

## De Rijksbegroting Volksgezondheid en Zorg: Gebrekkig uitgavenmanagement en boekhoudkundig beleid

Wim Groot\*

Henriëtte Maassen van den Brink\*\*

### Samenvatting

De grootste opgave waarvoor de bewindslieden van Volksgezondheid staan, is het beheersen van de uitgaven. In de begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden hiervoor een aantal maatregelen aangekondigd. De meeste hiervan zullen pas in 2009 in werking treden. Het is de vraag of deze maatregelen het gewenste effect zullen hebben.

Trefwoorden: rijksbegroting, volksgezondheid, zorg

### 1 Inleiding

Kwaliteit, innovatie en preventie zijn de speerpunten van het beleid voor de bewindslieden van Volksgezondheid. De meest ingrijpende beleidsmaatregelen in de Rijksbegroting Volksgezondheid en Zorg hebben echter geen betrekking op deze drie speerpunten, maar op het beheersen van de zorguitgaven. Het uitgavenmanagement is het belangrijkste probleem waarmee minister Ab Klink en staatssecretaris Jet Bussemaker worden geconfronteerd. Het komende jaar wordt beheersing van de uitgaven vooral gezocht in de vorm van efficiencykortingen en beperkingen in de aanspraken op zorg. De echt ingrijpende maatregelen staan pas voor 2009 op het programma. Dan zal door invoering van maatstafconcurrentie in de ziekenhuiszorg en hogere inkomensafhankelijke eigen bijdragen en een vermogenstoets in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geprobeerd worden de uitgaven te beteugelen. In dit artikel belichten we enkele hoofdpunten uit de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Achtereenvolgens gaan we in op maatregelen om de volksgezondheid te verbeteren, de veranderingen in de curatieve gezondheidszorg en de ingrepen in de langdurige zorg. Daaraan voorafgaand kijken we naar de problemen in het uitgavenmanagement.

### 2 Het uitgavenmanagement

In 2008 besteden we 54 miljard euro aan gezondheidszorg. Het kabinet verwacht dat het zorgbudget de komende vier jaar met 10 miljard euro zal toenemen. Daarmee is de zorg veruit de grootste stijger in uitgaven in de Rijksbegroting. De werkelijke toename van het zorgbudget zal waarschijnlijk nog hoger zijn. De werkelijke uitgaven aan zorg vallen nu eenmaal altijd hoger uit dan verwacht. Zo is in 2006 ruim een half miljard euro meer uitgegeven aan curatieve zorg en 462 miljoen meer aan AWBZ zorg en Persoonsgebonden Budgetten (PGB's) dan geraamd.

Het Centraal Planbureau rekent tot 2011 met een prijs- en volumestijging in de zorg van 5,5% per jaar. Dit is 1,75 procentpunt meer dan de verwachte jaarlijkse economische groei. Indien deze trend zich ook na 2011 doorzet, besteden we rond 2070 de helft en in

2102 ons gehele BNP aan de gezondheidszorg. Als we dit willen voorkomen, zijn flinke ingrepen voor verbetering van het uitgavenmanagement in de zorg noodzakelijk. Om de uitgavenstijging in de zorg te beteugelen krijgen de ziekenhuizen volgend jaar een structurele efficiencykorting van 160 miljoen euro opgelegd. De AWBZ aanbieders krijgen eveneens een efficiencykorting opgelegd. Deze moet in 2008 115 miljoen euro opleveren. Daarnaast worden de aanspraken en vergoedingen voor ondersteunende begeleiding beperkt en gaan de eigen bijdragen omhoog. Dit zou bij elkaar een besparing van 315 miljoen euro moeten opleveren.

Het uitgavenmanagement zal de bewindslieden van VWS de komende jaren nog veel hoofdpijn bezorgen. De ervaring van de afgelopen jaren leert dat het budgettaire kader zorg altijd wordt overschreden. De efficiencykortingen voor de ziekenhuizen en de AWBZ- aanbieders zullen waarschijnlijk tot wachtlijsten en patiëntenstops leiden. Hiermee zullen de instellingen de minister en de staatssecretaris onder druk proberen te zetten om het budget opnieuw te verruimen.

