 ook van toepassing op alle productie die boven de afspraken uitkomt. De hoogte van deze vergoedingen is van invloed op de samenstelling van de ziekenhuisproductie. Het vergoedingenbeleid is er zeer op gericht geweest om de dure opnames met verpleging te reduceren ten gunste van goedkopere dagbehandeling.

Figuur 4.3 laat zien dat het aantal verpleegdagen en klinische operaties (opnames) vanaf 1995 zijn gedaald met respectievelijk 20% en 5%, terwijl de dagbehandelingen met 60% zijn gestegen (CBS, 2005). De poliklinische behandelingen laten een uiteenlopend beeld zien. De figuur laat ook het scherpe contrast zien toen in 2001 het strikte budgettaire beleid werd losgelaten en vervangen werd door een “boter bij de vis” beleid. Na 2001 is in vrijwel alle

Onzekerheden bij de volumeraming van ziekenhuizen en specialisten

In onderstaande figuur is te zien dat het volume van de productie van de ziekenhuizen en specialisten tussen 1990 en 2000 een geringe stijging van ongeveer 1,0% per jaar te zien gaf. Dit was het gevolg van het gevoerde budgetbeleid voor specialisten en ziekenhuizen. De vaste vergoeding gaf de specialisten weinig economische prikkels om patiënten te behandelen en het beperkte budget van de ziekenhuizen gaf weinig ruimte voor technologische vernieuwing. In 2001 is het strikte budgettaire beleid losgelaten, en ontvingen specialisten in ziekenhuizen boven op de vaste vergoeding voor “ge vrijwaarde” omzet een extra vergoeding per eenheid product. Door die zogenaamde “boter bij de vis” regeling nam het productievolume tot 2004 met gemiddeld ongeveer 5% per jaar toe. In de figuur zijn beide trends vanaf 2003 doorgetrokken. De MLT-raming voor de productie van ziekenhuizen en specialisten valt tussen de beide trends in. Er bestaat de nodige onzekerheid hoe zich de groei in de ramingperiode gaat ontwikkelen; een voortzetting van het lage of het hoge volumegroeipad lijkt echter onwaarschijnlijk.



onderdelen van de ziekenhuisproductie in de zorg een stijgende trend te zien. Bij het ramen veronderstellen dat bij ongewijzigd beleid het patroon, zoals weergegeven in figuur 4.3, zich blijven voortzetten maar minder extreem dan in de laatste jaren. Door technische ontwikkelingen kunnen de mogelijkheden tot dagbehandeling nog verder toenemen en de verpleegdagen verder afnemen. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat er ook

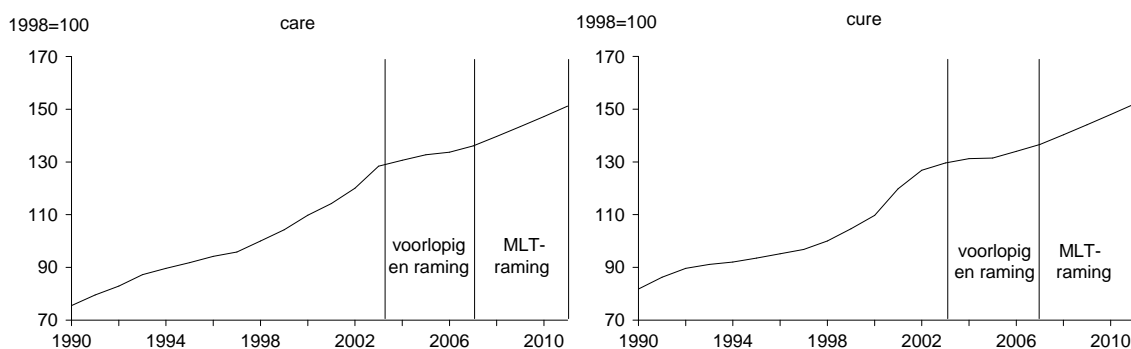
een grens is aan de substitutiemogelijkheden. In de raming voor de MLT periode verwachten we dat het totale productievolume, dat ook de behandelingen door geneesmiddelen omvat, in de periode 2008-2011 zal toenemen met 2,5% per jaar. De onzekerheid in de raming is echter aanzienlijk en dat heeft mede te maken met de onzekerheid over het traject dat de overheid gaat volgen voor het vrijgeven van de DBC's in het A-segment (CTG/ZAIO, 2006).

5 Prijzen en werkgelegenheid in de zorg

5.1 Raming van de prijzen in de zorg

De prijzen in de zorg worden per sector geraamd, waarbij we voor de raming van de prijzen van de geneesmiddelen de CVZ-ramingen gebruiken (CVZ, 2005,a,b). In figuur 5.1 en tabel 5.1 zijn de prijsramingen voor de care en de cure weergegeven.

Figuur 5.1 Prijsraming van de care en de cure



Tabel 5.1 Prijsontwikkeling zorg 2008-2011

	Totaal	W.v. Prijs BBP	W.v. Prijs Zorg – Prijs BBP
	gemiddelde mutaties per jaar in %		
Prijs care	2,7	1,5	1,2
Prijs cure	2,7	1,5	1,2
Prijs zorg	2,7	1,5	1,2

In het kader “Raming van de prijzen in de zorg” leggen we nader uit hoe de berekening van de prijs plaatsvindt. We onderscheiden een viertal componenten. Ten eerste zijn er de lonen in de zorgsector. De zorg is arbeidsintensief en vergeleken met andere bedrijfstakken is er relatief veel arbeid per eenheid product nodig. De loonkosten bepalen daardoor een belangrijke deel van de prijs. Ten tweede speelt het Baumol effect (zie paragraaf 2.3). De derde component is de raming van de inflatie van de materiële kosten. Hierbij moet men denken aan het aanschaffen van nieuwe materialen door zorgaanbieders, zoals verbandmiddelen, bedden, maaltijden etc. Daarnaast valt hier de prijsinflatie van de genees- en hulpmiddelen onder. De vierde component is de groei van de kapitaallasten. De prijs om te investeren in nieuwe gebouwen, apparatuur, medische technologie etc. neemt immers toe.

Raming van de prijzen in de zorg

Bij de bepaling van de prijzen in de zorg wordt per sector de volgende formule gebruikt:

$$\text{prijs zorg} = \alpha_{L-a} [(L - a_T) + (a_T - a_Z)] + \alpha_{P_m} P_m + \alpha_{P_k} P_k, \text{ met } \alpha_{L-a} + \alpha_{P_c} + \alpha_{P_k} = 1.$$

Hierbij worden de volgende variabelen gebruikt:

L = loonontwikkeling in de zorg

a_T = arbeidsproductiviteit totale economie

a_Z = arbeidsproductiviteit in de zorg

P_m = Prijs materieel (consumptieprijis of genees- en hulpmiddelenprijs)

P_k = kapitaalprijs

waarbij de α_{L-a} het gewicht van het loonaandeel in de prijsvorming van een sector geeft, α_{P_m} het gewicht van de materiele kosten en α_{P_k} het gewicht van investeringen in nieuw kapitaal. Deze gewichten worden geconstrueerd aan de hand van data uit het verleden (zie ook tabel 5.2).

De eerste term in de formule, $\alpha_{L-a} (L - a_T)$, vormt het effect van de lonen op de prijs bij een bedrijfstak met een gemiddelde arbeidsproductiviteit. De tweede term, $\alpha_{L-a} (a_T - a_Z)$, is het Baumol-effect en geeft het effect op de prijsvorming aan wanneer de arbeidsproductiviteit in de zorg achterblijft bij de gemiddelde arbeidsproductiviteit in de economie. De derde term $\alpha_{P_m} P_m$ is het effect van de materiele kosten op prijzen in de zorg, waarbij de consumptieprijis als uitgangspunt wordt genomen. Bij de sector genees- en hulpmiddelen wordt een aparte prijsraming gehanteerd. De vierde term $\alpha_{P_k} P_k$ is het effect van de kapitaallasten op de prijs.

In tabel 5.2 worden de vier effecten weergegeven. De ramingformule uit het kader wordt hierbij toegepast voor de periode 2008-2011. De groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg veronderstellen we 0,3% in 2008-2011, en is daarmee gelijk aan de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg over de historische periode 1970-2003. De arbeidsproductiviteitsgroei is daarmee 1,2%-punt lager dan de arbeidsproductiviteitsgroei in de totale economie (zie tabel 1.1). Daarnaast veronderstellen we dat de lonen in de zorg in de MLT-periode gelijke tred houden met de lonen in de marktsector, hetgeen overeenkomt met het recente verleden. De lonen in de marktsector groeien met 3,3% (zie tabel 1.1)

Tabel 5.2 Prijsontwikkeling in de zorg 2008-2011

	Gewicht	Raming exogenen	Effect op prijs
Looneffect	0,66	3,3% – 1,5%	1,2%
Baumol-effect	0,66	1,5% – 0,3%	0,8%
Prijs materieel	0,26	2,2%	0,6%
Kapitaalprijs ^a	0,08	1,8%	0,1%
Totaal groei prijs zorg			2,7%

^a De prijsontwikkeling die hier gebruikt wordt is van investeringen in woningen.

