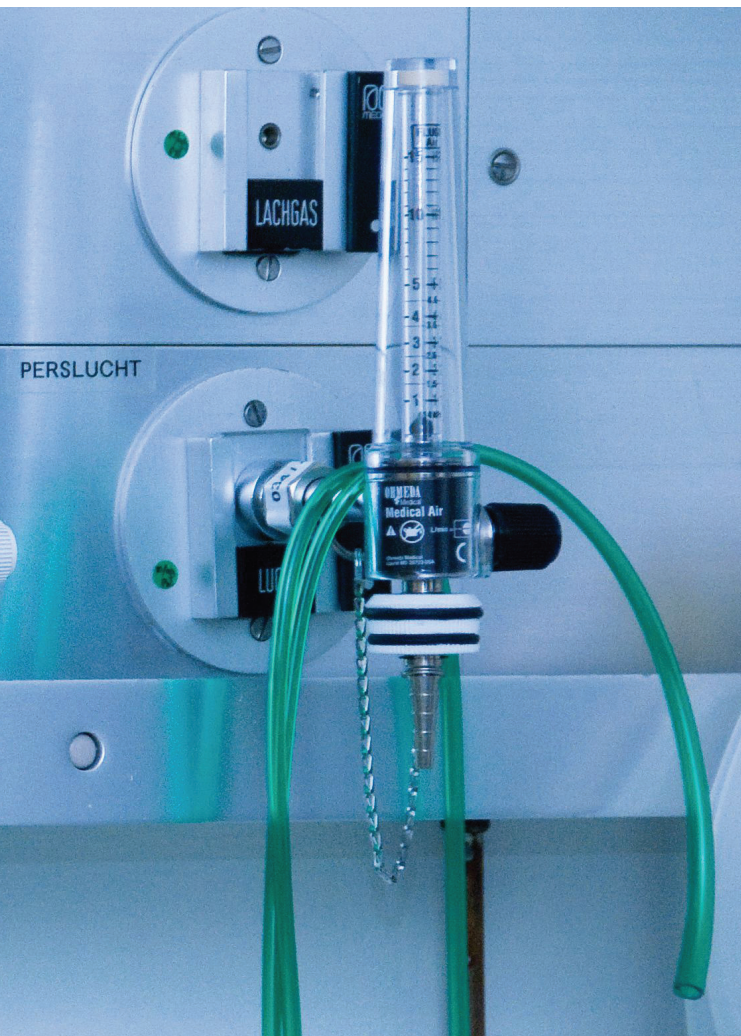




Centraal Planbureau

# Gezondheid loont | *Tussen keuze en solidariteit*



## Toekomst voor de zorg

Casper van Ewijk  
Albert van der Horst  
Paul Besseling



Gezondheid | *Tussen keuze*  
loont | *en solidariteit*

Toekomst  
voor de zorg



## Inhoud

Ten geleide.....	7
Uitgebreide samenvatting.....	9
1 Het zorgstelsel in internationaal perspectief.....	20
1.1 Inleiding.....	21
1.2 De prestaties van het zorgstelsel.....	21
1.3 De kosten en financiering van zorg.....	28
1.4 De organisatie van het stelsel en solidariteit.....	37
2 Grenzen aan de groei van de zorg.....	46
2.1 Gezondheid is belangrijk.....	47
2.2 De baten van zorg stijgen.....	47
2.3 De zorguitgaven stijgen.....	50
2.4 Arbeidsmarkt en economische groei.....	60
3 De prijs van gelijke zorg.....	66
3.1 Verdeling naar inkomen.....	67
3.2 Verdeling van lusten en lasten.....	67
3.3 Het zorggebruik bij stijgende zorgkosten.....	70
3.4 Financiering, als de zorguitgaven stijgen.....	74
3.5 Conclusie.....	76
4 Het grote grijze gebied in de zorg.....	78
4.1 Productiviteitsontwikkeling in de zorg.....	79
4.2 Productieve en allocatieve efficiëntie.....	81
4.3 Het grijze gebied in de zorg.....	84
4.4 Regionale praktijkvariatie en ondoelmatigheid.....	88
4.5 Inefficiëntie en beleid.....	91
4.6 Conclusie.....	92
5 Gezondheid als investering voor het leven.....	94
5.1 Levensloop van wieg tot graf.....	95
5.2 Jong geleerd, oud gedaan.....	97
5.3 Verschillen tussen mensen.....	100
5.4 Vroege start loont.....	104
5.5 Gezondheid en zorg: eigen of collectieve verantwoordelijkheid?.....	105
5.6 Conclusie.....	113
6 Verschillende mensen; dezelfde zorg.....	116
6.1 Gelijke toegang.....	117
6.2 Argumenten voor differentiatie in zorg.....	117
6.3 Argumenten voor uniforme zorg.....	123
6.4 Welzijn, gezondheid en zorg.....	128
6.5 Meer differentiatie mogelijk.....	130
6.6 Conclusie.....	132

