

Volop kansen voor houdbaarheid van zorguitgaven

Piet de Bekker en Joost Trienekens

Regelmatig verschijnen er interessante OECD rapporten op het terrein van de gezondheids-economie. In de komende VGE bulletins zal telkens één artikel ingaan op verschenen rapporten. In dit nummer staan de bevindingen van het rapport "Health Spending Growth at Zero" centraal. Na een samenvatting met enkele opvallende constatering, verschuift het perspectief naar enkele Europese landen. Het artikel sluit af met een doorkijkje naar mogelijke consequenties in Nederland.

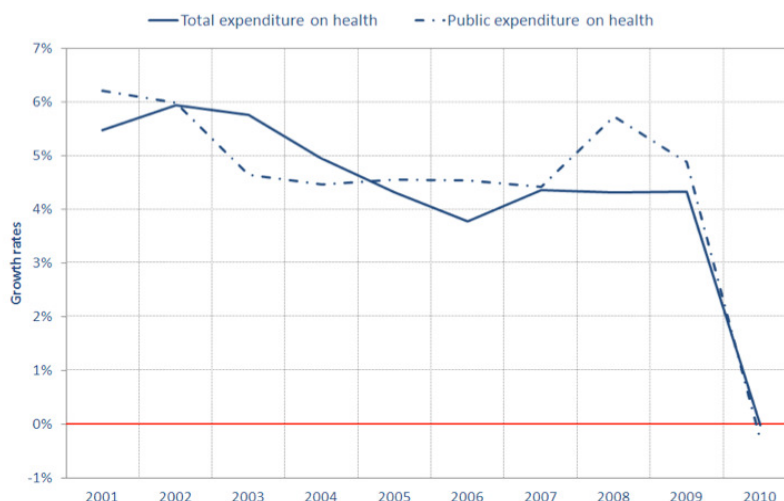
Inleiding

De OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) publiceert regelmatig working papers of rapporten op het terrein van het stelsel voor gezondheid en zorg. Soms betreft het beleidsanalyses met een internationale vergelijking – bijvoorbeeld over de inrichting van langdurige zorg of wachttijden in OECD-landen – en soms gaat het over de ontwikkeling van "macrocijfers". In januari verscheen een Health Working Paper van David Morgan and Roberto Astolfi met als titel "Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?".

"Health spending growth at zero"

Het rapport laat zien dat in veel OECD landen de ontwikkeling van de zorguitgaven sterk is afgebogen na jaren van groei. Als gevolg van de economische crisis is de gemiddelde (!) uitgavenstijging in 2010 gereduceerd tot nul, wat betekent dat veel landen in de OECD een uitgavendaling hebben gekend in 2010. Voor 2011 zijn de inschattingen zelfs dat veel landen te maken krijgen met een (kleine) uitgavendaling. Dit is sinds 1960 – het moment waarop de OECD is gestart met verzamelen van cijfers – nog niet eerder op deze schaal voorgekomen!

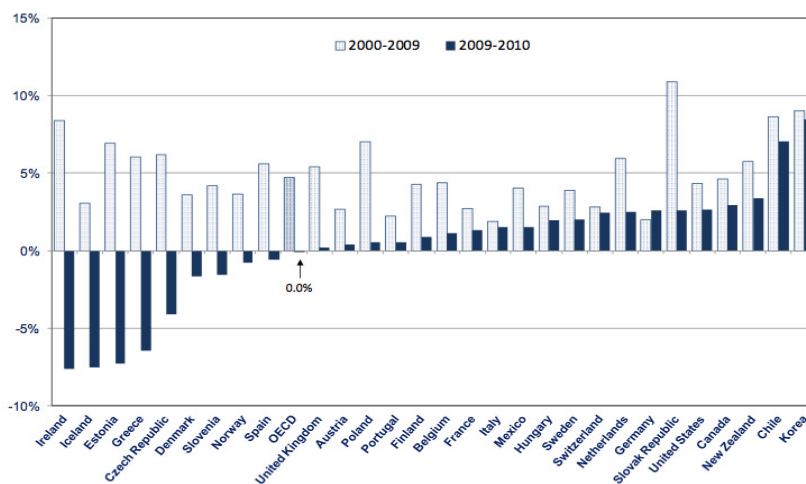
Figure 1. Average OECD health expenditure growth rates from 2000 to 2010, public and total



Source: OECD Health Data 2012

Analyse van de vertraging van de uitgavengroei laat echter een grote diversiteit zien: sommige landen en sommige sectoren worden zwaarder getroffen dan andere landen en sectoren. Deels heeft dit te maken met bewuste beleidsmaatregelen in landen. In veel landen kunnen overheden de capaciteit controleren (volume beperken), budgetplafonds invoeren of prijzen bevriezen. Deze instrumenten zijn dan ook veelvuldig toegepast, al laten landen verschillen zien in het tempo en de mate waarin dit is gebeurd. Voorgestelde ingrepen in 2008 hebben vaak pas effect in 2010 of 2011.

