

Een internationale vergelijking van zorghervormingen

Raymond Gradus

Hoogleraar Vrije Universiteit Amsterdam en Directeur Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

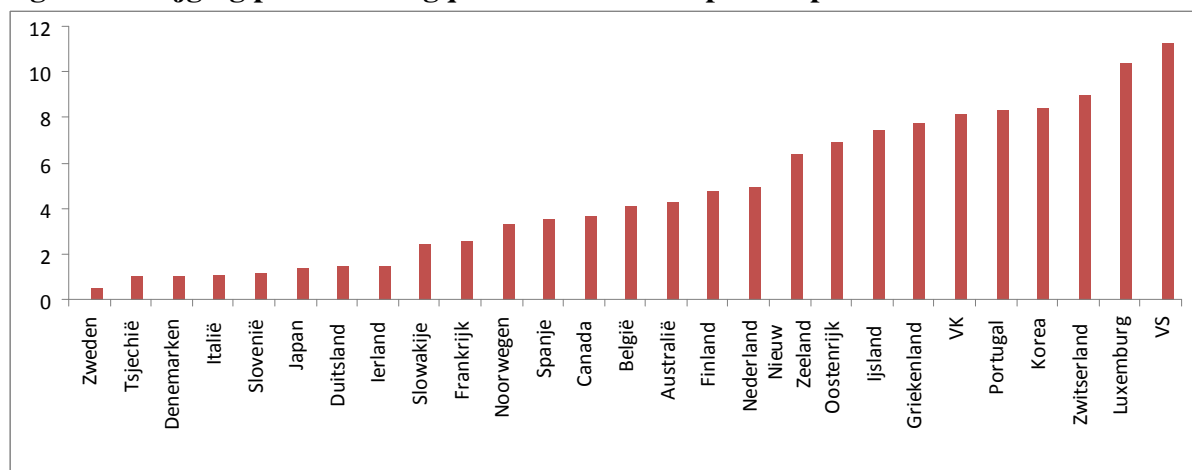
Gezien de verwachte stijging van de publieke zorgquote staan zorghervormingen hoog op de politieke agenda. Uit een internationale vergelijking door het IMF blijkt dat markthervormingen, stringent publiek management en budgettering de publieke zorgquote aanzienlijk laten dalen. Minder effectief zijn vraaghervormingen en aanbodregulering.

Stijging publieke zorgquote

Volgens een studie van Europese Commissie (2009) zullen de publieke uitgaven aan zorg de komende decennia fors gaan oplopen. Door vooral de vergrijzing zal de publieke zorgquote gemiddeld in de Europese Unie met 2½ procentpunt gaan oplopen in de periode tot 2060. Door de wijze waarop in Nederland de langdurige zorg is vormgegeven, zal in ons land met bijna 5½ procentpunt de uitgavenstijging fors hoger zal zijn (Asselt et al., 2011). In de ons omliggende landen wordt dan ook veel meer verantwoordelijkheid en keuze bij mensen zelf neergelegd. Zo blijven ouderen langer zelfstandig wonen in Duitsland en er wordt een aanzienlijk deel van de moeilijk verifieerbare sociaal-medische kosten privaat betaald (Gradus en van Asselt, 2011).

Overigens gaan de berekeningen van de EU ervan uit dat de technologie constant blijft, terwijl technologie een van de belangrijkste drijfveren is geweest voor de kostenstijging de afgelopen jaren. Sinds 1970 is de publieke zorgquote in de groep van geavanceerde economieën meer dan verdubbeld van 3 procent BBP naar ruim 7 procent BBP in 2010. Een studie van het IMF (2010) geeft aan dat tweederde van de zorgkostenstijging in de afgelopen 20 jaar voorkomt uit niet-vergrijzingsgerelateerde kosten zoals technologie en de inkomensstijging in de afgelopen jaren. Als deze trend uit het verleden zou worden doorgetrokken dan zal de (publieke) zorgquote in de geavanceerde economieën met 6½ procentpunt gaan stijgen de komende veertig jaar.