7	Verzekeren.....	136
7.1	Gezondheid is onzeker.....	137
7.2	Waarde van zekerheid.....	137
7.3	Optimale verzekeringsgraad is lager dan 100%.....	142
7.4	Waarom verplicht en collectief verzekeren?.....	145
7.5	Conclusie.....	152
8	Leefstijl en preventie.....	154
8.1	Zomaar twee mensen.....	155
8.2	Preventie loont.....	156
8.3	De overheid profiteert van een gezonde leefstijl.....	158
8.4	De beste keuze.....	162
8.5	Toch leven we niet allemaal gezond.....	162
8.6	Preventie, een taak voor de overheid?.....	166
8.7	Beleid.....	168
8.8	Conclusie.....	171
9	Curatieve zorg.....	174
9.1	Grenzen aan de zorgverzekering.....	175
9.2	Een afwegingskader voor het pakketbeheer.....	177
9.3	Differentiatie in verzekeringen.....	180
9.4	Financiële prikkels of risicosolidariteit.....	182
9.5	Diverse systemen van eigen betalingen.....	185
9.6	Toekomst voor de curatieve zorg.....	189
10	Ouderenzorg.....	192
10.1	Iedereen heeft er mee te maken.....	193
10.2	De typische kenmerken van ouderenzorg.....	194
10.3	De ouderenzorg vraagt solidariteit van jong met oud.....	196
10.4	Toegang tot de zorg.....	198
10.5	Ouderenzorg vraágt om verzekering.....	201
10.6	Inkomens- en vermogenstoets in de AWBZ.....	205
10.7	Keuzes voor de toekomst.....	207
11	Toekomst voor de zorg in viervoud.....	210
11.1	Mensen en zorg veranderen.....	211
11.2	Twee fundamentele afwegingen.....	211
11.3	Vier werelden voor de toekomst van de zorg.....	214
11.4	Hoe robuust zijn deze werelden bij hoge groei van de zorguitgaven?.....	228
11.5	Kwantitatieve indicatie van de economische effecten.....	230
11.6	Conclusie.....	232

## Ten geleide

Wij worden gezonder en leven steeds langer. Gezondheidszorg levert grote welvaartswinst op, maar vergt ook hoge kosten. De uitgaven aan zorg nemen snel toe en kunnen in de toekomst verder stijgen van 13% van het nationaal inkomen nu tot misschien wel 22% of 31% in 2040. De zorg is de snelst groeiende grote post op de overheidsbegroting. Samen met de aanstaande vergrijzing van de bevolking leidt dit tot vragen over de financierbaarheid van de gezondheidszorg op langere termijn. De huidige discussies over het basispakket en het schrappen van huishoudelijke verzorging uit de AWBZ zijn hier een voorbode van.

Deze studie gaat over de toekomst van de zorg, over de vraag hoe kwaliteit en solidariteit in de toekomst geborgd kunnen worden zonder dat het de kosten onnodig opdrijft en de economie belast. Daarbij staat de wereld niet stil. Nieuwe medische technologie zorgt voor voortdurende groei van de mogelijkheden voor diagnose en behandeling. Ook de consument verandert. De toekomstige zorgconsument is goed opgeleid, beschikt over uitstekende informatie over gezondheid en let kritisch op de afstemming van de zorg op zijn voorkeuren. Hij wil goede kwaliteit van de zorg, maar niet tegen elke prijs. Hij hecht aan solidariteit, wil zich verzekeren, maar wil misschien ook meer eigen regie over zijn zorg. Dit levert lastige keuzes op bij de toekomstige inrichting van de zorg. Over deze keuzes gaat dit boek. In het slothoofdstuk worden vier werelden geschetst die richtinggevend kunnen zijn voor de zorg in de toekomst. In ieder van de werelden worden andere afwegingen gemaakt over solidariteit, verantwoordelijkheid en verzekeren in de zorg.

Deze studie is geschreven door economen, maar bedoeld voor een brede groep van lezers. Er is naar gestreefd om de inhoud ook voor niet-economen leesbaar te houden. De studie is tot stand gekomen onder redactie van Casper van Ewijk, Albert van der Horst en Paul Besseling. Zij bedanken allereerst de auteurs van diverse hoofdstukken, te weten Jan Boone, Paul de Bijl, Rudy Douven, Frank van Erp, Jasper de Jong, Esther Mot, Harry ter Rele en Bas ter Weel. In de voorbereiding hebben Wouter Elsenburg, Arjen Hussem en Roland Zwiers geholpen met deelanalyses. Vele collega's uit binnen- en buitenland hebben in diverse fasen van de totstandkoming van deze studie waardevol commentaar geleverd. Wij bedanken in het bijzonder onze oud-collega's Jasper de Jong en Daniel Waagmeester voor de kritische lezing van het volledige manuscript, en Jeannette Verbruggen en Dick Morks voor de redactionele verzorging van het boek.

Deze studie vormt een onderdeel van het onderzoeksprogramma *Toekomst Zorg* dat financieel wordt ondersteund door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Economische Zaken.

Coen Teulings, directeur





## Uitgebreide samenvatting

In Nederland hebben we twee basispakketten met uniforme zorg voor iedereen, de Zvw voor curatieve zorg, de AWBZ voor langdurige zorg. Naar internationale maatstaven zijn de kwaliteit en toegankelijkheid van die zorg hoog. De kosten zijn wel sterk gestegen, onder andere door de inzet van betere, maar ook duurere medische technologie en mondiger burgers die steeds beter hun weg weten te vinden. Als deze trends doorzetten, en dat is heel goed mogelijk, zal de huidige discussie over de houdbaarheid van het stelsel blijven terugkomen.

Deze studie biedt een denkkader voor de politieke afwegingen die hierbij een rol spelen. Kernpunt is dat verzekering van zorg een grote maatschappelijke waarde heeft, maar dat de behoefte aan keuzevrijheid en eigen regie toeneemt. Als men zou besluiten tot een inperking van de basisverzekeringen, dan is het zaak om toegang tot een aanvullende verzekering te garanderen voor iedereen die dat wil. Voor de curatieve zorg kan het nodig zijn om de regulering uit te breiden tot de aanvullende verzekeringen om de averechtse selectie tegen te gaan. Voor de ouderenzorg bestaan nog geen aanvullende verzekeringen. Een verkenning van mogelijkheden is op zijn plaats. Een meer gerichte inzet van eigen betalingen in de Zvw kan een belangrijke bijdrage leveren aan de doelmatigheid van de verzekering. Bij de ouderenzorg is een verdere verhoging van eigen betalingen nauwelijks mogelijk binnen de huidige opzet van de verzekering.

De studie laat zien dat preventie, in de zin van een gezonde leefstijl, grote baten heeft voor de mensen zelf: langer genieten van het leven, van een grotere inzetbaarheid en van pensioen. De overheid profiteert als mensen de betere gezondheid aanwenden om langer te leren en meer te werken, omdat men dan meer belasting en pensioenpremies afdraagt.