Figure 2. Average annual growth in health spending (in real terms) across OECD countries, 2000-2010

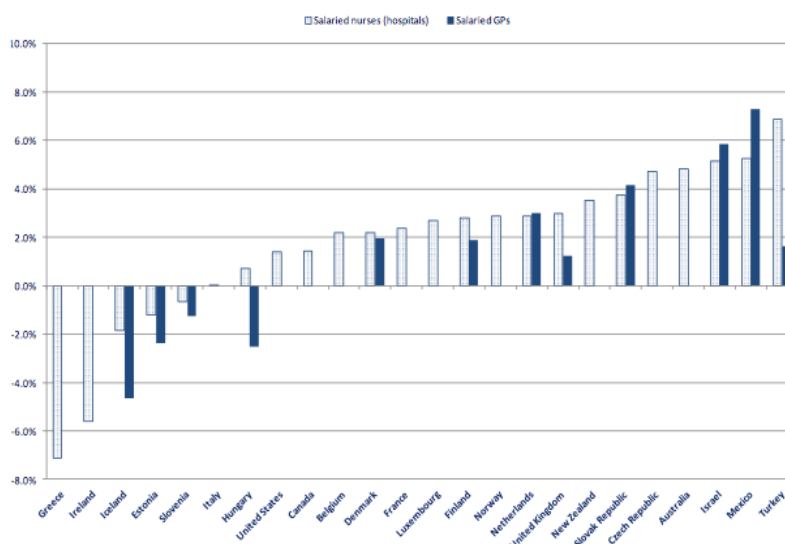


Note: Growth rates for 2009/10 are not available for Australia, Israel, Japan, Luxembourg and Turkey.
Source: OECD Health Data 2012

Grosso modo zijn er drie "brokken" van beleidsmaatregelen ingezet:

- het niveau van financiële middelen voor de zorg aanpassen (door budgetkortingen of premieverhogingen);
- de vraag naar zorg reguleren (bijvoorbeeld door pakketaanpassingen, schaarste te creëren waardoor wachttijden oplopen, of door gezond gedrag te stimuleren);
- rechtstreeks in te grijpen in de (micro) kosten van zorg (door lonen te bevriezen, geneesmiddelenprijzen lager vast te stellen, of te snijden in administratiekosten).

Figure 7. Nominal change in average nurse and GP remunerations, 2009-2010



Uitgaven aan publieke gezondheid en preventie laten de grootste relatieve daling zien – al is de bijdrage hiervan aan de totale zorguitgaven beperkt. Uitgavenbeperkingen aan "out-patient care services" zijn absoluut gezien doorslaggevend in het totale beeld van de zorguitgavenontwikkeling in de landen met een totale nulgroei. Weinig landen verminderden de toegang tot de zorg. Alleen Ierland voerde beperkingen in voor hoge inkomens, en Tsjechië beperkte de pakketgrootte voor buitenlanders. Alleen de meest bezuinigende landen grepen in op de arbeidsmarkt met loonsverlagingen. Veel landen, waaronder Nederland, grepen ook in om de kosten voor medicijnen terug te dringen. Landen zoals Oostenrijk, Tsjechië en Spanje hebben ook de overheadkosten significant teruggedrongen.

Individuele landen in perspectief

Enkele Europese landen zagen de publieke zorguitgaven teruglopen met bijna 10% (IJsland, Ierland, Griekenland). Ook andere landen die zwaar door de crisis werden getroffen zoals Estland, Tsjechië, Spanje en Slovenië, moesten achteruit in hun publieke uitgaven. Dat de totale uitgaven "maar" 6 of 7% omlaag gingen, kwam door een toename van private financieringsbronnen. Het ging daarbij zowel om verschuiving van zorg naar (aanvullende) particuliere verzekeringen als een verhoging van eigen betalingen.

De Nederlandse zorguitgavenstijging is nog niet negatief of gereduceerd tot nul. In de periode 2000-2009 becijfert de OECD een gemiddelde uitgavengroei van ongeveer 6% per jaar. In 2010 is dit volgens de OECD Health Data 2012 teruggelopen tot 2,5% en voor 2011 is de inschatting een verdere daling tot 1,2% uitgavengroei. Hiermee zit Nederland nog net iets boven het OECD-gemiddelde (1,2% in 2010 en 0,7% in 2011).

Het is daarnaast opvallend dat de inkomens voor het zorgpersoneel – in tegenstelling tot vrijwel alle andere Europese landen – in Nederland relatief stabiel zijn gebleven. Vanuit dit perspectief lijkt de recent met sociale partners in het zorgakkoord overeengekomen beperking van de incidentele loonontwikkeling voor zorgpersoneel een logische stap.

Vooruitblik Nederland

De aangekondigde maatregelen van het huidige kabinet geven geen aanleiding om te verwachten dat Nederland enorm uit de pas gaat lopen met andere landen. Overal in Europa moet de broekriem worden aangehaald, wij zijn daarop geen uitzondering. Ook de keuze om een aantal instrumenten tegelijk en in samenhang in te zetten is gebruikelijk. Door de convenanten met sectoren, pakketbeslissingen en verhoging van eigen betalingen probeert Nederland de inkomsten en uitgaven aan zorg in balans te houden (of te krijgen). Pas als het economisch tij keert, komt er gelegenheid om eventuele negatieve consequenties van pijnlijke maatregelen – zoals wachttijden, problemen met de betaling van de zorgpremie of het eigen risico – te corrigeren.

Piet de Bekker is partner van zorgVuldig Advies. Joost Trienekens is werkzaam bij de directie Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt van het ministerie van VWS. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven. Bij vragen of opmerkingen naar aanleiding van dit artikel kunt u contact opnemen met Piet de Bekker (pietdebekker@zorgvuldigadvies.nl / 06-51208803).

Referenties

Morgan, D., Astolfi, R. (2012), Health Spending Growth at Zero: which countries, which sectors are most affected?. OECD Health Working Paper nr. 60, Parijs.