### 3 De volksgezondheid

Traditiegetrouw is het hoofdstuk over Volksgezondheid het minst interessante deel van de begroting. Dat is jammer, want bevordering van gezond gedrag is een belangrijke taak. De meest ingrijpende maatregel voor verbetering van de volksgezondheid was al eerder bekend geworden: op 1 juli 2008 moet de horeca volledig rookvrij zijn.

Het kabinet wil het alcoholmisbruik onder jongeren aanpakken. Hiervoor wordt het toezicht op de alcoholverkoop aan jongeren beneden de 16 jaar verscherpt. Dit is een goed initiatief. Uit onderzoek blijkt dat jongeren van 14 en 15 jaar er in bijna alle gevallen in slagen om alcohol te kopen als zij dat willen. Minder verstandig is het voorstel om de controletaak bij de Voedsel en Warenautoriteit (VWA) weg te halen en over te hevelen naar de gemeenten. Hierdoor zal van de handhaving nog minder terecht komen. De reorganisatie die met de overdracht naar gemeenten gepaard gaat, zal veel geld, tijd en energie kosten. Voor de eigenlijke taak – de handhaving van de regels – zal dan minder tijd zijn. Veel gemeentebestuurders zullen de lokale horeca niet lastig willen vallen met al te veel controle en het geld voor handhaving van de regels liever aan leuke dingen voor de burgers willen besteden.

Het Volksgezondheidbeleid staat verder vol van goede bedoelingen. De uitvoering van het 'Nationaal Actieplan Sport en Bewegen', de 'Integratie Smaaklessen en Schoolgruiten' en de instelling 'Centrum Gezond Leven' zijn ongetwijfeld verstandige maatregelen, maar of ze veel effect zullen sorteren, is onbekend.

De meest effectieve maatregelen om gezond gedrag te bevorderen, staan niet op de begroting van VWS maar op die van Financiën. Het kabinet verhoogt de accijnzen op sigaretten en alcohol. Een pakje sigaretten gaat met ongeveer 25 cent omhoog, een flesje bier met zo'n 2 cent. Beter was het geweest als de accijnsheffing was omgedraaid: een flinke verhoging van de accijns op alcohol en een minder sterke stijging van de tabaksaccijns.

De externe effecten van alcoholconsumptie zijn volgens onderzoek veel hoger dan van roken (CPB 2007). De opbrengst van de accijnsheffing op sigaretten is daarentegen bijna tien keer zo hoog als die op alcohol. Zo becijfert de Wereldgezondheidsorganisatie WHO dat een op de drie verkeersdoden in de EU het gevolg is van rijden onder invloed. Dit zijn 17.000 doden per jaar. Kindermishandeling en mishandeling van vrouwen gebeuren

veelal onder invloed van alcohol. De WHO berekent dat vier van de tien moorden – meer dan 2.000 doden per jaar - toe te schrijven zijn aan alcoholgebruik. Jaarlijks komen in de EU 7 miljoen volwassenen in een vechtpartij terecht nadat ze gedronken hebben. Een recente studie becijfert dat de totale externe kosten van alcoholgebruik in de EU zo'n 125 miljard euro per jaar bedragen. Dat komt neer op 1,3% van het BBP. Daarmee zijn de externe kosten meer dan twee keer zo hoog als de alcoholaccijnzen (CPB 2007). Dit vormt een krachtig argument voor een toenemende verhoging van de alcoholaccijnzen in de komende jaren.

#### 4 De curatieve zorg

De meest ingrijpende maatregel in de curatieve zorg is de invoering van maatstafconcurrentie in de ziekenhuizen. Vanaf 2009 wordt voor de helft van alle verrichtingen maatstafconcurrentie ingevoerd. De maximale prijs voor een gemiddelde diagnosebehandelingcombinaties (DBC) zal dan worden gebaseerd op de gemiddelde integrale kosten per DBC in de gehele sector. Deze integrale kosten omvatten naast de directe kosten van zorg ook de kosten van huisvesting en het tarief voor de medisch specialisten.

Maatstafconcurrentie belooft aanbieders met lager dan gemiddelde kosten voor hun efficiënt gedrag. Instellingen die er in slagen onder de maatstaf te blijven, zullen winst gaan maken. Echter, de minister heeft in ander verband aangegeven dat hij op winst gerichte instellingen ongewenst vindt.