### Grote baten van zorg ...

De gezondheidszorg levert grote baten op voor de economie. Wij worden steeds gezonder. De levensverwachting is sinds 1950 met negen jaar toegenomen, waarvan ruim de helft kan worden toegeschreven aan de gezondheidszorg. Ook bij de behandeling van chronische aandoeningen wordt voortdurend vooruitgang geboekt. Volgens een voorzichtige schatting levert de zorg alleen al, doordat we langer en gezonder leven, een jaarlijkse gezondheidswinst op van 4 tot 11% van het nationaal inkomen (bbp). Daar komt nog de winst van het onderhouden van de gezondheid en de zorg voor ouderen bovenop. Het is verleidelijk deze winst af te zetten tegen de uitgaven aan zorg en te laten zien dat de gezondheidswinst groter is dan de uitgaven aan zorg, die nu 13% bedragen. Helaas is dat geen zinvolle vergelijking (zie hoofdstuk 2), maar deze getallen geven wel aan dat gezondheid van grote waarde is, ook economisch beschouwd.

### ... ook stijgende kosten

De zorguitgaven groeien snel. Sneller dan verklaard kan worden uit de vergrijzing van de bevolking en sneller dan de economische groei. Nieuwe medische technologie opent voortdurend nieuwe mogelijkheden voor behandeling en diagnose. Ook worden steeds hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van de zorg. In de afgelopen tien jaar bedroeg de reële groei in de zorg ongeveer 4%, terwijl het bbp met ruim 1% per jaar groeide en 1% van de zorggroei toe te schrijven valt aan vergrijzing. Deze cijfers duiden erop dat verruiming van het zorgaanbod en nieuwe, betere technologie een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de groei van de zorguitgaven.

Het aandeel van de zorg in het bbp nam toe van 9% in 2000 tot 13% in 2012. Wanneer de zorguitgaven in hetzelfde hoge tempo blijven groeien, neemt het aandeel in het bbp toe tot 31% in 2040. Een gemiddeld huishouden betaalt dan 14%-punt extra premie voor zijn zorg; nu al wordt 23% van het inkomen aan zorg besteed. In een meer gematigd scenario stijgen de uitgaven tot 22% van het bbp. Voor een gemiddeld huishouden stijgen dan de uitgaven met 5%-punt. Dergelijke lastenstijgingen kunnen een belemmering vormen voor de groei van de werkgelegenheid en de economie.

### Investeren in gezondheid loont...

Gezondheid vormt samen met onderwijs de belangrijkste bouwsteen van het menselijk kapitaal. Gezonde mensen zijn gemiddeld gelukkiger, leven langer en dragen ook meer bij aan de economie. Net als de opbouw van kennis vergt gezondheid investeringen van jongs af. Een gezonde of minder gezonde leefstijl wordt al heel vroeg in het leven aangeleerd.

De baten van gezond leven zijn in de eerste plaats voor het individu zelf. Eén jaar langer leven levert een welvaartswinst op gelijk aan 1 tot 3% van het inkomen over de gehele levensloop. Het RIVM schat in dat mensen vier levensjaren kunnen verliezen door roken en drie jaren door overgewicht. Er valt dus nog veel te winnen als alle Nederlanders gezond zouden leven.

Gezond leven draagt ook bij aan de economie; de jaarlijkse kosten voor zorg en ziekteverzuim dalen en gezonde mensen werken gemiddeld langer door. De overheid heeft baat bij mensen die gezonder leven en meer werken, maar ook kosten. Aan de ene kant stijgen de uitgaven van de overheid, niet eens zozeer doordat de zorgkosten zouden stijgen of dalen, maar vooral door hogere pensioenuitkeringen. Deze stijging van de uitkeringen hangt sterk af van de instituties, vooral van de pensioenleeftijd. Zonder verhoging van de pensioenleeftijd is langer leven voor de overheid een kostenpost: mensen maken immers langer gebruik van de pensioenregelingen (AOW en aanvullende pensioenen). Belangrijk is daarom dat bij een hogere levensverwachting ook de pensioenleeftijd stijgt. Aan de andere kant leiden een grotere arbeidsinzet en hoger besteedbaar inkomen tot extra belastingopbrengsten voor de overheid. Als mensen wel langer leven, maar niet meer werken is het saldo van hogere uitgaven en inkomsten voor de overheid negatief (een verlies van 0,2% van het nationaal inkomen). Maar als mensen meer werken en langer leren, of als de overheid de pensioenleeftijd verhoogt, lopen de baten voor de overheid op tot ruim 1½% van het nationaal inkomen.

Een gezonde leefstijl loont en je kunt er niet vroeg genoeg mee beginnen. Dat is in eerste instantie de eigen verantwoordelijkheid van het individu. Van een gezond leven heb je vooral zelf baat. Helaas kiest niet iedereen voor een gezonde leefstijl en zijn ouders niet altijd in staat om optimaal voor hun kinderen te zorgen. Te weinig bewegen, ongezond eten en drinken en tabaksverslaving komen veel voor, vooral onder mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). Belangrijke oorzaken van een ongezonde leefstijl zijn gebrek aan financiële middelen, onvoldoende informatie, sociale normen en kortzichtig gedrag, waarbij mensen de gezondheidswinst in de toekomst onvoldoende gewicht geven. Dit versterkt de sociale kloof: mensen met een betere opleiding en hogere inkomens investeren gemiddeld meer in gezondheid dan mensen met een lagere opleiding. Voor een deel is dit rationeel: net zoals mensen kiezen voor een grotere investering in kennis, kiezen zij ook voor een grotere investering in gezondheid. Voor een ander deel komt de kloof in gezondheid tussen verschillende SES-groepen door een ongelijke startpositie van kinderen. Preventie vanaf heel jonge leeftijd is belangrijk om iedereen gelijke kansen te geven.