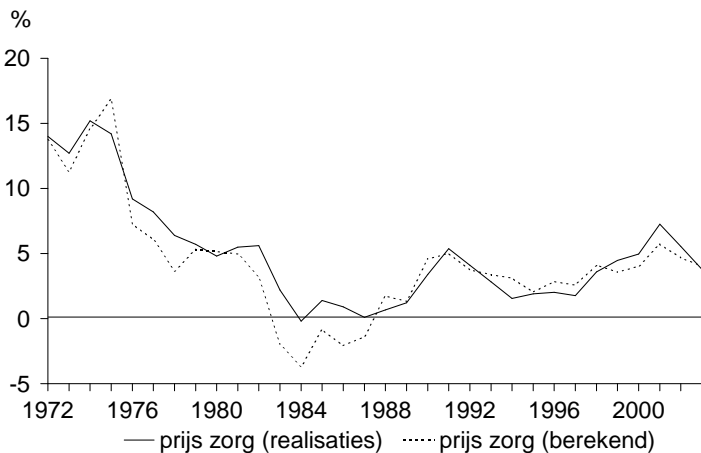
Uit de tabel valt af te lezen dat de prijzen in de zorg gedurende 2008-2011 met 1,2% harder groeien dan de BBP-prijs. Dit effect komt voor het grootste gedeelte door het Baumol effect dat 0,8% per jaar bedraagt, daarnaast groeit de geneesmiddelenprijs sneller dan de BBP-prijs. De hogere prijzen bij geneesmiddelen worden vooral veroorzaakt door nieuwe middelen die op de markt komen en een verschuiving in het gebruik naar deze nieuwe, veelal duurere middelen.

In tabel 5.3 worden de prijsontwikkelingen per sector vermeld, daarbij wordt gebruik gemaakt van de arbeidsintensiteit van een bepaald sector. Vooral de GZZ, de vrije beroepsbeoefenaren en verpleging en verzorging zijn arbeidsintensieve sectoren.¹⁶

Onzekerheden in de prijs van zorg

Twee onzekerheden spelen een belangrijke rol in de bepaling van de prijzen. Ten eerste, is de gebruikte formule adequaat om de prijsontwikkeling in de zorg te beschrijven? Ten tweede, worden de exogene ontwikkelingen in de lonen, arbeidsproductiviteit, prijzen materieel en kapitaal goed geraamd voor de periode 2008-2011?

In dit kader gaan we nader in op de eerste onzekerheid door de gebruikte formule uit het kader: "Raming van de prijzen in de zorg" te vergelijken met de gerealiseerde prijzen in de periode 1972-2003. Vanwege dataproblemen van de geneesmiddelenprijzen en kapitaalprijzen, is in dit kader voor de berekening van de prijs een kleine aanpassing gemaakt en voor iets andere gewichten gekozen, namelijk $\alpha_{L-a}=0,66$, $\alpha_{Pm}=0,34$ en $\alpha_{Pk}=0$. In onderstaande figuur zijn de realisaties en de berekende prijzen weergegeven. Het blijkt dat over de hele periode bezien de berekende prijs van zorg redelijk in de pas loopt met de realisaties. De gemiddelde absolute afwijking tussen de berekende en gerealiseerde prijs komt bij deze berekening uit op 1,3%-punt per jaar. Vooral in de middenjaren tachtig, toen de lonen daalden, zijn er soms grote afwijkingen te zien.



¹⁶ Merk op dat we in de berekening de groei van de arbeidsproductiviteit in iedere sector gelijk (0,3%) hebben verondersteld.

Tabel 5.3 Prijsontwikkelingen in de zorg per sector 2008-2011

	Gewichten per sector			Sectorale prijsontwikkeling 2008-2011 gemiddelde mutaties per jaar in %
	α_{L-a}	α_{Pc}	α_{Pk}	
Ziekenhuizen en specialisten	0,65	0,26	0,09	2,5%
Huisartsen, tandartsen en paramedici	0,88	0,12	0,00	2,9%
Genees- en hulpmiddelen	0,11	0,89 ^a	0,00	3,0%
GGZ	0,90	0,01	0,09	2,9%
Verpleging en verzorging	0,79	0,12	0,09	2,7%
Gehandicaptenzorg	0,70	0,13	0,15	2,6%
Totaal	0,66	0,26	0,08	2,7%

^a Bij de berekening van de prijs voor genees- en hulpmiddelenprijs wordt niet de consumentenprijs (Pc) gebruikt maar de (gewogen) prijs voor genees- en hulpmiddelen gebruikt.

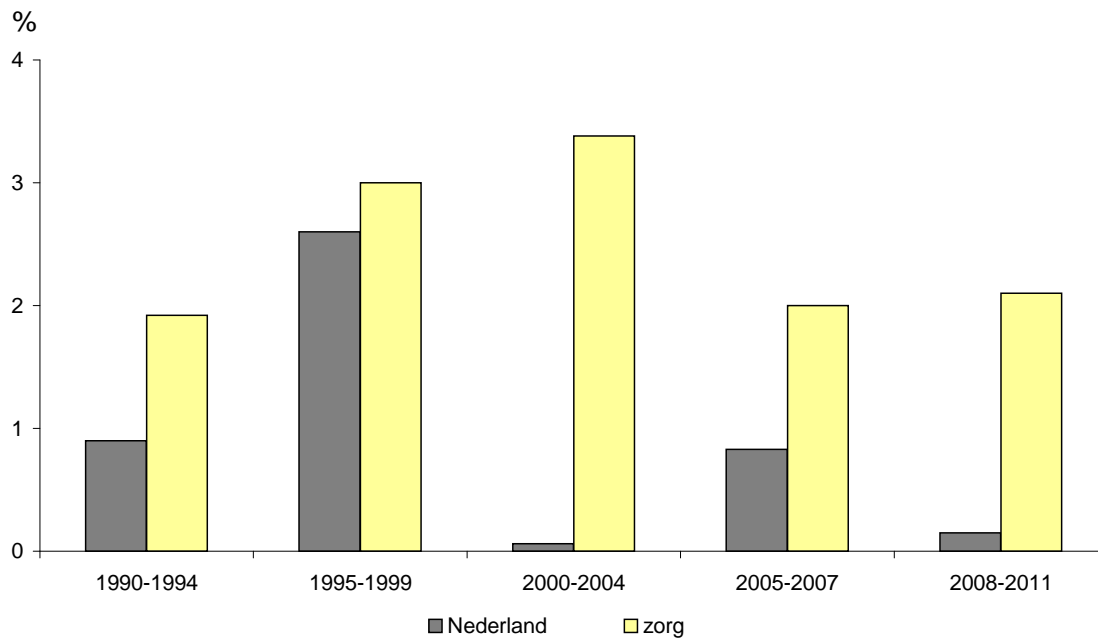
5.2 Raming van de werkgelegenheid in de zorg

De zorgsector is een van de grootste werkgevers in de nationale economie. In 2003 werkten 1,2 miljoen personen in de zorg. Hiervan is 80% vrouw die voor het merendeel parttime werken, waardoor het arbeidsvolume in de zorg met 0,8 miljoen arbeidsjaren veel kleiner is dan het aantal werkzame personen.

In Figuur 5.1 is te zien dat in de periode 1990-1999 de gemiddelde groei van de werkgelegenheid in de zorg ongeveer 2,5% per jaar is geweest.¹⁷ Daarmee groeide de werkgelegenheid van de zorg 0,7%-punt per jaar harder dan van de nationale economie. Deze sterke groei werd mede mogelijk gemaakt door de grote toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen. In 1990 werkte 47% van de vrouwen tussen 20 en 64 jaar. In 1999 was dat 57% geworden. Een belangrijk deel van dit extra arbeidsaanbod is in zorgsector terecht gekomen. Vanaf 2000 is de totale werkgelegenheid van de economie nauwelijks meer toegenomen, terwijl de werkgelegenheid in de zorgsector tot 2004 met bijna 3,5% per jaar groeide. Dit kwam vooral door het nieuwe financieringsbeleid in de zorg dat gericht was op het terugdringen van de wachtlijsten en de verlichting van de werkdruk. De sterke vraag naar zorgpersoneel, die hieruit voortvloeide, trok veel vrouwen aan die in de zorgsector wilden werken. De participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt nam in die periode met 0,7% procentpunt per jaar toe tot 61% in 2004. Verder maakte de slechte economische ontwikkeling in andere sectoren en de extra financiële ruimte voor de zorg het werken in de zorgsector aantrekkelijk. Daarbij heeft de zorgsector niet alleen geput uit een ruime toevloed van de zorgopleidingen maar ook uit een groot reservoir gediplomeerden die tijdelijk niet werken maar onder bepaalde omstandigheden

¹⁷ De cijfers in de figuur zijn gebaseerd op de brede CBS-definitie van de zorguitgaven, dus inclusief kinderopvang, ARBO en de GGD (zie ook tabel 1.2)

Figuur 5.2 Groei van de werkgelegenheid in de totale economie en in de zorg



bereid zijn weer aan de slag te gaan in de zorg. In 2000 werd dit reservoir voor het verplegend en verzorgend personeel nog geschat op ongeveer 200 000 personen (Mannaerts, 2005). In de MLT-raming zet de macro-economische ontwikkeling van de afgelopen 5 jaren zich voort. De totale werkgelegenheid neemt nauwelijks toe omdat het arbeidsaanbod weinig toeneemt. De participatie van vrouwen zal verder blijven toenemen van 62% in 2007 tot 67% in 2011. De helft van dat extra aanbod zal opgenomen worden in de zorgsector waar de werkgelegenheid groeit met ongeveer 2% per jaar. In totaal zal de werkgelegenheid in de zorg dan naar verwachting tussen 2005 en 2011 toenemen met 130 duizend arbeidsjaren. Wanneer het aantal afstudeerders aan onderwijsinstellingen in de zorg op het huidige niveau blijft en het huidige personeel in de zorg niet minder uren gaat werken kan het aanbod voorzien in de vraag.