Figuur 1: Stijging publieke zorgquote 2010-2050 in procentpunten



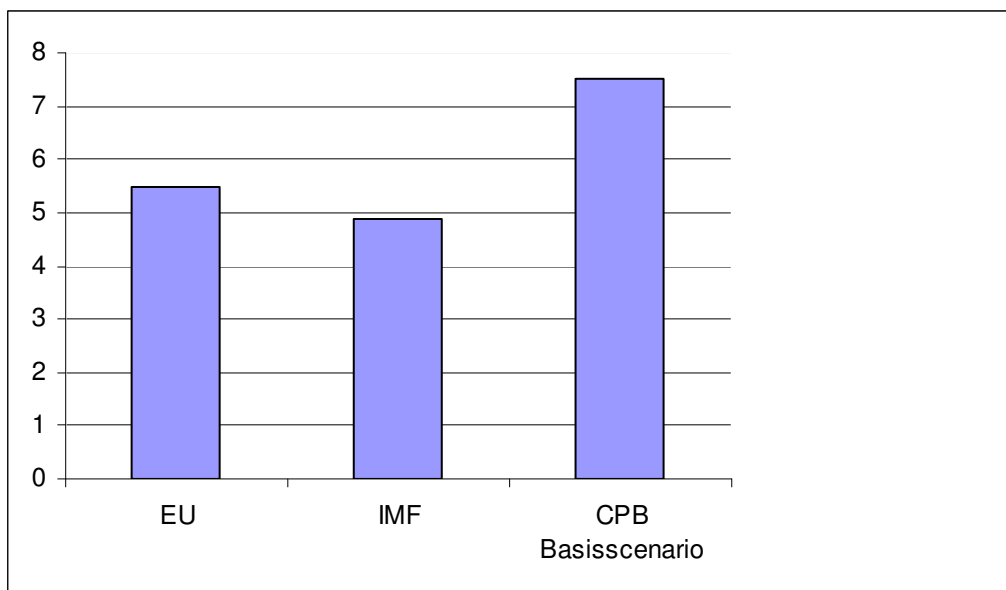
Bron: IMF, 2010.

Koploper is de VS, die met een stijging van elf procentpunt wordt geconfronteerd, maar in de Luxemburg en Zwitserland zijn de stijgingen met bijna tien procentpunt ook aanzienlijk (figuur 1). Voor Nederland wordt uitgegaan van een stijging van 4,9 procentpunt. De groei

van zorgkosten bij onze oosterburen is beperkter met een stijging van 1½ procentpunt. In de periode tot en met 2030 is in deze projectie een gemiddelde stijging van de publieke zorgquote met 3 procentpunt aan de orde. Zowel op de lange als op de middellange termijn zal daarom in veel landen door de stijging van de zorgkosten de beheersbaarheid van de overheidsfinanciën ernstig onder druk komen te staan.

Het IMF heeft haar voorspelling gebaseerd op een extrapolatie van de stijging van de zorgkosten tussen 1980 en 2007/2008. In een recente studie voor Nederland met data tot en met 2010 geeft het CPB aan dat in de periode 2001-2010 een versnelling van de zorgkosten heeft plaatsgevonden (CPB, 2011). Bij het doortrekken van de historische trend komt het CPB uit op een stijging van de Nederlandse publieke zorgquote van 7,5 procentpunt in 2040. In vergelijking met het IMF en de EU laat dit scenario van het CPB een hogere stijging van de publieke zorgquote in de komende decennia zien (zie figuur 2).

