



Persbericht

PB09-037
14 mei 2009
9.30 uur

Uitgaven aan zorg stijgen met 6,2 procent

- **Versnelde groei van de zorguitgaven**
- **Flinke stijging uitgaven aan ziekenhuiszorg en specialistenpraktijken**
- **Beperkte toename uitgaven aan huisartsenpraktijken en geneesmiddelen**
- **Bovengemiddelde toename uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg**
- **Aandeel zorguitgaven in Bruto Binnenlands Product licht gestegen**

In 2008 waren de uitgaven aan de zorg, gezondheids- en welzijnszorg tezamen, 79 miljard euro, 6,2 procent meer dan in 2007. In de periode 2004-2008 zijn de uitgaven aan zorg steeds harder gaan groeien. Aan ziekenhuiszorg en specialistenpraktijken is 7,1 procent meer uitgegeven dan in 2007, terwijl de uitgaven aan via apotheken verstrekte geneesmiddelen met 1,4 procent zijn toegenomen. Dit blijkt uit nieuwe cijfers van het CBS.

Door een toenemend aantal banen en de oplopende stijging van de lonen namen de loonkosten van de zorginstellingen in 2008 verder toe. Daarnaast was er sprake van uitbreidingen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (tandheelkundige zorg, geneesmiddelen, kraamzorg en ambulancevervoer).

De uitgaven aan ziekenhuiszorg en specialistenpraktijken zijn in 2008 met 7,1 procent gestegen ten opzichte van 2007. De uitbreiding van het deel van de ziekenhuiszorg waarover vrij onderhandeld kan worden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, het zogenoemde DBC-B segment, en de afschaffing van de vaste vergoeding voor medisch specialisten, de zogenoemde lumpsum, lijken te hebben geleid tot een toename van het aantal geleverde zorgdiensten.

De uitgaven aan huisartsenpraktijken en paramedische en verloskundigenpraktijken zijn in 2008 met respectievelijk 1,5 en 4,4 procent gestegen. Bij de tandartsenpraktijken was sprake van een toename van de uitgaven met 9,6 procent. Deze toename is mede het gevolg van het optrekken van de leeftijdsgrens voor het periodiek onderzoek in het basispakket, naar 21 in plaats van 18 jaar.

De uitgaven aan via apotheken verstrekte geneesmiddelen zijn met 1,4 procent toegenomen. In 2007 was de stijging nog 7,5 procent. Enerzijds is sprake van een toenemend gebruik van dure geneesmiddelen en is het basispakket uitgebreid met de anticonceptiepil voor alle vrouwen, anderzijds heeft het zogenaamde preferentiebeleid van de zorgverzekeraars geleid tot een sterke prijsdaling van generieke geneesmiddelen, medicijnen waarvan het patent is verlopen. Het preferentiebeleid houdt in dat een zorgverzekeraar

binnen een groep van onderling vergelijkbare geneesmiddelen een voorkeursmiddel aanwijst. Meestal is dat het goedkoopste geneesmiddel in die groep.

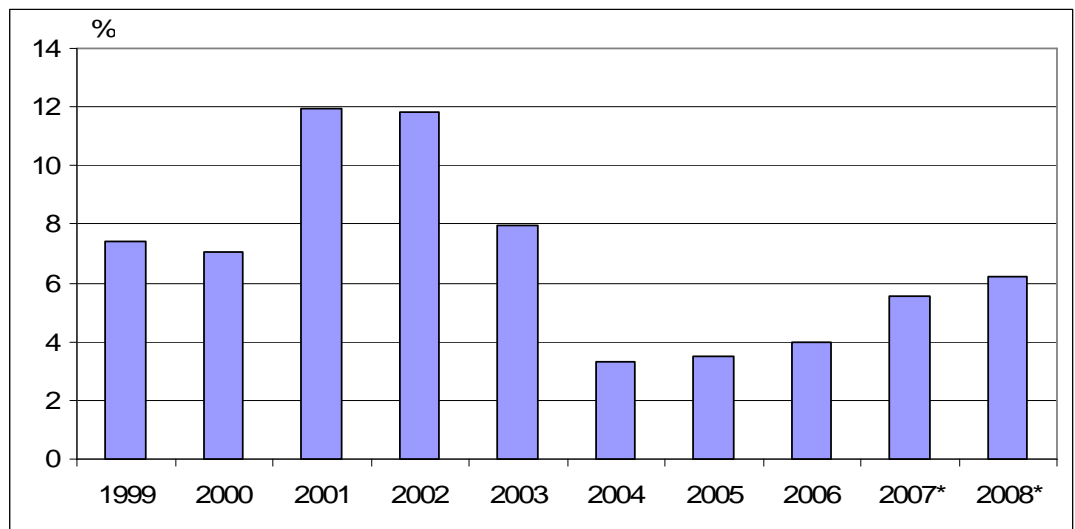
De uitgaven aan leveranciers van hulpmiddelen zijn met 11,0 procent gestegen. Deze stijging wordt grotendeels veroorzaakt door een sterke groei in de bestedingen aan brillen in 2008.

De uitgaven aan gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg zijn in 2008 gestegen met respectievelijk 9,0 en 11,6 procent. Het cijfer over de geestelijke gezondheidszorg is door de invoering van een nieuwe financieringssysteem met extra onzekerheden omgeven. Aan ouderenzorg is ruim 5 procent meer besteed.