6 Totale uitgaven en onzekerheden

Aangezien we in de raming uitgaan van *ongewijzigd beleid* zijn de volume- en prijsontwikkelingen uit de vorige hoofdstukken van toepassing op zowel de CPB-definitie als de BKZ-definitie van de zorguitgaven. Dit betekent dat de zorguitgaven die tot het BKZ worden gerekend in deze *ongewijzigd beleid* raming naar verwachting met 5½% per jaar zullen toenemen in de volgende kabinetsperiode. Van deze uitgavenstijging is 2,8% toe te rekenen aan een stijging van het volume en 2,7% aan een prijsstijging. In tabel 6.1 zijn de kerngegevens voor de zorguitgaven en het BBP samengevat.

Tabel 6.1 Groei van de totale uitgaven in de zorg 2008-2011

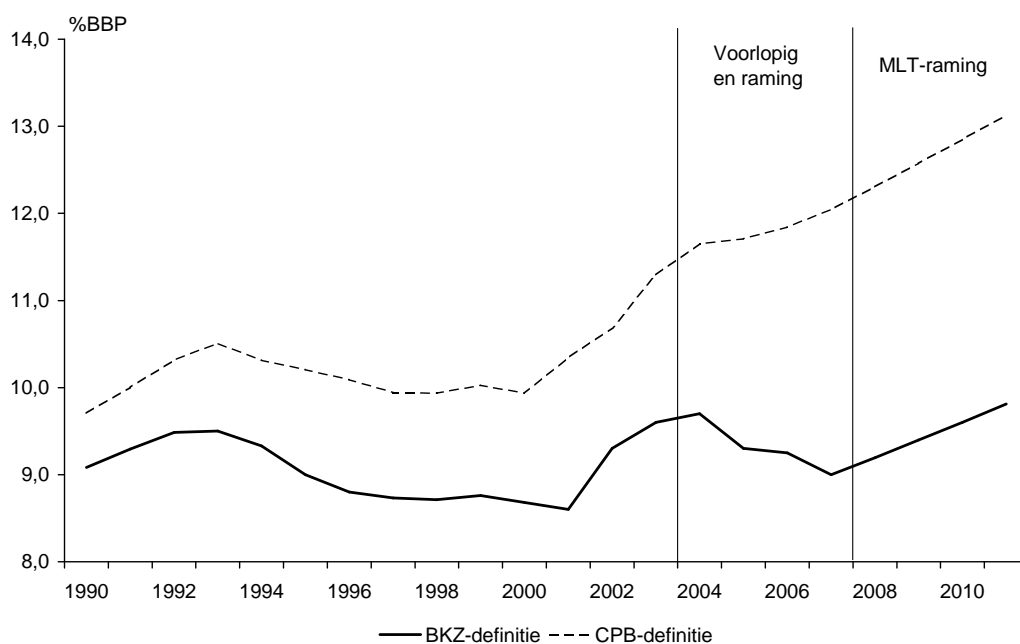
	Volume	Prijs	Waarde
	gemiddelde mutaties per jaar in %		
Care	2,3	2,7	5,0
Cure	3,0	2,7	5,7
Totaal	2,8	2,7	5,5
BBP	1¾	1½	3½
Totaal Zorg – BBP	+1,0	+1,2	+2,2

De gemiddelde volumegroei van 2,8% per jaar is voor ongeveer 0,9%-punt uit demografische aspecten opgebouwd (0,2%-punt bevolking en 0,7%-punt vergrijzing) en voor 1,9%-punt uit overige volumegroei. In deze overige volumegroei zitten nieuwe technologische ontwikkelingen, meer vraag naar zorg door een toename van het nationaal inkomen, en kwaliteitsverbeteringen in de zorg opgesloten. Bovendien is er in deze volumegroei rekening mee gehouden dat in de periode 2008-2011 minder sprake zal zijn van aanbodsturing dan in het verleden en dat er vooral in de curatieve zorg meer ruimte zal zijn voor vraagsturing in de zorg. Hiervoor is een extra volume-effect van 0,3% meegenomen.

De prijs in de zorg stijgt met gemiddeld 2,7%, dat is 1,2%-punt harder dan de algemene inflatie in de economie. Dit ruilvoet effect van 1,2%-punt komt voor 0,8%-punt voor rekening van het Baumol-effect. Doordat de zorg arbeidsintensief is en de arbeidsproductiviteit moeilijk is te verbeteren blijft deze structureel achter bij andere bedrijfstakken in de economie. Omdat de lonen in de zorg de algemene loonontwikkeling in de economie volgen wordt de zorg in verhouding steeds duurder. Daarnaast speelt een rol dat de prijzen van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe apparatuur vaak sneller stijgen dan de algemene inflatie.

Uitgaande van een behoedzame economische BBP volumegroei van 1¾% zal het volume van de zorguitgaven dus naar verwachting ongeveer 1% sneller groeien dan het BBP. De prijzen in de zorg zullen naar verwachting met 1,2%-punt sneller groeien dan de prijs BBP. In figuur 6.2 is weergegeven wat deze raming voor BKZ en CPB definitie van de zorguitgaven als

Figuur 6.1 **Ontwikkeling en raming van de zorguitgaven als % van het BBP**



percentage van het BBP betekent. Tot het jaar 2008 komt de grafiek overeen met figuur 2.1. Omdat de zorguitgaven harder groeien dan het BBP zal in 2008-2011 bij *ongewijzigd beleid* de zorgquote stijgen voor zowel het BKZ als de CPB-definitie van zorguitgaven met ongeveer 1%-punt.

6.1 **Onzekerheden in de raming**

De onderliggende raming van de zorguitgaven is gebaseerd op modellen en geschatte vergelijkingen, waarbij gebruik wordt gemaakt van exogene economische en demografische trends. Een dergelijke raming is altijd omgeven met onzekerheden. De modellen en vergelijkingen die bij het ramen gebruikt worden zijn slechts een benadering van de werkelijkheid, en ook de exogene trends zijn gebaseerd op veronderstellingen die de nodige onzekerheden bevatten. De onzekerheid neemt ook toe omdat de ramingsperiode 2008-2011 nog relatief ver in de toekomst ligt en het beschikbare cijfermateriaal waarop de raming gebaseerd is, maximaal tot het jaar 2005 aanwezig is.

Naast deze gebruikelijke onzekerheden bij het ramen hebben zich in de zorg onlangs grote structuurwijzigingen voorgedaan, zoals de introductie van de Zvw en de modernisering van de AWBZ, waardoor het moeilijker wordt om structurele ontwikkelingen uit het verleden te gebruiken om de toekomstige ontwikkelingen te ramen. Hoewel onzekerheden vaak moeilijk zijn aan te geven moet men bij de onderliggende zorguitgaven al snel denken in onzekerheden van rond de 1%-punt in zowel de volume- als de prijsramingen. In verschillende kaders werd in hoofdstuk 4 en 5 nader ingegaan op deze onzekerheden. De onzekerheidsmarges blijken ook uit figuur 2.2. De gemiddelde vijfjaarlijkse volumegroei cijfers fluctueerden in het verleden tussen

de 2% en 4% per jaar en de ruilvoet fluctueerde jaarlijks in de afgelopen dertig jaar ongeveer tussen de 0% en 2%.