### ... ook grenzen stellen aan de groei van de uitgaven

Tot vandaag kon eigenlijk alle nieuwe medische technologie wel opgenomen worden in het basispakket van de ziektekostenverzekering (Zvw). De huidige Nederlandse medische zorg is up-to-date en loopt in de pas met het buitenland. Dankzij de voortdurende verbetering in de medische technologie leven we steeds gezonder, worden we ouder, maar daardoor neemt ook het aantal personen met een chronische aandoening toe. Aan de technologische vooruitgang lijkt nog geen grens te komen, maar de kosten van zorg nemen wel toe, tot mogelijk 31% bbp in 2040.

Als de medische technologie voortschrijdt, zal er in de toekomst - meer dan in het verleden - actief een grens moeten worden gesteld aan wat wij tot de collectieve zorg rekenen en wat niet. Het huidige kabinet heeft al besloten het criterium van kosteneffectiviteit voor de afbakening van het verzekerde pakket in de Zvw in de wet vast te leggen. Dit vereist dat de baten expliciet worden afgewogen tegen de kosten. De baten kunnen worden berekend door de gezondheidswinst uit te drukken in gezondheid-gewogen levensjaren of qaly's (*quality adjusted life years*) en vervolgens te verrekenen met de waarde per qaly. Daarbij kan ook rekening worden gehouden met het gewicht dat de samenleving hecht aan bepaalde aandoeningen (met een hoog gewicht voor noodzakelijke zorg) door de waarde per qaly te laten variëren, bijvoorbeeld van 10.000 euro voor een lage ziektelast tot 80.000 euro voor een ernstige ziektelast.

Wanneer kosteneffectiviteit daadwerkelijk wordt toegepast –met alle bijbehorende gevoeligheden (denk aan de discussie over de ziekten van Pompe en Fabry)– gaat de waarde van de qaly een essentiële rol spelen. Hoe lager de prijs van de qaly, des te strenger de eisen aan de kosten en baten van een behandeling of geneesmiddel. In beginsel groeit de waarde van de qaly mee met de ontwikkeling van het gemiddelde inkomen; naarmate we in Nederland rijk worden, stijgt ook de waarde van een extra levensjaar. Door de waarde van de qaly achter te laten blijven bij de inkomensgroei, kan de kostenontwikkeling in de toekomst worden beperkt.

### **Sober basispakket: meer aanvullende verzekeringen**

Wanneer de zorg in het basispakket zou achterlopen bij wat er technisch mogelijk is, zullen sommigen –zoals mensen met hogere inkomens– aanvullende of betere zorg gaan kopen buiten de basisverzekering om. Deze tendens is zichtbaar in landen met sobere basisvoorziening zoals het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Australië. Zelfs als men het kopen van betere zorg uit oogpunt van solidariteit zou willen ontmoedigen, is het de vraag of dat mogelijk is. Tot op zekere hoogte is het wellicht mogelijk om het aanbieden van 'luxe' zorg in het binnenland te ontmoedigen, maar in dat geval wijken mensen uit naar medische centra in het buitenland.

Aanvullende verzekeringen worden belangrijker als in de toekomst voor een relatief sober basispakket zou worden gekozen. Mensen die bereid zijn voor extra zorg te betalen, zullen dat liever niet uit eigen zak doen, maar willen zich daarvoor kunnen verzekeren; het gaat immers om potentieel grote en onzekere kosten. Zonder overheidsregulering komt de markt voor aanvullende verzekeringen echter moeizaam tot stand. Averechtse selectie, waarbij alleen de mensen met hoge risico's zich verzekeren, en gebrekkige transparantie maken dat een vrije markt zonder additionele regulering moeizaam tot stand komt en tot imperfecte uitkomsten kan leiden met een dure verzekering die alleen voor de mensen met de hoogste risico's interessant is.

Overheidsregulering kan dit ondervangen door de aanvullende verzekeringen aantrekkelijker te maken en de markt meer transparant. Een voorbeeld is Australië, waar de overheid naast een sobere basisverzekering er ook - via regulering - voor zorgt dat er een goed werkende markt is voor aanvullende verzekeringen, met name gericht op de hogere inkomens. In Nederland werd ook een vorm van differentiatie in de verzekering bepleit in het SER-voorstel dat ten grondslag ligt aan het huidige stelsel.

### **Curatieve zorg verzekeren, maar niet voor de volle 100%**

Een belangrijke reden waarom de zorg collectief is georganiseerd, hangt samen met risicosolidariteit. Dit is de financiële solidariteit bij de ziektekosten. Door een collectieve regeling kan iedereen zich verzekeren tegen onverwachte schokken in zorgkosten. Omdat het in de zorg om zeer grote kosten kan gaan, levert het een welvaartswinst op die kan oplopen tot meerdere tientallen procenten van het inkomen. Ook waarborgt de verzekering dat iedereen toegang heeft tot de noodzakelijke zorg (*access to care*).

Toch is het niet optimaal om alle zorg voor 100% te verzekeren. Niet alleen is het weinig efficiënt om alle kleinere kosten te verzekeren; de baten wegen niet op tegen de administratieve kosten. Maar belangrijker is dat door verzekeren de prikkel tot matiging van zorggebruik verdwijnt; de verzekering betaalt immers toch. Dit 'moreel gevaar' (*moral hazard*) kan leiden tot overmatig beroep op zorg. Dit kan worden voorkomen door een deel van het financiële risico bij de consument te leggen; eigen risico en eigen betalingen werken dan als remgeld.

Een eigen risico per jaar is de eenvoudigste vorm van eigen betalingen. Dit biedt een rem op lage zorguitgaven, maar maakt geen onderscheid naar type zorg. Volgens de beginselen van 'value based eigen betalingen' kunnen eigen betalingen ook ingezet worden om consumenten te sturen naar behandelingen met de grootste toegevoegde waarde of de beste kosten-batenverhouding. Een voorbeeld is het kwijtschelden van het eigen risico door een zorgverzekeraar, wanneer verzekerden een voorkeursaanbieder bezoeken. Een andere invulling is een eigen bijdrage voor mensen die zonder verwijzing van een huisarts zich melden bij een spoedeisende eerste hulp. Meer in het algemeen kunnen eigen betalingen worden ingezet waar de kans op overmatig gebruik het grootst is.