Het aandeel van de zorguitgaven in het BBP is in 2008 licht gestegen tot 13,3 procent. In 2007 was dit nog 13,1 procent. In de periode 1998-2003 steeg dit aandeel van 11,3 naar 13,3 procent. Sindsdien ligt dit percentage op ruim 13 procent.

In 2008 bedroegen de uitgaven per hoofd van de bevolking 4809 euro, tegen 4545 euro in 2007.

Grafiek: Zorguitgaven (mutatie t.o.v. jaar eerder)



Bron: CBS

Technische toelichting

De Zorgrekeningen omvatten het volledige terrein van de gezondheids- en welzijnszorg. De terreindekking in de Zorgrekeningen wijkt af van die van het Ministerie van VWS. Het Ministerie van VWS bakent de zorgkosten af in termen van ministeriële verantwoordelijkheid. Centraal daarin staan begrotingsgefinancierde uitgaven, bijvoorbeeld op het terrein van de programmatische preventie, en het Budgettair Kader Zorg (BKZ) dat de zorg omvat die uit de collectieve premies wordt gefinancierd. Daarbuiten vallen bijvoorbeeld de kosten van gemeentelijke gezondheidsdiensten, arbodiensten, praktijken voor alternatieve gezondheidszorg en kinderopvangcentra, evenals de uitgaven aan zorg die via aanvullende verzekeringen worden gedekt.

Tegelijk met de overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg naar de basisverzekering in 2008 is in de geestelijke gezondheidszorg ook een nieuwe financieringssysteem op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) ingevoerd. De wijze van declareren door de zorgaanbieders, maar ook de verantwoording van de lasten door de zorgverzekeraars, is hierdoor ingrijpend gewijzigd. De instellingen declareren hun kosten nu door middel van DBC's, terwijl de zorgverzekeraars de kosten van een DBC moeten verantwoorden bij de opening van een DBC. Een deel van de kosten dat voorheen pas in een volgend jaar zichtbaar zou worden komt nu in de cijfers van de zorgverzekeraars tot uiting in 2008, waarmee de ontwikkeling van de kosten van de geestelijke gezondheidszorg in 2008 wordt overschat. De in dit persbericht vermelde cijfers voor de geestelijke gezondheidszorg zijn gecorrigeerd voor deze eenmalige lastenverschuiving van 2009 naar 2008. Omdat 2008 een overgangsjaar is zijn de voorlopige cijfers voor 2008 van de geestelijke gezondheidszorg met extra onzekerheden omgeven.

In de ziekenhuiszorg wordt voor de financiering onderscheid gemaakt tussen het DBC-A en DBC-B segment. Voor de geleverde diensten in het DBC-A segment gelden vaste tarieven, terwijl voor de diensten in het DBC-B segment de tarieven het resultaat zijn van onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In 2008 is de omvang van het DBC-B segment vergroot van circa 10 naar circa 20 procent van de DBC-kosten.

De lumpsum was het vaste honorariumdeel van de vrijgevestigde specialist in het verrekentarieef van de door ziekenhuizen geleverde diensten. Door de afschaffing in 2008 van de lumpsum krijgen de specialisten geen vast uurtarief meer, maar is hun inkomen afhankelijk van het aantal declaraties.

De kosten van beleids- en beheersorganisaties hebben betrekking op de kosten van de zorgverzekeraars voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, AWBZ en aanvullende verzekeringen, alsmede op de kosten van de overheid voor beleid en toezicht.

De gepresenteerde bedragen zijn in lopende prijzen. Gegevens over prijs- en volumeontwikkelingen, verleende diensten en gebruik van diensten komen in een later stadium beschikbaar.

Tabel 1. Uitgaven aan aanbieders van zorg, 2006-2008

	2006	2007*	2008*	2008*
	<i>mln euro</i>			<i>%-mutatie t.o.v. 2007</i>
Totale uitgaven	70532	74447	79091	6,2
Aanbieders gezondheidszorg	40683	43390	46382	6,9
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	17593	19012	20371	7,1
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	4208	4385	4895	11,6
Huisartsenpraktijken	2296	2435	2471	1,5
Tandartsenpraktijken	1886	2021	2215	9,6
Paramedische en verloskundigenpraktijken	1471	1580	1649	4,4
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	711	729	789	8,3
ARBO en reïntegratie	999	1069	1150	7,6
Leveranciers van geneesmiddelen	5601	6020	6103	1,4
Leveranciers van therapeutische middelen	2597	2698	2993	11,0
Verstrekkers van ondersteunende diensten	1195	1190	1404	17,9
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	2125	2252	2341	3,9
Aanbieders welzijnszorg	27523	28562	30204	5,7
Verstrekkers van ouderenzorg	13392	13776	14496	5,2
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	6581	6917	7542	9,0
Verstrekkers van kinderopvang	3057	3284	3526	7,4
Verstrekkers van jeugdzorg	1148	1214	1275	5,0
Asielzoekerscentra en internaten	571	541	476	-12,0
Sociaal-cultureel werk	1218	1227	1232	0,4
Overige verstrekkers van welzijnszorg	1556	1603	1657	3,4
Beleids- en beheersorganisaties	2327	2494	2505	0,4
Uitgaven zorg per hoofd van de bevolking	4315	4545	4809	5,8
Uitgaven zorg als % BBP	13,1	13,1	13,3	

*) voorlopige cijfers.

Bron: CBS.