Bij de raming spelen een aantal specifieke onzekerheden een belangrijke rol. Ten eerste is er de ontwikkeling van technologie en kwaliteit in de zorg. In de raming wordt uitgegaan van een technologische trend zoals die zich in de afgelopen dertig jaar heeft voorgedaan. Belangrijke technologisch doorbraken kunnen in de toekomst echter leiden tot meer vraag naar zorg dan de veronderstelde trend, terwijl het uitblijven van nieuwe technologie de groei van de vraag zal temperen. Dit speelt ook bij de kwaliteit van zorg. Een verhoging van serviceniveaus, ruimer indiceren of voorschrijven van therapie, 'meer handen aan het bed', of een overstap naar eenpersoonskamers in intramurale instellingen zal de kwaliteit van de zorg doen toenemen. Hoe sneller nieuwe kwaliteitsverbeteringen worden doorgevoerd des te sneller de zorguitgaven zullen stijgen. De technologie of kwaliteit kan zowel autonoom toenemen of gerelateerd zijn aan de groei van het nationale inkomen. Een snellere structurele groei van het nationaal inkomen leidt ceteris paribus tot een hogere groei van de zorguitgaven. In de onderliggende studie vonden we in hoofdstuk 4 een inkomenselasticiteit van 0,7. Wanneer de structurele groei 0,25%-punt per jaar hoger zou uitvallen dan betekent dit dat de totale zorguitgaven met ongeveer 0,2%-punt per jaar sneller groeien.¹⁸

Een tweede onzekerheid is het gedrag van concurrerende verzekeraars. Zal concurrentie leiden tot een druk voor verzekeraars om juist te investeren in nieuwe technologie of kwaliteit of gaan verzekeraars beknibbelen op technologie en kwaliteit om de zorg zo goedkoop mogelijk te houden? Een andere onzekerheid is of het verzekeraars lukt om zorg doelmatiger in te kopen, bijvoorbeeld bij de geneesmiddelen of DBC's, en of ze de doelmatigheid bij aanbieders weten te vergroten, bijvoorbeeld via benchmarken van aanbieders. Het beleid speelt hierin ook een belangrijke rol. Hoe sneller de transparantie van kwaliteit in de zorg voor elkaar komt des te effectiever verzekeraars zullen kunnen concurreren. Daarnaast is er de nodige onzekerheid over het traject dat de overheid gaat volgen voor het vrijgeven van de DBC's in het A-segment (CTG/ZAIO, 2006). Hoewel verzekeraars risico lopen over de zorguitgaven was dat risico in 2006 relatief beperkt door compenserende maatregelen achteraf (Douven en Schut, 2006). Een belangrijke onzekerheid is het tempo waarin de overheid deze compenserende maatregelen achteraf wil afbouwen. Een gerelateerd punt is de onzekerheid omtrent de kwaliteit van de risicoverevening; deze kwaliteit is immers mede afhankelijk van andere ontwikkelingen in de zorgmarkt (Douven, 2005). Ook dient de zorgautoriteit voldoende gereedschap te krijgen om effectief toezicht te kunnen houden op de zorgmarkt (Schut en Varkevisser, 2006).

Een derde onzekerheid is de werkgelegenheid in de zorg. Er zal steeds meer personeel nodig zijn in de zorg en het blijft onzeker of dat personeel voor elke sector van de zorg zal zijn te vinden. Wanneer de economische groei aantrekt is het moeilijker om personeel voor de zorg aan te trekken omdat ook de vraag naar arbeid bij andere bedrijfssectoren groter is. Bijvoorbeeld wanneer de lonen in de zorg lager zijn dan in de marktsector, dan drukt dit

¹⁸ Hierbij veronderstellen we voor de cure en de care dezelfde inkomenselasticiteit.

weliswaar de prijs van zorg maar zal het ook moeilijker zijn om voldoende productie te draaien, met als mogelijk gevolg een toename van de wachtlijsten. Een mogelijke uitweg is hier een stijging van de lonen of een toename van de arbeidsproductiviteit in de zorg. Bij gegeven productievolume zal ceteris paribus de prijs van zorg stijgen bij hogere lonen en dalen bij een hogere arbeidsproductiviteit.¹⁹

¹⁹ Volgens de prijsformule in paragraaf 5.1 leidt een 1%-punt stijging van de lonen in de zorg tot een 0,66%-punt hogere prijs van de zorg en een 1%-punt stijging van de arbeidsproductiviteit in de zorg tot een 0,66%-punt lagere prijs van de zorg.

Referenties

- Baal, P.H.M. van, T.L. Feenstra, R.T. Hoogeveen en G.A. de Wit, 2005, Cost effectiveness analysis with the RIVM Chronic Disease Model, RIVM, Bilthoven.
- Baumol W., 1967, Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review* 57, pag. 415-426.
- Bos, F., De Nederlandse collectieve uitgaven in historisch perspectief, CPB Document 109, Den Haag.
- Bos, F., Douven, R., E. Mot, Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg, CPB Document 72, Den Haag.
- Breyer, F., en S. Felder, 2006, Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying, *Health Policy* 75, pag. 178-186.
- CBS, 2005, Zorgrekeningen 1998-2003, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.
- CBS, 2005a, Gezondheid en zorg in cijfers 2005, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.
- CBS, 2004, Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 2004, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.
- CBO, 2005, Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement, concept richtlijn, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.
- CPB, 2006, Het groeipotentieel van de Nederlandse economie tot 2011, CPB document 117, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CTG /ZAio, 2006, De Zichtbare Hand, Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging, College Tarieven Gezondheidszorg en Zorg Autoriteit in oprichting, Utrecht.
- CVZ, 1994, Kostenopbouw farmaceutische hulp, een macroraming met behulp van DKF-rekenmodel, Ziekenfondsraad/SEA-publicatie, nummer 5, Amstelveen.
- CVZ, 2004, Zorgcijfers 1998-2003, College voor Zorgverzekeringen, Diemen.

CVZ, 2005, Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005, College voor Zorgverzekeringen, Diemen.

CVZ, 2005a, Actualisatie middellange termijn raming farmaceutische zorg 2005-2010, Brief van het CVZ aan directeur GMT Ministerie VWS, Diemen, 19 oktober 2005.

CVZ, 2005b, Evaluatie MLT-raming farmaceutische zorg, Brief van het CVZ aan directeur GMT Ministerie VWS, Diemen, 19 oktober 2005.

Dell, M.W. en L.J.R. van der Meulen, 2005, Arbeidsproductiviteit in de zorg, OSA publicatie ZW 63, maart 2005.

Douven, R., 2005, Kwaliteit risicoverevening hangt af van marktontwikkelingen, *Economisch Statistische Berichten*, 1 juli 2005, pp. 290-292.

Douven, R., en E. Mot, 2004, De AWBZ, hoe staan we ervoor?, *Tijdschrift voor Politieke Economie* 26 (2), pag. 38-60.

Douven, R., E. Mot en K. Folmer, 2004, Momentopname van de AWBZ; Een analyse van sterke en zwakke punten, CPB Document 54, Den Haag.

Douven, R., en E. Schut, 2006, Health plan pricing behaviour and managed competition, CPB Discussion Paper 61, Den Haag

Ewijk, C. van, N. Draper, H. ter Rele, E. Westerhout, 2006, Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances, CPB, Den Haag.

Feenstra, T.L., P.H.M. van Baal, R.T. Hoogveen, S.M.C. Vijgen, E. Stolk en W.J.E. Bemelemans, 2005, Cost effectiveness analysis of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands, RIVM, Bilthoven.

Folmer, C., E. Mot, R.Douven, E. van Gameren, I. Woittiez en J. Timmermans, 2001, Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006, Den Haag.

Gameren, E. van, 2005, Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging. Een empirisch onderzoek naar verklarende factoren, SCP-werkdocument 119, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

- Hoogeveen, R.T., A.E.M. de Hollander en M.L.L. van Genugten, 1998, The Chronic Disease Modelling approach, Bilthoven, RIVM.
- Jansen, C., 2006, Boekhoudkundige berekening budgettaire ruimte 2008-2011, CPB Document 118, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Jones, C.I., 2002, Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?, NBER Working Paper 9325.
- Ligthart, M., 2006, Determinanten van de gezondheidszorguitgaven: Een analyse op basis van paneldata, CPB Memorandum, te verschijnen.
- Lindbeck, A., 2005, Sustainable Social Spending, CESifo Working Paper no. 1594, Category 3: Social Protection, Universiteit van Stockholm.
- Lindert, H. van, M. Droomers, G.P. Westert, 2004, Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, NIVEL, Utrecht, RIVM, Bilthoven.
- Mannaerts, H., 2005, De arbeidsmarkt van de zorgsector: data en modellen, CPB Memorandum 124, Centraal Planbureau, Den Haag.
- MEV, 2005, *Macro Economische Verkenning 2006*, Centraal Planbureau, Den Haag, september 2005.
- OECD, 2005, OECD Health Data 2005: Statistics and indicators for 30 countries, Parijs.
- Oers, J.A.M. van, 2002, Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002, Bilthoven, RIVM.
- Polder, J.J., J.J. Barendregt en J.A.M. van Oers, 2006, Ontketent de grijze golf een tsunami in de zorgkosten?, *Economische Statistische Berichten*, 21 april 2006.
- Pomp, M., W. Brouwer, W. M. van Dijk, L. Hakkaart, M. Koopmanschap, L. Niessen, F. Rutten, 2006, Medische technologie, zorguitgaven en welvaart, te verschijnen, CPB, Den Haag.
- Pomp, M., E. Mot en R. Douven, 2006, Handle with care! Sturingsmodellen voor een toekomstbestendige ouderenzorg, CPB Document 122, Den Haag.