### Ouderenzorg verzekeren, sparen niet efficiënt

Opvallend is dat ook voor de ouderenzorg verzekeren grote waarde oplevert. Dat hangt samen met de zeer scheve verdeling in de kosten en het feit dat deze kosten zich pas aan het eind van het leven voordoen. Bij intensieve verpleegzorg bedragen de kosten 60.000 tot 80.000 euro per jaar, zodat de totale kosten bij meerjarige behandeling tot enkele tonnen kunnen oplopen. De kosten voor ouderenzorg zijn zeer scheef verdeeld; de helft van de bevolking maakt nauwelijks kosten, terwijl een groep van 20% van de mensen 80% van de kosten van ouderenzorg voor hun rekening neemt. Sparen, of het inzetten van de eigen woning voor deze kosten is weinig efficiënt; het zou iedereen dwingen om tot aan het eind van het leven een spaarpot te reserveren van enkele tonnen.

Maar ook bij ouderenzorg is het niet optimaal om alle kosten te verzekeren. De meer dagelijkse, kleinere kosten kunnen vaak uit het eigen budget worden opgevangen, mede doordat het consumptiepatroon ingrijpend verandert als mensen hulpbehoevend worden. Uitgaven voor reizen, de sportvereniging en uitgaan vervallen en vaak gaat ook de auto de deur uit. Het is daarom niet optimaal om alle kosten te verzekeren. Het is economische gezien beter om te besparen op de premie wanneer men gezond is, dan een hoge uitkering te ontvangen wanneer men ziek en hulpbehoevend is. Ook kan verzekeren ertoe leiden dat mensen onvoldoende zoeken naar - goedkopere - alternatieven voor de formele zorg.

### Solidariteit in de zorg en uiteenlopende wensen

Solidariteit staat hoog in het vaandel in de zorg. Zowel bij de curatieve zorg als bij de langdurige zorg kenmerkt de zorg in Nederland zich –in vergelijking tot het buitenland– als goed, toegankelijk en met een hoge mate van zekerheid. In de curatieve zorg is iedereen verzekerd volgens hetzelfde basispakket dat alle gangbare medische zorg omvat. Ook in de ouderenzorg wordt in vergelijking met het buitenland een breed pakket aan zorg geboden.

Iedereen in Nederland heeft recht op dezelfde zorg, zoals die in het basispakket van de Zvw en in de AWBZ zijn vastgelegd. Deze uniforme verstrekking van zorg is de invulling die de Nederlandse samenleving geeft aan zorgsolidariteit. Met *zorgsolidariteit* doelen we op het streven om elke burger in beginsel dezelfde hoeveelheid en kwaliteit van zorg aan te bieden bij dezelfde behoefte aan zorg. Een belangrijk element daarin is het streven naar een uniform pakket van zorg, ongeacht de hoogte van het inkomen. Dit streven is echter niet kosteloos. Een verplichte collectieve regeling gaat ten koste van de keuzevrijheid en legt een beslag op de ruimte voor consumptie voor zowel hoge als lage inkomens.

Door de collectieve verstrekking bestaat er geen keuze in de omvang en kwaliteit van zorg waarvoor men zich zou willen verzekeren. Het doet daarmee geen recht aan de diversiteit in voorkeuren tussen mensen of tussen verschillende groepen in de samenleving over de omvang en kwaliteit van het verzekerde pakket. Die verschillen in voorkeuren kunnen bijvoorbeeld zitten in de wooncomponent in de ouderenzorg, in de aard van de verzorging, in de vrije keuze van aanbieder, en in de minder noodzakelijke medische behandelingen. Verschillen in voorkeuren in de echt noodzakelijke zorg liggen minder voor de hand.

Collectief gefinancierde zorg legt een groot beslag op de ruimte voor overige consumptie, zeker wanneer de zorguitgaven in de toekomst verder groeien. Wanneer de zorguitgaven zich in het tempo van de afgelopen tien jaar blijven ontwikkelen, dan gaat voor de lagere inkomens de toekomstige inkomensgroei voor 74% op aan extra zorguitgaven. Dat kan extra druk op de solidariteit van de hoge inkomens leggen. In het huidige pakket van zorg wordt geen onderscheid gemaakt tussen hoge en lage inkomens. Wel maken lagere inkomens gemiddeld meer gebruik van de zorg. Dit heeft twee mogelijke oorzaken, met verschillende consequenties voor de gewenste zorg. De eerste reden voor een groter beroep op zorg door mensen met een lage SES is hun –gemiddeld genomen– slechtere gezondheid. Het verzekeren van dit verschil in gebruik is een uiting van risicosolidariteit; gezondere mensen betalen voor de minder gezonde mensen. De tweede reden voor hogere zorguitgaven is een groter beroep op zorg, bij gelijke gezondheid. Dit geldt onder andere in de collectief gefinancierde ouderenzorg, waarvan relatief veel mensen met een lage SES gebruik maken. Deze zorgsolidariteit komt bovenop de solidariteit in de financiering van de zorg, die voor een belangrijk deel inkomensafhankelijk is. Dat is echter niet kosteloos, maar gaat ten koste van werkgelegenheid en economische groei.

Voor veel onderdelen van de zorg is echter differentiatie mogelijk en wellicht ook optimaal. Door onderscheid te maken in goedkopere en duurdere verzekeringspakketten, met basale of luxe zorg, met lange of kortere wachtlijsten (waar dat medisch kan), et cetera, kan de zorg beter worden afgestemd op de individuele voorkeuren. Als de een meer hecht aan vrije artskeuze, dan kan hij daarvoor een duurdere polis nemen, terwijl iemand anders de voorkeur geeft aan een goede maar goedkopere polis zonder vrije artskeuze. Een interessant voorbeeld biedt in dit opzicht Australië, dat een sobere basispolis biedt zonder vrije artskeuze en de aanvullende polissen met vrije keuze en hogere kwaliteit van dienstverlening. Een belangrijk nadeel van differentiatie is echter de verzekerbaarheid van zorg; zodra de keuzevrijheid toeneemt, wordt ook het probleem van averechtse selectie groter.