Figuur 2: Stijging Nederlandse publieke zorgquote in procentpunten geraamd door instituten



Een alternatief scenario met een stijging van de publieke zorgquote van 5 procentpunt is volgens het CPB denkbaar, indien arbeidsbesparende technologische ontwikkelingen en een actief prijsbeleid bij medicijnen zullen plaatsvinden. Indien ervan wordt uitgegaan wordt dat de niet-vergrijzingsgerelateerde stijging van het curatieve zorgvolume de afgelopen jaren wordt verklaard door nieuwe technologieën en deze stijging de komende decennia continueert, zal een stijging van de publieke zorgquote van 14,5 procentpunt optreden. De reële inkomensstijging van een tweeverdieners gezin met 1,5 modaal de komende jaren zou dan volledig opgaan aan publieke zorgkosten, wat niet houdbaar is (CPB, 2011).

De gezondheidshervormingen

In veel Westerse landen heeft een aanzienlijke stijging van de zorgkosten plaatsgevonden. Dit is voornamelijk te wijten aan de vergrijzing en een technologie-push. Positief is dat dit zich kan vertalen in een hogere levensverwachting. Cruciaal is daarbij wel dat het publieke deel in het totaal aan zorgkosten de afgelopen twintig jaar is gestegen van 55 naar 60 procent. Zorguitgaven lopen in toenemende mate via de publieke allocatie. Dit kan leiden tot een gebrekkige efficiëntie en een overmatig gebruik van de zorg (Donders en Gradus, 2007). In veel landen zijn daarom in meer of minder mate succesvolle zorghervormingen geïmplementeerd. In haar studie deelt het IMF (2010) deze hervormingen in vijf categorieën

in: markt- of budgetmechanisme, aanbodrestricties, publiek management en vraaghervormingen.

Een aantal hervormingen is terug te voeren op de vraagzijde. Daarbij kan het gaan om hogere eigen betalingen of bijdragen of meer private verzekeringen met een risico-afhankelijke premiestelling. De private bijdrage aan de kosten van de zorg zijn in Nederland lager dan in de ons omringende landen met 11 procent van de totale zorgkosten. In Denemarken en Zweden bedragen dergelijke private uitgaven respectievelijk 15 procent en 16 procent, in Duitsland 22 procent en bij onze zuiderburen 23 procent (OECD, 2009). Bij aanvullende zorgverzekeringen neemt Nederland internationaal een middenpositie in. Zo loopt 5 procent van de Nederlandse zorguitgaven via het zogenaamde derde compartiment van aanvullende verzekeringen. In Duitsland, Denemarken en Zweden zijn dergelijke verzekeringen afwezig, in Frankrijk gaat het om 13 procent en bij het VK 9 procent (OECD, 2009). Vraaghervormingen beperken een overconsumptie van zorg, maar hebben als nadeel verdelingseffecten. In veel landen zien we overigens dat de efficiencyeffecten van deze hervormingen worden beperkt door belastinguitgaven. Ook nu is de VS weer koploper met belastinguitgaven in de sfeer van zorg, die inmiddels 2 procent BBP bedragen (IMF, 2010).

Volgens een OECD-classificatie kennen Nederland, Duitsland, Slowakije en Zwitserland zorgsystemen met sterke marktprikkels voor de basisverzekering. In Nederland kan men kiezen tussen verzekeraars en is er concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders over prijs en kwaliteit. Volgens de OECD-onderzoekers vormt met name de selectieve contractclausule voor verzekeraars een belangrijk element in het Nederlandse systeem (Joumard et al., 2010). Hervorming van het systeem in de richting van meer marktprikkels bij basisverzekeringen veroorzaakt volgens het IMF (2010) de meeste efficiencywinst.

Ook vormt het budgetmechanisme een belangrijk instrument om de publieke uitgaven aan zorg in de hand te houden. Veel OECD-landen kennen vormen van budgetmechanisme zoals vaste budgetten of groeipercentages voor uitgaven met name in tijden van budgettaire schaarste. Volgens Joumard et al. (2010) luistert de vormgeving van deze instrumenten nauw, omdat anders ontwijkgedrag plaatsvindt. Zo kunnen budgetbeperkingen voor ziekenhuizen omzeild worden via hogere kosten voor medicijnen of alternatieve zorg. Nederland heeft met name in de vorige eeuw veel nadruk gelegd op het budgetmechanisme om de zorgkosten te beheersen. Sinds het nieuwe zorgstelsel in 2006 wordt hier minder belang aan gehecht, omdat kostenbeheersing een verantwoordelijkheid is van verzekeraars.