- Schut, E., en M. Varkevisser, *Zorgautoriteit moet niet alleen kunnen blaffen maar ook kunnen bijten*, *Economische Statistische Berichten*, 10 februari 2006, pag. 58-60.
- Schutte, S.J.M., B.H. Hoeksma, P.F. Bakker, 2004, *Verklarend onderzoek stijging zorguitgaven GGZ en GZ*, Hoeksma, Homans en Menting, Enschede.
- Slobbe, L.C.J., G.J.Kommer, J.M. Smit, J. Groen, W.J. Meering, J.J. Polder, 2006, *Kosten van ziekten in Nederland 2003: Zorg voor euro's*, RIVM centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
- Stevens, J., E. van Gameren en I. Woittiez, 2005, *Is het extramuralisatiebeleid "verzorging en verpleging" geslaagd?*, in: *Hier en daar opklaringen*, SCP-Nieuwjaarsuitgave 2005, SCP, Den Haag.
- Timmermans J, en I. Woittiez, 2004, *Verpleging en verzorging verklaard*, SCP-publicatie 2004/11, Den Haag.
- VWS, 2004, *Geneesmiddelenbeleid 2005*, Kamerstuk GMT/G 2517258, Ministerie van VWS, Den Haag.
- VWS, 2005a, *Zorgzwaartebekostiging en convenant AWBZ 2005-2007*, Kamerstuk, 29 september 2005, DBO/adv-2621655, Ministerie van VWS, Den Haag.
- VWS, 2005b, *Geneesmiddelenconvenant 2006-2007*, Kamerstuk, 13 december 2005, GMT/G 2640456, Ministerie van VWS, Den Haag.
- Weisbrod, B., 1991, *The health care quadrilemma: An essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment*, *Journal of Economic Literature* 29, pag. 523-552.
- Westerhout, E. en F. Pellikaan, 2005, *Can we afford to live longer in better health?* CPB Document 85, Den Haag.
- Windmeijer, F., E. de Laat, R. Douven en E. Mot, 2006, *Pharmaceutical promotion and GP prescription behaviour*, *Health Economics* 15, pag. 5-18.
- Woittiez, I. en F. Crone, 2005, *Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag*, SCP-publicatie 2005/09, Den Haag.

Appendix A: Veranderingen in leefstijl leiden nauwelijks tot kostenverschuivingen

Van de totale sterfte en ziektelast in Nederland wordt een groot deel door ongezond gedrag veroorzaakt. Zo is 15% van de jaarlijkse sterfte en 85% van het aantal longkanker gevallen te wijten aan roken (Van Oers, 2002). Omdat ongezond gedrag het aantal ziekte- en sterfgevallen beïnvloedt, zorgen veranderingen in ongezond gedrag voor veranderingen in de zorgvraag, het zorggebruik en de zorgkosten. In deze bijdrage gaan we kort in op wat de mogelijke gevolgen zijn van veranderingen in ongezond gedrag in de Nederlandse bevolking op de kostenontwikkeling in de zorg.

Aanpak

Om de invloed van (on)gezond gedrag op ontwikkeling van de zorgkosten te kwantificeren zijn met RIVM Chronische Ziekten Model (CZM) verschillende scenario's doorgerekend (zie ook Hoozeveld et al., 1998). Het CZM is een dynamisch populatiemodel dat is ontwikkeld om de effecten te schatten van veranderingen in het vóórkomen van risicofactoren (o.a. roken en overgewicht) op het vóórkomen van chronische ziekten (o.a. hart en vaatziekten, diabetes en diverse vormen van kanker) en de daaruit af te leiden sterfte in Nederland. Een toename van gezond gedrag zorgt op de korte termijn voor minder chronische ziekten en leidt daardoor tot een lagere sterfte, terwijl voor een toename van ongezond gedrag het omgekeerde geldt. Door aan de projecties van het CZM gegevens over de Kosten van Ziekten te koppelen kunnen ook ramingen gemaakt worden van de totale zorgkosten in verschillende scenario's (Van Baal et al., 2005). Met het CZM hebben we projecties van de zorgkosten gemaakt voor de periode 2004-2025 voor de volgende drie scenario's: het referentie scenario: doorzetting van de huidige trends. Dit betekent dat het percentage rokers daalt van 28% in 2005 naar 22% in 2025, en dat het percentage overgewicht en obesitas iets toeneemt zodat het percentage mensen met gezond gewicht daalt van 52% naar 44% in 2025 (Feenstra et al., 2005);

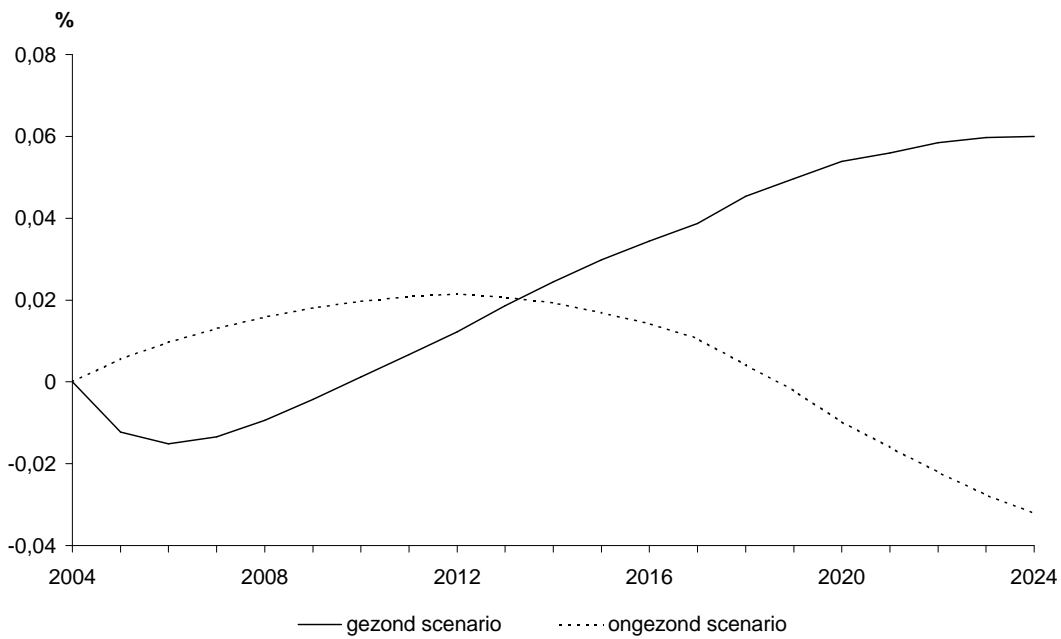
- Het 'gezonde' scenario: het percentage rokers daalt naar 20% in 2010 (de doelstelling van VWS) waarna het percentage rokers niet meer verder daalt. Het percentage mensen met overgewicht en obesitas stijgt niet verder dan het niveau in 2005;
- Het 'ongezonde' scenario: het percentage rokers daalt niet en het percentage mensen met overgewicht en obesitas stijgt tot de niveaus die nu reeds in Amerika worden gemeten (slechts 38% van de Nederlandse bevolking heeft in 2025 nog een gezond gewicht).

Resultaten

Gezond gedrag heeft twee tegengestelde effecten op de zorgkosten: 1) op korte termijn verminderen morbiditeit en ziektelast wat zorgt voor een kostendaling, 2) op langere termijn neemt de levensverwachting toe en stijgen de zorgkosten. Figuur A.1 illustreert deze twee

tegengestelde bewegingen ten opzichte van het referentiescenario. Op basis van de demografische ontwikkeling en ziektelast in het referentiescenario fluctueert de jaarlijkse groeivoet van de zorgkosten rond de 1%. Op korte termijn nemen de zorgkosten iets meer toe in het ongezonde scenario maar op langere termijn stijgen de zorgkosten meer in het gezonde scenario vanwege een toename van de levensverwachting. De verschillen in de groeivoet van de zorgkosten tussen de scenario's zijn erg klein (maximaal een 0,06% hogere groeivoet in het gezonde scenario).

Figuur A.1 Verschil in jaarlijks groeivoet percentage van de zorgkosten over de tijd ten opzichte van referentiescenario



Appendix B: Raming van de sector verpleging en verzorging

De raming van de sector verpleging en de verzorging wordt opgesplitst in drie branches: thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuizen. Allereerst hebben we een gedetailleerde reconstructie gemaakt van de volumeontwikkeling tussen 1998 en 2003 in de drie branches. Het volume wordt daarbij uitgesplitst in een viertal indicatoren: aantallen cliënten, extra instroom, extramuralisering en zorgintensiteit. Daarbij is gebruik gemaakt van een backcast van de zorgbehoefte met het SCP model voor verpleging en verzorging (Timmermans en Woittiez, 2004) en van cliënt- en volumedata van het CBS.

Omdat de periode 1998 – 2003 vrij kort is, en er in die periode sprake was van een extreme groei in de sector, wordt ook een reconstructie gemaakt van de periode 1990-2003. Door ontbrekende data over het aantal cliënten over deze totale periode is deze reconstructie niet zo gedetailleerd. De inzichten van de analyse van periode 1998-2003 zijn er echter wel in verwerkt. Tenslotte presenteren we de raming voor de periode 2008-2011. Daarbij zijn de historische trends van de vier volume indicatoren doorgetrokken.

Reconstructie 1998-2003

De historische volume ontwikkeling van de drie branches thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg loopt in de periode 1998-2003 sterk uiteen. Dat geldt zowel voor de volumeontwikkeling (regel 25 van tabel B.1) als voor de ontwikkeling in het aantal cliënten (regel 2 van tabel B.1). De volumegroei van de thuiszorg is een factor 2 groter dan die van de verpleeghuizen en een factor 3 groter dan die van de verzorgingshuizen. Met behulp van onderstaande tabel B.1 wordt het verschil in groei van de verschillende branches verklaard door een decompositie van de verschillende componenten in deze ontwikkeling te maken.