In Nederland worden al stappen gezet in de richting van differentiatie, bijvoorbeeld door het aanvaarden van de scheiding tussen wonen en zorg in de ouderenzorg. Ook de inperking van de huishoudelijke ondersteuning bij de ouderenzorg zal tot meer differentiatie leiden. Hetzelfde kan zich voordoen bij de ziektekostenverzekering wanneer verzekeraars hun polissen meer gaan differentiëren in goedkopere en duurdere naturapolissen, of tussen natura- en restitutiepolissen. In de toekomst zal een beslissing om restrictief nieuwe behandelingen aan het basispakket toe te voegen, ook tot grotere differentiatie leiden. Een

deel van de zorg wordt dan verschoven van de collectief geregelde zorg naar de aanvullende verzekeringen en de vrije beslissingsruimte van consumenten.

### **Toekomst voor de zorg: de omgeving verandert**

Hoe de toekomst van de zorg er uit zal zien, is niet te voorspellen. Wel is zeker dat omgeving verandert en dat ook de zorg daar een antwoord op moet geven. Wij kunnen ervan uitgaan dat de medische technologie zich ook in de toekomst zal blijven ontwikkelen. Er wordt steeds meer mogelijk, maar dat leidt ook tot hogere uitgaven. In welk tempo deze ontwikkeling gaat, weten wij niet. In deze studie hanteren wij daarom twee scenario's voor de ontwikkeling van de zorguitgaven: een trendmatig scenario gebaseerd op de gemiddelde groei tussen 1980 en 2010, en een scenario met hoge groei waarin het groeitempo van de afgelopen tien jaar wordt doorgetrokken.

Ook de consument verandert. De toekomstige zorgconsument is goed opgeleid en beschikt over veel en goede informatie. De gemiddelde opleidingsgraad van de bevolking neemt toe; het aantal mensen met alleen basisschool of vmbo zal tussen nu en 2040 halveren, terwijl het aandeel met een hbo/wo-opleiding verdubbelt. Expertsystemen via internet en eHealth-toepassingen geven de toekomstige consument inzicht in zijn gezondheid en het scala aan medische mogelijkheden om ziekten te genezen. De aanstaande informatierevolutie maakt transparant welke aanbieders er zijn en wie welke kwaliteit biedt. Dit alles stelt de toekomstige consument in staat om –samen met de arts– bewuste keuzes te maken over zijn gezondheid en de optimale medische zorg. Daarbij let de consument er kritisch op dat de zorg en de verzekeringen aansluiten bij zijn voorkeuren.

### **Toekomst voor de zorg: vier werelden**

Hoe op de veranderende omgeving wordt gereageerd, hangt nauw samen met de ontwikkeling van de maatschappelijke voorkeuren. In deze studie schetsen wij vier werelden langs twee fundamentele dimensies: de zorgsolidariteit en de risicosolidariteit. Deze dimensies zijn niet zwart-wit; het gaat veeleer om een glijdende schaal waarop de juiste balans moet worden gevonden.

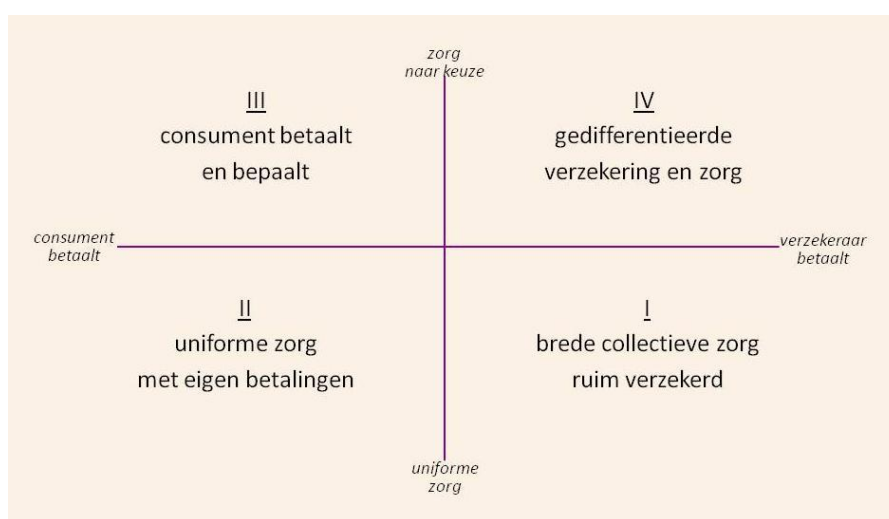
De eerste dimensie van zorgsolidariteit betreft inhoud van de zorg. Het gaat om de afweging tussen stelsels met uniform en collectief geregelde zorg en stelsels die meer gedifferentieerde zorg bieden, afgestemd op de uiteenlopende individuele voorkeuren. In het eerste geval staat de solidariteit voorop, met voor iedereen gelijke toegang tot de dezelfde zorg en een uniform verzekerd pakket. In het tweede geval worden de uiteenlopende voorkeuren van consumenten als uitgangspunt genomen, met meer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en eigen invulling van de zorg. De basisverzekering is niet meer uniform voor iedereen; er treedt differentiatie in verzekeringen op.

De tweede dimensie betreft de risicosolidariteit. Hierbij gaat het om de afweging tussen de wens om risico's te verzekeren en de noodzaak om met eigen betalingen overmatig zorggebruik af te remmen. Lage eigen betalingen en een hoge verzekeringsgraad passen bij een wereld die sterk hecht aan solidariteit tussen zieken en gezonden. Wordt daarentegen meer nadruk gelegd op beteugeling van de zorguitgaven, dan zal voor hogere eigen

betalingen worden gekozen. Daarbij kan ook premiedifferentiatie passen om onderscheid te maken aan te moedigen om voor een gezonde levenswijze te kiezen.