Maatstafconcurrentie is mogelijk als bedrijven een identiek product – bijvoorbeeld electriciteit – produceren en met vergelijkbare kosten worden geconfronteerd. Als één van beide niet opgaat, werkt het niet meer. In de ziekenhuiszorg zitten de meest gestandaardiseerde producten nu juist niet in het A-segment waarvoor nu nog de budgettering geldt en de minister maatstafconcurrentie wil invoeren, maar in het B-segment waarin vooral electieve zorg zit en vrije prijsvorming geldt. Het had dan ook meer voor de hand gelegen om maatstafconcurrentie in het B-segment in te voeren dan in het A-segment.

Invoering van maatstafconcurrentie zal ingrijpende gevolgen hebben voor de financiering en het functioneren van ziekenhuizen. Het voert te ver om hier nu op alle details en gevolgen van maatstafconcurrentie in te gaan (voor details, zie Groot & Maassen van den Brink 2007). Wat zorgen baart, is dat maatstafconcurrentie een enorm complex systeem is, waarvan we de consequenties en de invoeringsproblemen niet goed kunnen overzien. We hebben met de invoering van de DBC's gezien hoeveel problemen dit kan veroorzaken.

Naar verwachting zullen vooral opleidingsziekenhuizen te lijden hebben van maatstafconcurrentie. Halbersma et. al (2007) concluderen namelijk dat opleidingsziekenhuizen op dit moment relatief betere onderhandelingsresultaten behalen dan algemene ziekenhuizen. Dit verschil zal met maatstafconcurrentie verdwijnen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) erkent ook dat er geen gelijk speelveld is tussen de Universitair Medisch Centra (UMC's) en de topklinische ziekenhuizen, getuige het feit dat de academische ziekenhuizen een vrijstelling krijgen voor hun academische component. De minister wil tegelijk met de invoering van de maatstafconcurrentie ziekenhuizen financieel verantwoordelijk maken voor investeringen in gebouwen. Nu krijgen ze hiervoor nog aparte financiering. Met dit financiële vastgoedrisico bovenop de risico's

van maatstafconcurrentie lijken faillissementen onvermijdelijk. Toch is het onwaarschijnlijk dat er door de invoering van maatstafconcurrentie ziekenhuizen omvallen. De minister wil namelijk voorkomen dat ziekenhuizen door de invoering van integrale tarieven in onoverkomelijke problemen komen. Faillissementen komen in deze ziekenhuiswereld vrijwel niet voor. Daarvoor is de politieke druk om in te grijpen als een ziekenhuis dreigt om te vallen te groot.

Waarschijnlijk zullen straks veel ziekenhuizen met maatregelen ad hoc en financiële bijdragen op de been moeten worden gehouden. De vraag is dan wel wat met het systeem van maatstafconcurrentie is bereikt. Zonder de dreiging van een faillissement verdwijnt immers de druk die maatstafconcurrentie op ziekenhuisdirecties legt om efficiënter te werken.

## 5 De langdurige zorg

De meest ingrijpende verandering in de langdurige zorg zijn de verhogingen van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen en de terugkeer – vanaf 2009 – van de vermogenstoetsen. Dit roept wel de vraag op naar de toekomst van de AWBZ. Het kabinet heeft hierover advies gevraagd aan de Sociaal-Economische Raad (SER). Het is niet ondenkbaar dat de SER zal adviseren om (grote delen van) de AWBZ onder te brengen bij de basisverzekering tegen ziektekosten. De Zorgverzekeringswet (ZVW) kent echter geen inkomensafhankelijke eigen bijdragen en vermogenstoetsen. Dit kan tot beleidsinconsistenties leiden

Verhoging van de eigen bijdragen valt goed te verdedigen. In Nederland wordt slechts een klein deel van de zorg voor ouderen uit eigen bijdragen betaald (Groot & Maassen van den Brink 2006). In de meeste andere landen zijn de eigen bijdragen veel hoger. In Nieuw Zeeland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Spanje bestaat meer dan een derde van de totale uitgaven uit eigen bijdragen. Nederland hoort met Zweden en Japan tot de landen waar de laagste eigen bijdragen worden gevraagd. In ons land wordt slechts 9% van de totale uitgaven aan ouderenzorg gefinancierd uit eigen bijdragen. Dit is te meer opvallend omdat uit onderzoek blijkt dat het draagvlak voor eigen bijdragen onder de bevolking groot is, mits de zorg ook voor mensen met een laag inkomen toegankelijk blijft.