Startpunt van de analyse is de backcast van de ontwikkeling van de potentiële vraag en van de AWBZ-vraag die gemaakt is met het SCP model voor verpleging en verzorging (Timmermans en Woittiez, 2004). Beide grootheden zijn gedefinieerd in aantallen personen.

De potentiële vraag (regel 3) omvat de AWBZ-vraag, de vraag naar mantelzorg en de vraag naar particuliere zorg. De groei van de AWBZ-vraag (regel 4) is wat lager dan de potentiële vraag. Dat komt omdat een deel van de groei in de vraag wordt opgevangen door informele en particuliere zorg. Door de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de AWBZ zullen hulpvragers met lage inkomens wellicht eerder kiezen voor informele zorg en hulpvragers met een hoog inkomen voor de particuliere zorg.

De ontwikkeling van de AWBZ-vraag naar verpleging en verzorging in aantallen personen (regel 4), zoals ingeschat door het SCP, wordt vergeleken worden met de ontwikkeling van het door het CBS geregistreerde aantal cliënten (regel 2). De geraamde groei van AWBZ-vraag weerspiegelt vooral de groei ten gevolge van ontwikkelingen in de demografie en in de sociaal-

economische positie van de bevolking. Als we er van uitgaan dat de SCP-raming van de vraag correct is, wordt het verschil tussen de AWBZ-vraag en de CBS-cijfers gevormd door de invloed van capaciteitsrestricties en het gevoerde beleid op het gebruik (regel 5). Dit verschil kan ook uitgedrukt worden in personen per jaar (regel 6). Daaruit blijkt dat elk jaar 300 nieuwe vragers naar verpleeghuiszorg niet in die branche terecht zijn gekomen. Hetzelfde geldt jaarlijks voor 2700 nieuwe vragers naar verzorgingshuiszorg. Het aanbod van thuiszorg was echter zeer ruim, zodat niet alleen alle nieuwe vragers naar thuiszorg een plaats hebben gevonden maar jaarlijks ook nog 16400 plaatsen zijn gecreëerd voor de oplossing van de wachtlijsten en voor vragers voor wie thuiszorg een vervangende vorm van zorg is.

Regel 7,8 en 9 in tabel B.1 geven een overzicht van mogelijke herkomst en bestemming van gebruikers. Regel 7 laat zien dat er verondersteld wordt dat er per jaar 300 vragers naar verpleeghuiszorg in de verzorgingshuizen blijven of gaan wonen. Confrontatie van deze vragers opgeteld bij de vragers naar verzorgingshuiszorg met het beschikbare aanbod levert een totaal tekort aan verzorgingshuisplaatsen van 3000 per jaar op. Er is verondersteld dat deze 3000 vragers zelfstandig wonen met de nodige thuiszorg. Dit is onder andere het gevolg van extramuralisering. Onder extramuralisering verstaan we dat mensen de nodige zorg thuis kunnen ontvangen en niet naar een tehuis hoeven te verhuizen.

De extramuralisering is te gering van omvang om de sterke groei van de thuiszorg te verklaren. Een andere oorzaak is de inzet van wachtlijstmiddelen geweest met het doel de wachtlijsten in de zorg te reduceren. Dit heeft echter ook het naar voren komen van latente vraag tot gevolg gehad. Het extra aanbod in de thuiszorg heeft daardoor niet alleen de wachtlijsten verminderd maar ook zorgbehoevenden aangetrokken die voorheen mantelzorg of geen zorg kregen. Volgens de berekeningen in tabel B.1 zijn gemiddeld 13,4 duizend zorgvragers per jaar extra in de thuiszorg ingestroomd (regel 9). Ook Stevens et al. (2005) vinden dat slechts een gering deel van de stijging van thuiszorggebruikers toe te schrijven is aan extramuralisatie.

De aanbodeffecten in personen (regel 5) zijn anders indien ze uitgedrukt worden in volume termen. Dit hangt samen met de sterke heterogeniteit van de zorgzwaarte van de gebruikers. Om dat te kunnen doen moeten aannames gemaakt worden over het verschil in kosten tussen iemand met een bepaalde *zorgbehoefte* die thuis woont en iemand met dezelfde *zorgbehoefte* die in een tehuis woont. We nemen aan dat de verpleeghuisbehoefte verzorgingshuisbewoners die in verzorgingshuizen wonen, duurder zijn dan de gemiddelde verzorgingshuisbewoners (rij 13). Verder is er een woonlastencorrectie gedaan van 5500 euro (regel 12). Het bedrag voor de woonlasten, 5500 euro, lijkt aan de lage kant, maar dat komt omdat hier alleen de kapitaalslasten van het verzorgingshuis zijn toegerekend aan het wonen en geen delen

Tabel B.1 Decompositie volume ontwikkeling 1998-2003

	Bron	Dimensie	Thuiszorg	Verzorgings- huizen	Verpleeg- huizen	Ouderen totaal	
Personen			t	z	p		
1	Gebruikers 2003	CBS	x 1000	355	108	59	522
2	Gebruikers	CBS	% groei pj	5,8	- 1,3	1,2	3,8
3	Backcast potentiële vraag	SCP	% groei pj	1,6	1,7	2,0	1,7
4	Backcast AWBZ vraag	SCP	% groei pj	1,2	1,2	1,7	1,3
5	Aanbodeffecten	(2)-(4)	% groei pj	4,6	- 2,5	- 0,5	2,6
6	Idem in personen	(5)/(1)/100	x 1000 pj	16,4	- 2,7	- 0,3	13,4
7	Substitutie verpleeghuizen	(6,p)	x 1000 pj		0,3	- 0,3	0,0
8	Extramuralisering	(6,z)-(7,z)	x 1000 pj	3,0	- 3,0		0,0
9	Extra aanbod thuiszorg	(6,t)-(8,t)	x 1000 pj	13,4			13,4
	In constante prijzen			t	z	p	
10	Uitgaven 2003	CBS	mIn euo	3317	3699	4351	11367
11	Prijs pppj in 2003	(10)/(1)*100	x 1000 euro	9,3	34,3	73,2	21,8
12	Woonkosten pppj in 2003				5,5		
13	Substitutie verpleeghuizen	(7,z)*(11,z)*1,5	mIn euro pj		15	- 15	0,0
14	Extramuralisering var. kosten	(8,t)*(11,t)*1,5	mIn euro pj	41	- 41		0,0
15	Woonkosten	(12)*(9)			- 16		- 16
16	Extramuralisering	(13)+(14)+(15)	mIn euro pj	41	- 42	- 15	- 16
17	Idem	(16)/(11)*100	% groei pj	1,2	- 1,1	- 0,4	- 0,1
18	Extra aanbod thuiszorg	(9)*(11)*0,5	mIn euro pj	56			56
19	Idem	(18)/(10)*100	% groei pj	1,7			0,5
20	Aanbodeffecten	(18)+(16)	mIn euro pj	98	- 42	15	40
21	Idem	(19)+(17)	% groei pj	2,9	- 1,1	- 0,4	0,4
22	Backcast AWBZ vraag	(4)	% groei pj	1,2	1,2	1,7	1,2
23	Volume excl. intensiteit	(22)+(21)	% groei pj	4,1	0,0	1,3	1,7
24	Intensiteit	(25)-(23)	% groei pj	2,1	1,9	2,0	2,0
25	Volume	CBS	% groei pj	6,2	1,9	3,3	3,7

van de materiële of de personeelskosten. Eenzelfde soort berekening is gemaakt voor verzorgingshuisbehoefigen die thuis wonen met thuiszorg (regel 14). Verder is bij de instroom van de thuiszorg verondersteld dat de gevraagde zorg vooral persoonlijke zorg en huishoudelijke zorg betreft. De prijs per uur hiervan is ongeveer 30% lager dan het gemiddelde. Per saldo geeft de extramuralisatie een volumegroei van -0,1% per jaar (regel 17) en het extra aanbod thuiszorg een volumegroei van 0,5% per jaar (regel 19).

Binnen de branches zijn de verschillen aanzienlijk. Daardoor verschillen ook de zorgkosten per gebruiker binnen de branches aanzienlijk. We nemen aan dat verpleeghuisbehoefige verzorgingshuisbewoners die in verzorgingshuizen wonen, duurder zijn dan de gemiddelde verzorgingshuisbewoners waarbij we veronderstellen dat de kosten per gebruiker 50% hoger zijn. Verder veronderstellen we dat deze extra kosten per verzorgingshuisgebruiker precies

gelijk zijn aan de uitgespaarde kosten in de verpleeghuisbranche. Iets soortgelijks geldt ook voor de zelfstandig wonende verzorgingshuisbehoefigen, zij het dat zij woonkosten in de verzorgingshuizen besparen.