Vanuit deze twee dimensies schetsen we vier werelden voor de toekomst van de zorg. Onderstaande figuur beeldt deze werelden af. De verticale as geeft de afweging tussen uniforme zorg en zorg naar keuze. In de onderste helft van het diagram staat gelijkheid in de zorg voorop, in de bovenste helft kan gekozen worden tussen verschillende niveaus in omvang en kwaliteit van het verzekerde pakket. De horizontale as weerspiegelt de keuze tussen een wereld met een hoge verzekeringsgraad ('de verzekeraar betaalt') en een wereld waarin de financiële risico's bij de consument worden gelegd ('de consument betaalt'). In de rechterhelft wordt gekozen voor een wereld waarin risicosolidariteit voorop staat, in de linkerhelft voor een wereld met een lage verzekeringsgraad en efficiëntie in het gebruik van de zorg.

#### Vier werelden voor de toekomst van de zorg



De kwadranten in dit diagram corresponderen nu met de vier werelden met ieder hun eigen kenmerken. Van rechtsonder met de klok mee kunnen de werelden als volgt getypeerd worden:

*I. Brede collectieve zorg, ruim verzekerd* In deze wereld staan zorgsolidariteit en risicosolidariteit hoog in het vaandel. Het recht op gelijke zorg staat centraal en de toegankelijkheid wordt gewaarborgd door de zorg ruim te verzekeren.

*II. Uniforme zorg met eigen betalingen* De gelijkheid in de zorg wordt zoveel mogelijk gehandhaafd, maar het gebruik wordt afgeremd door meer financiële risico's bij de consument te leggen. Deze wereld wordt gekenmerkt door zorgsolidariteit. De risicosolidariteit wordt losgelaten omdat uit efficiëntie overwegingen meer financiële risico's bij de consument worden gelegd.

*III. Consument betaalt en bepaalt* In deze wereld staan zowel de zorgsolidariteit als de risicosolidariteit op een laag pitje. De consument stemt de zorg af op zijn individuele voorkeuren en betaalt daar ook voor. Om dit mogelijk te maken bieden verzekeraars verschillende verzekeringspakketten aan.



IV. Gedifferentieerde verzekering en zorg Risicosolidariteit is in deze wereld belangrijk; consumenten willen zich verzekeren tegen onverwachte kosten. De overheid zorgt voor adequate regulering van de verzekeringsmarkt met keuzemogelijkheden voor verschillende pakketten. Via deze verzekeringen vindt afstemming van de zorg op de voorkeuren van verschillende collectieven plaats.

#### **Vier werelden voor preventie, curatieve zorg en ouderenzorg**

De overheid heeft twee belangrijke redenen om in te grijpen in de leefstijl van mensen. De eerste reden is dat mensen niet altijd zelf in staat zijn om de juiste keuzes te maken. Zo beginnen mensen met roken zonder de consequenties hiervan te kunnen overzien. De tweede reden is dat een ongezonde leefstijl externe effecten heeft, met negatieve gevolgen voor anderen. Een voorbeeld hiervan is de verspreiding van ziekten onder de bevolking. Ook kunnen verschillen in leefstijl ongewenst zijn omdat zij de gezondheidskloof leiden tussen groepen met een verschillende sociaaleconomische achtergrond in stand houden. Vooral in de werelden (I en II) met uniforme zorg wegen beide argumenten zwaar en ligt overheidsingrijpen voor de hand in de vorm van aandacht voor een gezonde leefstijl op scholen, verbieden of beperken van verslavende middelen, het belasten van suikers en vetten, etc. In de werelden (III en IV) met zorg naar keuze past ook een leefstijl naar keuze en is een gezonde leefstijl meer de eigen verantwoordelijkheid van burgers.

De curatieve zorg is verzekerd en dat moet vooral zo blijven. De werelden (I en II) waarin grote waarde gehecht aan zorgsolidariteit, houden vast aan een breed uniform basispakket. In een wereld (III) waarin eigen regie belangrijk is, past een smalle en sobere basisverzekering, een soort vangnet voor de zorgkosten, en wordt aan mensen zelf overgelaten of en op welke manier zij aanvullende zorg willen inkopen. In een wereld (IV) met gedifferentieerde zorg kan worden gezocht naar mogelijkheden om verschillende verzekeringspakketten aan te bieden, die aansluiten bij de diversiteit in voorkeuren voor gezondheid, zorg en overige bestedingen (via hoogte van de premie). Dit vraagt om goede regulering van de markt voor aanvullende verzekeringen om averechtse selectie tegen te gaan.

Differentiatie tussen collectieve voorzieningen en private zorg is bij de ouderenzorg meer gebruikelijk dan bij de curatieve zorg. In de werelden (III en IV) met zorg naar keuze past een nog grotere mate van variatie in zorgvoorzieningen en bijbehorende verzekeringspremie. Deze variatie kan vorm krijgen via private verzekeringen voor langdurige zorg, waarin burgers kunnen kiezen uit een breed palet aan langdurige zorgpolissen, eventueel in combinatie met pensioenverzekeringen. In de werelden (I en II) met uniforme zorg wordt gekozen voor een landelijke uitvoering van de ouderenzorg, met nationale standaarden en een premie vanuit de volksverzekeringen.

Een hoog eigen risico (met bijbehorende lage premie) heeft als voordeel dat onnodig zorggebruik wordt beperkt doordat mensen het in hun portemonnee voelen als ze een beroep doen op zorg. Dit voordeel weegt zwaar in werelden (II en III) met een zwaar accent op de eigen verantwoordelijkheid van patiënten. Nadeel is dat mensen meer financiële risico's lopen en bovendien verkeerde keuzes kunnen maken om zorgkosten te vermijden.