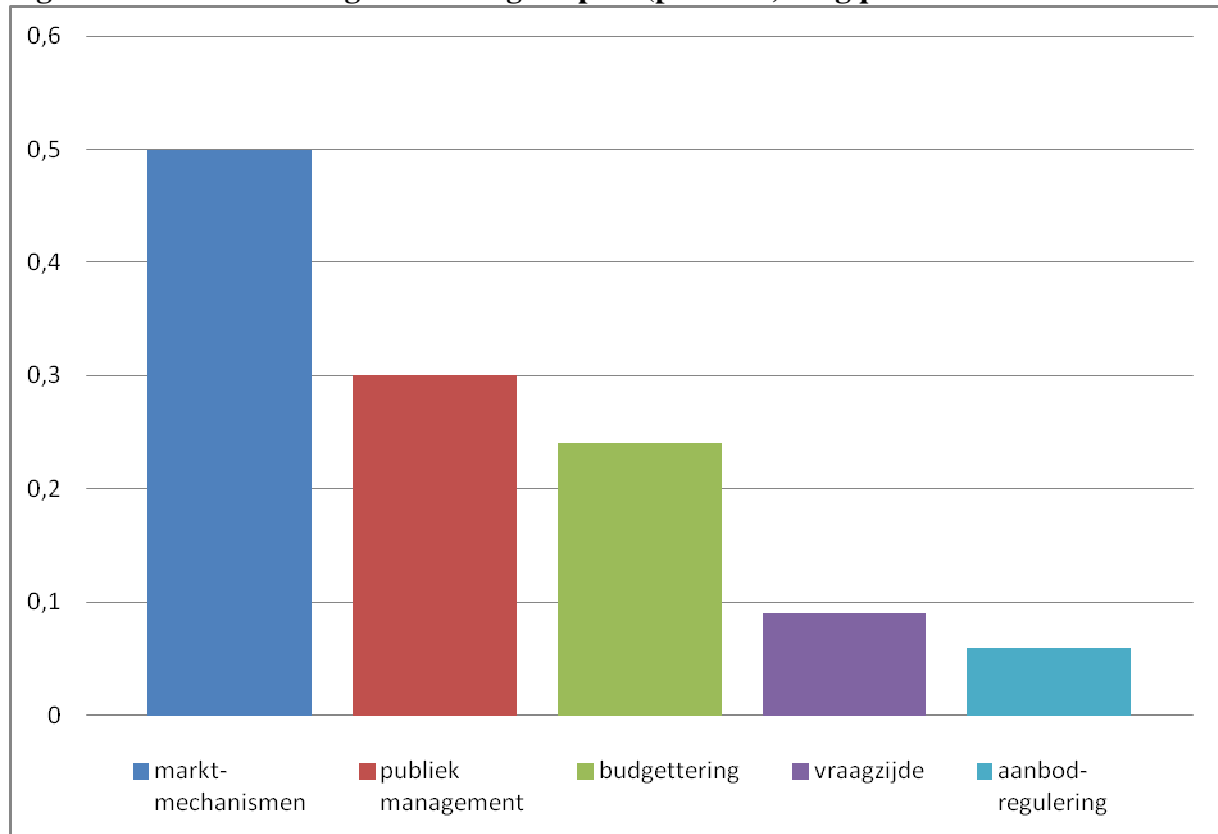
Eveneens is een beter publiek management een manier om de kosten in de zorg te beheersen. Landen zoals Spanje en Zweden kennen een grote verantwoordelijkheid voor regionale overheden als het om de zorg gaat. Daarbij moeten we ons realiseren dat door gebruik te maken van de beleidsvrijheid tussen jurisdicties de efficiency verbeterd kan worden. Door decentralisatie zullen overheden kiezen voor verschillende oplossingen. Daarmee kan blijken welke oplossingen werken en welke niet. Tegelijk volgen decentrale overheden elkaars initiatieven nauwlettend om zodoende een succesvolle aanpak te imiteren (Allers en Fraanje, 2011). In Nederland wordt een beperkt deel van de zorg door gemeenten uitgevoerd door een wet als de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). De kostenbeheersing wordt ook bevorderd doordat in Nederland de WMO is gebudgetteerd. Bij publiek management kan het ook gaan om andere aspecten van de organisatie van de zorg. Zo kennen Nederland en België de eis om een opname (behoudens een spoedeisende opname) alleen te laten plaatsvinden als de huisarts heeft doorverwezen. Dit kan leiden tot een besparing van de kosten van de duurdere tweede lijns zorg. De doorverwijzingpraktijk van huisartsen in Nederland kent echter verschillen (Schäfer et al., 2010), wat zou kunnen impliceren dat door benchmarking door verzekeraars hier nog de nodige winst is te behalen.