Toepassing van deze rekenregels reduceert de uitgaven in de verpleeghuisbranche met 15 mln euro en verhoogt de uitgaven in de verzorgingshuisbranche met hetzelfde bedrag (regel 13). Extramuralisatie heeft volgens dezelfde rekenregels geleid tot een reductie van 41 mln euro (regel 14) op de uitgaven aan variabele kosten in de branche van de verzorgingshuizen en 16 mln op woonkosten²⁰ (regel 15). In de thuiszorg stijgen daardoor de uitgaven met 41 mln euro.

Het extra aanbod in de thuiszorg is gevuld met zorgbehoevenden die op de wachtlijst stonden en personen die wel in aanmerking kwamen voor thuiszorg, maar dit niet hadden aangevraagd (latente vraag). We veronderstellen hier dat de zorgwaarde van deze laatste categorie lager is dan het gemiddelde in de thuiszorg. Dat komt tot uiting in de veronderstelde 50% lagere kosten per gebruiker voor de invulling van dit extra aanbod. Dit komt door zowel het geringere aantal uren zorg per gebruiker als door het type zorg, dat voornamelijk uit huishoudelijke zorg bestaat.

De daling van het volume door extramuralisering en de stijging door extra aanbod in de thuiszorg vormen samen de volume ontwikkeling als gevolg van aanbodeffecten (regel 21). Deze volume ontwikkelingen zijn gematigder dan diezelfde ontwikkeling in personen (regel 5). Tellen we de stijging van de AWBZ vraag in aantallen personen daar bij op (regel 22) dan krijgen we de totale volume ontwikkeling van de branches in personen (regel 23). We hebben daarbij verondersteld dat deze vragers naar AWBZ zorg voldoen aan het gemiddelde kostenprofiel van de branche.

Tenslotte wordt de intensiteitsontwikkeling berekend uit het verschil tussen de CBS realisaties voor het totale volume (regel 25) en de berekende volume ontwikkeling op basis van personen (regel 23). Met intensiteit bedoelen we het aantal uren zorg per persoon of het type zorg: verpleging, verzorging of thuiszorg. Het blijkt dat de zorgintensiteit voor alle branches ongeveer met 2% per jaar gestegen is in de periode 1998-2003 (regel 24).

²⁰ Het getal van de woonlasten van 5500 euro per gebruiker per jaar waarmee dit bedrag van 16 mln euro berekend is, is ontleend aan de Bouwkostennota 2005 van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Hierin zijn alleen de kapitaalslasten van het verzorgingshuis zijn opgenomen en geen componenten van de materiële of de personeelskosten.

Tabel B.2 Belangrijkste determinanten volume ontwikkeling verpleging en verzorging 1998-2003

	Bron	Dimensie	Thuiszorg	Verzorgings- huizen	Verpleeg- huizen	Totaal	
0	Zorgbehoefte	SCP (r3 tabel B,1)	% groei pj	1,6	1,7	2,0	1,7
1	Zorggebruik	SCP (r22 tabel B,1)	% groei pj	1,2	1,2	1,7	1,3
2	Intensiteit autonoom	(r24 tabel B,1)	% groei pj	2,1	1,9	2,0	2,0
3	Extramuralisering	(r18 tabel B,1)	% groei pj	1,2	- 1,1	- 0,4	- 0,1
4	Extra aanbod thuiszorg	(r17 tabel B,1)	% groei pj	1,7			0,5
5	Totaal volume	(1)+(2)+(3)+(4)	% groei pj	6,2	1,9	3,3	3,7

Samenvatting reconstructie 1998-2003

Voor de duidelijkheid staan de belangrijkste uitkomsten in tabel B.2 samengevat. De volumeontwikkeling wordt allereerst bepaald door de ontwikkeling in de potentiële vraag (regel 0). Deze vraag beschrijft de groei die ontstaan is door demografische ontwikkelingen en verandering van sociaal-economische factoren. De groei in de periode 1998-2003 wordt door het SCP geraamd op 1,7% per jaar. In een belangrijk deel van die vraag wordt tegemoet gekomen via informele zorg en particuliere zorg. De groei van de AWBZ vraag wordt daarom door het SCP lager ingeschat: 1,3% per jaar (regel 1). Een tweede factor is de intensiteitsontwikkeling (regel 2) die beschrijft dat er meer uren zorg of zwaardere zorg wordt geleverd. In hoeverre dit een structureel dan wel een tijdelijk fenomeen is, is lastig na te gaan. De extramuralisering heeft geleid tot een extra stijging in het volume van de thuiszorg van 1,2% per jaar en een daling in het volume van de verzorgingshuiszorg van 1,1% per jaar. Alles met elkaar heeft de extramuralisatie geleid tot een volumedaling in de sector verpleging en verzorging van -0,1%. Ten slotte is er nog een effect dat is ontstaan door aanbodontwikkelingen. Hierin is vooral de instroom van latente vraag in het verruimde aanbod van de thuiszorg van belang geweest. Daardoor is het volume van de thuiszorg met 1,7% per jaar toegenomen. Voor de hele sector gaat het om 0,5% per jaar. Alles bij elkaar opgeteld geeft dat een geregistreerde volumegroei in de sector van 3,7% per jaar, met als uitschieter de thuiszorg met een volume groei van 6,2% per jaar.

Reconstructie periode 1990-2003

Over de totale periode 1990-2003 is sprake geweest van een meer gematigde ontwikkeling in het volume van verpleging en verzorging. De gemiddelde volume groei van de verpleeghuizen en verzorgingshuizen was slechts driekwart van de periode 1998-2003 en die van de thuiszorg slechts de helft. Tabel B.3 geeft een decompositie van de verschillende componenten van de volumegroei in de sector verpleging en verzorging in de periode 1990-2003. Voor deze periode is de decompositie minder gedetailleerd dan voor de periode 1998-2003 door het gebrek aan cijfers over het feitelijk aantal gebruikers van de zorg. De opbouw van de decompositie is

analoog aan die van tabel B.2 uit de vorige paragraaf. De berekende groei van de potentiële vraag van het SCP in aantallen personen vormt de start van de decompositie (regel 0). De groei van de potentiële vraag in de periode 1990-2003 wijkt nauwelijks af van die in 1998-2003. Dat heeft te maken met het feit dat deze raming vooral de groei beschrijft die ontstaan is door demografische ontwikkelingen en veranderingen van sociaal-economische positie. Deze grootheden ontwikkelen zich trendmatig. Een deel van de potentiële vraag slaat neer bij de informele en particuliere zorg. Daarom ligt de groei in het geraamde gebruik met 1,3% iets lager (regel 1). Aangenomen is dat de intensiteitsveranderingen en extramuralisatie vooral hebben plaats gevonden in de periode 1998-2003, dit is tweede helft van de periode. Daarom is de groei in deze twee factoren in de periode 1990-2003 slechts de helft van de groei in de periode 1998-2003. De intensiteitsverandering is ruwweg 1% per jaar voor alle branches en dus ook voor de sector verpleging en verzorging in totaal (regel 2) en het extramuralisatie effect is voor alle branches bijna de helft lager (regel 3). Met een extra aanbod van 0,3% per jaar in de thuiszorg ofwel 0,1% per jaar in de sector verpleging en verzorging (regel 4) wordt de totale gerealiseerde volumegroei van 2,4% gecompleteerd (regel 5).

Tabel B.3 Onderbouwing volume ontwikkeling verpleging en verzorging 1990-2003

	Bron	Dimensie	Thuiszorg	Verzorgings- huizen	Verpleeg- huizen	Ouderen totaal
0 Backcast zorgbehoefte	SCP	% groei pj	1,5	1,6	1,9	1,7
1 Backcast gebruikers	SCP	% groei pj	1,1	1,1	1,6	1,3
2 Intensiteit autonoom	0,55*(r1 tabel B,2)	% groei pj	1,1	1,0	1,1	1,1
3 Extramuralisering	0,55*(r3 tabel B,2)	% groei pj	0,7	- 0,6	- 0,2	- 0,1
4 Extra aanbod thuiszorg	(5)-(1)-(2)-(3)	% groei pj	0,3	0,0	0,0	0,1
5 Totaal volume	CBS	% groei pj	3,2	1,5	2,5	2,4

Extrapolatie MLT periode 2008-2011

Op basis van een veronderstelling van een behoedzame groei van het BBP is verondersteld dat in de MLT periode de volume groei voor verpleging en verzorging 2,3% per jaar zal bedragen. Tabel B.4 laat zien hoe die 2,3% kan worden opgebouwd uit de demografie, intensiteit, extramuralisering en extra aanbod. De toekomstige volumeontwikkeling wordt allereerst bepaald door de ontwikkeling in de AWBZ vraag. Deze is ontleend aan een SCP raming die gemaakt is met het SCP model voor verpleging en verzorging (Timmermans en Woittiez, 2004). Deze raming is gebaseerd op demografische ontwikkelingen, waarbij rekening is gehouden met de meest recente bevolkingsprognose van het CBS, die een sterke daling van de bevolkingsgroei laat zien, en verandering van sociaal-economische positie. De groei van de AWBZ vraag bedraagt 1,2% per jaar (regel 1). De veronderstelde intensiteitsontwikkeling, die aangeeft dat er meer uren of zwaardere zorg wordt geleverd is voor de thuiszorg, verpleeghuizen en de verzorgingshuizen ongeveer gelijk aan de historische trend van de periode

1990-2003. De intensiteitsverandering voor de totale sector verpleging en verzorging komt daardoor op 1% per jaar (regel 2). Een belangrijke onzekerheid in de raming is in hoeverre de hogere gemiddelde stijging in de intensiteit van de afgelopen jaren een structureel dan wel een tijdelijk fenomeen was. De extramuralisering uit de periode 1998-2003 zal naar verwachting blijven voortduren. Dat zal leiden tot een stijging in het volume van de thuiszorg van 1,2% per jaar. De impact hiervan op de gehele sector verpleging en verzorging is slechts -0,1% per jaar. De extra instroom in de thuiszorg zal enigszins afzakken omdat de wachtlijsten in belangrijke mate opgelost zijn. De druk van de latente vraag zal blijven bestaan zodat het gebruik van de thuiszorg met 0,5% per jaar extra zal blijven toenemen.