Hogere eigen bijdragen kunnen helpen om de kwaliteit van de ouderenzorg te verbeteren. De staatssecretaris heeft onder meer aangekondigd dat in 2010 alle bewoners van verpleeghuizen een eigen kamer hebben. Op dit moment bestaat er grote ontevredenheid over de kwaliteit van zorg voor ouderen en chronisch zieken. Als het beroep op ouderenzorg stijgt, is verdere vermindering van de kwaliteit van zorg een reëel gevaar. Kostenbesparingen in de AWBZ zorg zijn betrekkelijk eenvoudig te realiseren door vermindering van de kwaliteit van zorg. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het plaatsen van meer personen op een kamer in een verpleeghuis, het verminderen van de omvang van het verzorgende personeel, of het vervangen van hoog gekwalificeerd personeel door lager gekwalificeerd personeel. Elk van de hier genoemde voorbeelden van besparingen door kwaliteitsvermindering hebben zich de afgelopen jaren in verpleeg- en verzorgingshuizen voorgedaan.

Patiënten hechten meer waarde aan de kwaliteit van zorg dan verzekeraars of overheidsinstanties. Als patiënten een groter deel van de kosten van zorg zelf moeten betalen, hebben ze meer mogelijkheden om te kiezen voor zorgaanbieders van goede

kwaliteit. Om voldoende patiënten te trekken, zullen zorgaanbieders zich meer bekommeren om de kwaliteit van zorg, indien een groter deel van de inkomsten voortkomt uit eigen bijdragen. Dit betekent dat grotere eigen bijdragen een positief effect kunnen hebben op de kwaliteit van zorg.

Naast verhoging van het niveau van de eigen bijdragen zou ook overwogen moeten worden om de hoogte van de eigen bijdragen te laten toenemen met de zorgzwaarte en de kosten van zorg. Door deze koppeling van hoogte van de eigen bijdrage en zorgzwaarte en kosten van de zorg worden patiënten gestimuleerd van lichtere en goedkopere vormen van zorg gebruik te maken in plaats van zwaardere en duurdere zorg. De indruk bestaat dat door de problemen met invoering van de WMO cliënten goedkopere huishoudelijke hulp via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) proberen te vervangen door duurdere, maar eenvoudiger te verkrijgen AWBZ-zorg. Als eigen bijdragen toenemen met de kosten van zorg wordt onnodig gebruik van dure zorg voorkomen.

## 6 Conclusie

De echt ingrijpende beleidsmaatregelen in de zorg – zoals de maatstafconcurrentie in de ziekenhuiszorg en de verhoging van de inkomensafhankelijke bijdragen en de vermogenstoetsen in de AWBZ – komen pas in 2009. Het is de vraag of deze voldoende zijn om het belangrijkste probleem in de zorg – het gebrekkige uitgavenmanagement – op te lossen. De efficiencykortingen die voor komend jaar voor de ziekenhuizen en de AWBZ instellingen zijn ingeboekt, zullen geen halt toeroepen aan de sterke kostenstijging in de zorg. Het is zeer de vraag of deze bezuinigingen meer zullen zijn dan een boekhoudkundige ingreep.

Wim Groot

Henriëtte Maassen van den Brink

- \* Capgroep Beleid, Economie en Organisatie van Zorg (BEOZ), Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; e-mail [w.groot@beoz.unimaas.nl](mailto:w.groot@beoz.unimaas.nl).
- \*\* "SCHOLAR", Faculteit Economische Wetenschappen en Econometrie, Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 11, 1018 WB Amsterdam; e-mail [h.maassenvandenbrink@uva.nl](mailto:h.maassenvandenbrink@uva.nl).

**Literatuur**

CPB (2007), 'Alcohol taxation and regulation in the European Union', CPB Discussion Paper 76, Centraal Planbureau, Den Haag.

Groot, W. & H. Maassen van den Brink (2006), 'Meer eigen verantwoordelijkheid voor ouderenzorg', *Economisch Statistische Berichten* 4498, p. 594-597.

Groot, W. & H. Maassen van den Brink (2007), 'Maatstafconcurrentie slecht voor de zorg', *Medisch Contact*.

Halbersma, R., M. Mikkers, E. Motchenkova & I. Seinen (2007), 'Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands', TILEC Discussion Paper DP 2007-006, Tilburg University.