Tot slot zijn aanbodrestricties ruim voorkomend. Aanbodrestricties kunnen vele vormen aannemen zoals prijsregulering, beperking van het aantal studenten geneeskunde en aanbodregulering op behandelingen of apparatuur. In Nederland kennen we aanbodrestricties bij het aantal studenten geneeskunde en moeten behandelingen toegelaten zijn door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om voor vergoeding in aanmerking te komen. Het IMF is in het algemeen vrij sceptisch over met name prijsregulering in beheersen van de kosten, omdat hier vaak een volumestijging tegenover staat. Een uitzondering wordt gemaakt voor het Nederlandse systeem dat de kosten van medicijnen beheerst (IMF, 2010).

De effecten van hervormingen

Door de OECD zijn indicatoren ontwikkeld voor kenmerken van het zorgstelsel. Met behulp van een score van een tot en met zes worden landen gerangschikt naar hun kenmerken. Zo scoort Nederland meer dan gemiddeld bij de indicator, die het marktmechanisme uitdrukt. Deze indicator is vervolgens weer samengesteld uit verschillende subindicatoren. Bij de subindicatoren *keuze tussen verzekeraars* en *private betrokkenheid* behaalt Nederland een score van respectievelijk 4 en 4,5, terwijl het gemiddelde respectievelijk 1,3 en 2,8 bedraagt (Joumard et al., 2010). Bij andere (sub)indicatoren zoals decentralisatie en regulering van de prijzen ligt de waarde van Nederland onder het OESO-gemiddelde. Het IMF (2010) heeft vervolgens een regressie uitgevoerd van de (samengestelde) indicatoren als een van de verklarende variabelen en de niet-vergrijzingsgerelateerde groei van de (reële) zorgkosten per hoofd van de bevolking als de te verklaren variabele. Voor de groep van geavanceerde economieën is deze regressie uitgevoerd voor de periode 1995-2008. Op deze wijze kan men inzicht krijgen in de effecten van de zorghervormingen. In figuur 3 is dit grafisch geïllustreerd. Hierbij wordt verondersteld dat de (betreffende) indicator de komende jaren met één zal toenemen en wordt het effect op de publieke zorgquote in 2030 weergegeven.

Figuur 3: Effect van zorghervormingen op de (publieke) zorgquote in 2030



Bron: IMF, 2010.

Volgens dit onderzoek is introductie van het marktmechanisme het meest effectief in het terugdringen van de zorgkosten. Volgens deze indicatieve benadering van het IMF zou de zorgquote met 0,5 procentpunt kunnen afnemen, indien de indicator met één toeneemt. Ook publiek management heeft met 0,3 procentpunt een aanzienlijk effect op de kosten. Budgetrestricties kennen eveneens een behoorlijk effect met 0,24 procentpunt. Minder effectief zijn vraaghervormingen en aanbodrestricties. Toch zijn ook zij met respectievelijk 0,09 en 0,06 procentpunt niet verwaarloosbaar. Uiteraard gaat het hier om gemiddelden over de groep van geavanceerde economieën en kent het schalen van kenmerken door indicatoren methodologische beperkingen.