Alles bij elkaar opgeteld kan dit tot een volumegroei in de sector verpleging en verzorging van 2,3% per jaar leiden. Daarbij zijn er grote verschillen tussen de branches: het volume in de thuiszorg zal met 3,7% groeien, dat van de verpleeghuiszorg met 2,1% per jaar en van de verzorgingshuiszorg met 0,9% per jaar.

Tabel B.4 Onderbouwing volume ontwikkeling verpleging en verzorging 2008-2011

		Bron	Dimensie	Thuiszorg	Verzorgings- huizen	Verpleeg- huizen	Ouderen totaal
1	Forecast zorggebruikers	SCP	% groei pj	1,0	1,0	1,5	1,2
2	Intensiteit autonoom	(r2 tabel B.3)	% groei pj	1,0	1,0	1,0	1,0
3	Extramuralisering	(r3 tabel B.2)	% groei pj	1,2	- 1,1	- 0,4	- 0,1
4	Extra aanbod thuiszorg	0,3*(r4 tabel B.2)	% groei pj	0,5			0,2
5	Totaal volume	(1)+(2)+(3)+(4)	% groei pj	3,7	0,9	2,1	2,3

Appendix C: Raming van de gehandicaptenzorg

Deze paragraaf gaat in op de raming van de gehandicaptensector. De MLT raming voor de totale gehandicaptenzorg is gebaseerd op een raming van de verstandelijk gehandicapten. Deze groep neemt ongeveer 95% van de totale uitgaven aan gehandicapten zorg voor zijn rekening. De raming is opgebouwd uit twee gedeelten, namelijk een raming van het aantal cliënten en een raming van de zorgintensiteit per cliënt. De raming van het aantal cliënten per branche is gemaakt met behulp van het SCP model voor de verstandelijk-gehandicaptenzorg (Woittiez en Crone, 2005). De raming van de zorgintensiteiten per branche is berekend uit de historische trend van het volume van de zorg van het CBS en de backcast met het SCP model over de periode 1998-2003.

Deze appendix is als volgt opgebouwd. Eerst maken we een reconstructie van de volumeontwikkeling tussen 1998 en 2003, waarbij een inschatting voor de toegenomen intensiteit wordt gemaakt. Omdat de periode 1998 - 2003 vrij kort is, en er in die periode sprake was van een extreme groei in de sector, wordt eveneens een reconstructie gemaakt van de periode 1990-2003. Tenslotte presenteren we een raming voor de periode 2008-2011.

Reconstructie 1990-2003

De volume ontwikkeling in de periode 1990-2003 bedroeg volgens het CBS 3% per jaar. Binnen die periode was die ontwikkeling niet gelijkmatig. In de periode 1991-1995 was de groei slechts 1,2% per jaar, van 1996-2000 2,7% per jaar en in de laatste 3 jaar 6,6% per jaar met daarin het jaar 2002 met een volume groei van liefst 10%. De volumeschatting van het CBS is wellicht een overschatting, gezien het feit dat andere berekeningen (Schutte et al. 2004) uitkomen op een hogere prijscomponent.

Tabel C.1 **Decompositie en MLT raming volume groei gehandicaptenzorg**

	Personen	Bron	1991-2003	1998-2003	2008-2011
1	Demo-raming	SCP	0,0	0,0	0,0
2	Burgerschapsparadigma	SCP	0,1	0,3	0,3
3	Zwakbegaafden	SCP	0,3	0,6	0,6
4	Instroom	SCP	0,8	2,0	0,0
5	Totaal gebruikers	(1)+(2)+(3)+(4)	1,2	3,1	0,9
6	Ambulante zorg	SCP	0,1	- 2,1	0,0
7	Gebruikers	CBS	1,3	0,9	0,9
8	Intensiteit	(10)-(7)	1,6	5,2	1,6
9	Volume	CBS	3,0	6,1	2,5

Tabel C.1 geeft een overzicht van de verschillende factoren die aan de historische volumeontwikkeling ten grondslag liggen. Volgens de backcast berekening van het SCP is de vraag naar verstandelijk gehandicaptenzorg in de periode 1990-2003 toegenomen met 1,2% per jaar (regel 5). Die toename is voor een deel veroorzaakt door het zogenaamde burgerschapsparadigma (regel 2). Dat paradigma houdt in dat verstandelijk gehandicapten, net als iedere andere burger, op allerlei terreinen activiteiten zouden moeten kunnen ontplooiën. Een andere reden is dat er een toename is geweest van het aantal zwakbegaafden dat zorg ontvangt in de gehandicaptensector (regel 3). De afgelopen decennia was het percentage zwakbegaafden dat gebruik maakte van gehandicaptenzorg vrijwel constant (10% van het totaal aantal gebruikers). De laatste jaren lijkt er echter sprake te zijn van een sterke toename van het aantal zwakbegaafden in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Deze toelating van zwakbegaafden tot de AWBZ heeft vooral in de periode 1998-2003 plaats gevonden. Daardoor is de instroom van zwakbegaafden geconcentreerd in die periode. In diezelfde periode was er ook sprake van een aanzuigende werking uit andere sectoren van de zorg (de ggz en jeugdzorg) door de inzet van extra wachtlijstgelden en toenemende diversiteit in de zorgproducten die werden aangeboden (regel 4). In de periode 1998-2003 was de stijging in het aantal vragers naar verstandelijk-gehandicaptenzorg 3% per jaar (regel 5).

De AWBZ-vraag in personen (regel 5) en het feitelijk aantal gebruikers volgens het CBS lopen in de periode 1998-2003 sterk uiteen. Dat komt door het verschil in definities. Het CBS gaat uit van gebruikers van woonvoorzieningen zoals de algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten en gezinsvervangende tehuizen. Waar de CBS-cijfers onvoldoende beeld van geven is het aantal cliënten dat thuis woont en begeleiding of dagbesteding ontvangt. En het is juist die groep cliënten, de thuiswonenden die alleen begeleiding ontvangen, die het hardst gegroeid is in de periode 1998-2003. Vandaar de grote extramurale component (regel 6) die van de SCP-cijfers moet worden afgetrokken om tot de CBS-cijfers te komen. Verder lijkt het zo te zijn dat de extra cliënten die geholpen zijn door de inzet van extra wachtlijstgelden, niet in de CBS-cijfers zijn verwerkt.

De intensiteit van de zorg nam in de periode 1998-2003 met 5,2% per jaar toe (regel 8). Vooral het aantal zorgproducten dat een cliënt ontving nam toe, maar door de toegenomen individualisering van de zorg is ook het aantal uren zorg per persoon toegenomen. Verder bevat de intensiteit, omdat het een restpost is, ook nog andere zaken die moeilijk te meten zijn.

Raming MLT gehandicaptenzorg

In tabel C.1 van de vorige paragraaf wordt behalve de reconstructie ook de MLT raming samengevat. De AWBZ-vraag naar gehandicaptenzorg in de periode 2008-2011 wordt door het SCP geraamd op 0,9% per jaar. Dat is 0,4% per jaar minder dan in de periode 1991-2003. Dat komt doordat verondersteld wordt dat het instroomeffect praktisch verdwijnt. De zorgintensiteit is de periode 1990-2003 toegenomen met 1,6% per jaar. Daarbij is er een groot verschil in de

ontwikkeling voor 1995 en daarna. Na 1998 is de toename van de intensiteit 5,2% per jaar. Intensiteit is hier overigens wel als een breed begrip gebruikt: het omvat de toegenomen zorgzwaarte, meer uren zorg per persoon, meer zorgproducten per persoon en ook nog andere factoren die ervoor gezorgd hebben dat het volume sterker stijgt dan het aantal personen dat zorg ontvangt. Hier zit een belangrijke onzekerheid in de raming. De achterliggende veronderstelling bij de raming is dat een deel van de factoren die voor de groei in de periode 1998-2003 gezorgd hebben, structureel van aard zijn, en voor een deel tijdelijk. Structureel van aard is bijvoorbeeld de verandering in bejegening van de verstandelijk gehandicapten. Maar de toelating van andere groepen cliënten uit de GGZ en de jeugdzorg zijn tijdelijk geweest. Daardoor zal de volume ontwikkeling in de MLT periode ongeveer 2,5% per jaar bedragen.