Van de hervormingen lijken vooral budgetrestricties, vraaghervormingen en aanbodregulering voor de Nederlandse situatie kansrijk, omdat bij deze indicatoren nog een aanzienlijke stijging kan optreden. Met betrekking tot publiek management blijkt vooral een versteviging van de rol van de huisarts alsmede de opkomst van een nurse-practioner kansrijk (Schäfer et al., 2010). Tot slot blijkt uit het IMF rapport dat een versteviging van de rol van verzekeraars, zo geeft ook de OESO aan, essentieel is om het marktmechanisme voluit te benutten.

Conclusies

Als gevolg van vergrijzing en technologische ontwikkelingen zal de publieke zorgquote de komende decennia fors gaan oplopen. Hierbij zijn in het bijzonder technologische ontwikkelingen van belang. Als hiermee rekening wordt gehouden, dan gaat volgens een IMF studie de zorgquote in Westerse economieën met 6½ procentpunt de komende veertig jaar stijgen. Dit plaatst zorghervormingen aan de top van de politieke agenda de komende jaren. Het blijkt dat hervormingen in het marktmechanisme, budgetrestricties en verbeteringen in het

publiek management de efficiency aanzienlijk kunnen verbeteren en dit in mindere mate geldt voor vraaghervormingen en aanbodrestricties.

In 2006 heeft Nederland een grote stelselwijziging in de curatieve zorg ondergaan en een systeem van gereguleerde marktwerking ingevoerd. Uitgezonderd een grotere rol voor verzekeraars om de efficiency te verbeteren, lijkt volgens het IMF Nederland de ruimte al te hebben benut bij markthervormingen. Andere hervormingen zoals publieke management en prijsregulering in de ZVW zullen noodzakelijk zijn om de kosten in de curatieve zorg te beheersen. In de AWBZ zal mijn inziens een grote stelselwijziging noodzakelijk zijn om de kosten van de zorg te beheersen, waarbij een grotere rol voor gemeenten alsmede meer private betalingen, bijvoorbeeld voor wonen en persoonlijke dienstverlening, noodzakelijk zijn (Bovenberg en Gradus, 2008).

Literatuur

Allers, M. en R. Fraanje (2011), Randstadprovincie of Infrastructuurautoriteit in J. Donders en F. de Kam, *Jaarboek Overheidsfinanciën 2011*, SDU Uitgeverij: Den Haag, blz. 103-118.

Asselt, E.J. van, L. Bovenberg, R.H.J.M. Gradus en A. Klink (2011), *Health care reforms in ageing European society, with a focus on the Netherlands*. Centre for European Studies: Brussel.

Bovenberg, A.L. en R.H.J.M. Gradus (2008), Duurzame langdurige zorg, *Economisch Statistische Berichten*, 93-4539, blz. 426-428.

CPB (2011), *Omgevingsscenario voor gezondheid en zorg*, CPB achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2011/11 ‘Trends in gezondheid en zorg’.

Donders, J.H.M. en R.H.J.M. Gradus, *Toegang tot de collectieve sector*, SDU Uitgeverij: Den Haag.

European Commission (2009). Sustainability Report, *European Economy, No. 9, p 38*.

Gradus, R.H.J.M. en E.J. van Asselt (2011), “De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland”, *Economisch Statistische Berichten*, 96-4607, blz. 202-204.

IMF (2010). *Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, IMF staff paper: Washington.

Joumard, I., C. André en C. Nicq (2010). Health care systems: efficiency and institutions, *OECD Economics Department Working Papers, No. 769*, OECD: Parijs.

OECD (2009). *OECD Health Data 2009*. Parijs: OECD.

Schäfer, W., M. Kroneman, W. Boersma, M. van den Berg, G. Westert, W. Devillé and E. van Ginneken (2010), The Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, Vol. 12, No. 1.