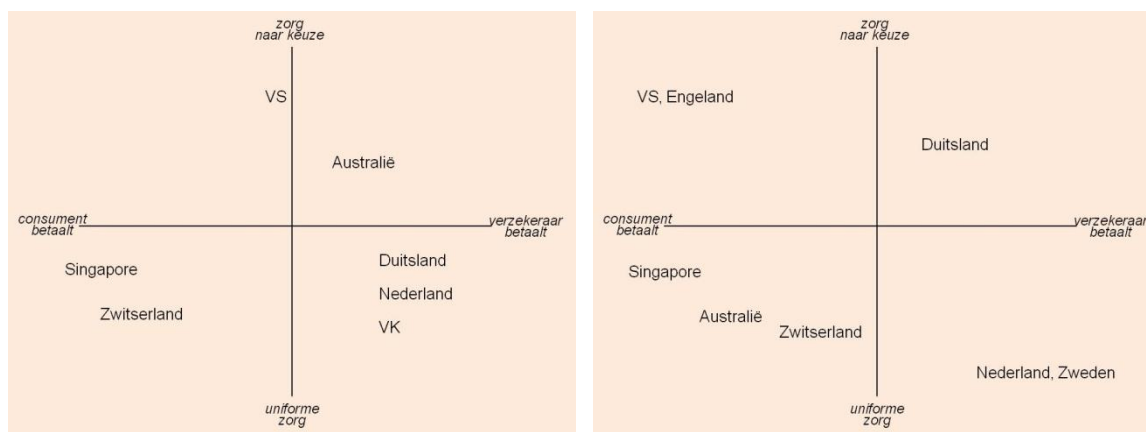
Dit nadeel weegt zwaar in werelden (I en IV) waarin veel belang wordt gehecht aan het verzekeren van zorg.

Bij de ouderenzorg kunnen eigen betalingen voor een deel worden gefinancierd uit besparingen op andere uitgaven zodra mensen hulpbehoevend worden. In de werelden (I en IV) met een hoge mate van risicosolidariteit wordt de eigen bijdrage beperkt tot de kosten die in de plaats komen van de kosten van thuis wonen. In de werelden (II en vooral III) wordt een groter beroep gedaan op patiënten en hun familie. Anders dan bij curatieve zorg kunnen verwanten en bekenden een bijdrage leveren aan de verzorging. Dit kan in natura zijn, door tijd te besteden aan de hulpbehoevende ouderen. Als alternatief kunnen verwanten deze verzorging inkopen. In beide gevallen zijn ouderen en hun directe omgeving primair verantwoordelijk voor de verzorging.

### Vier werelden internationaal geïllustreerd

Deze vier werelden zijn bedoeld als indicatie voor de richting waarin het zorgstelsel zich kan ontwikkelen. Zij bieden geen kant en klare recepten voor de toekomstige zorg. In het slothoofdstuk van deze studie worden ze nader uitgewerkt. Hier zullen wij ze tot slot illustreren aan de hand van enkele typerende internationale voorbeelden voor de curatieve zorg en de ouderenzorg.

### Verzekering van curatieve zorg (links) en ouderenzorg (rechts), internationaal vergeleken



De linkerfiguur schetst welke keuzes diverse landen hebben gemaakt voor de curatieve en ouderenzorg. Het is een momentopname, want het landschap is voortdurend in beweging. Omdat de Zvw een brede basisverzekering voor iedereen is, past het Nederlandse stelsel voor de curatieve zorg, net als dat van Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, in het kwadrant rechtsonder. De Verenigde Staten en Australië zijn voorbeelden van landen met meer differentiatie in het voorzieningenniveau. Singapore en Zwitserland hebben een hogere eigen bijdrage.

Bij de ouderenzorg (zie rechterfiguur) ligt de verzekeringsgraad in de meeste landen lager dan bij de curatieve zorg. Vaak wordt volstaan met een vangnetvoorziening. In plaats van een verzekering voor ouderenzorg dragen in veel landen de kinderen bij aan de zorg, financieel of in de vorm van verzorging. Nederland en Zweden hebben een omvangrijke

basisvoorziening voor de ouderenzorg. Landen als Zwitserland en Australië hebben ook een brede basisvoorziening, maar de eigen betalingen zijn dermate hoog dat de kinderen moeten bijdragen. Het Amerikaanse en Engelse systeem van ouderenzorg beperkt zich tot een elementaire vangnetvoorziening. Het Duitse systeem kent twee niveaus van ouderenzorg, waarbij gemeenten een minimum zorgniveau garanderen en de *Pflegeversicherung* bij ernstige hulpbehoevendheid een persoonsvolgend budget verschaft.

### **Toekomst voor de zorg**

De werelden schetsen keuzes voor de zorg, waarbij de uitkomst mede afhankelijk zal zijn van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Een snelle groei van de medische technologie en een trend naar steeds kritischer en mondiger burgers kan eenvoudiger worden opvangen in een wereld waarin meer verantwoordelijkheid ligt bij de consument en waarin de zorg aansluit bij de individuele voorkeuren. Een gematigde ontwikkeling van de kosten van de zorg en een grotere maatschappelijke bereidheid om te delen bieden meer perspectief voor de wereld met een sterk collectieve invulling van de zorg. Inrichting van de zorg in de toekomst vereist daarom maatwerk, afhankelijk van de maatschappelijke voorkeuren en economische omstandigheden.

### **Afbakening en leeswijzer**

Deze studie wijst op keuzes voor de zorg. Ook bij het schrijven van dit rapport hebben wij keuzes moeten maken. Het accent in dit boek ligt op de betaalbaarheid, de verzekering en solidariteit in de zorg. Weinig aandacht wordt besteed aan het proces van de zorgverlening en hoe een betere doelmatigheid daarin tot kostenbesparing kan leiden. Ook bij de uitwerking van de zorg- en risicosolidariteit kunnen wij niet het hele spectrum bestrijken. Bij preventie ligt de focus op leefstijl. Bij curatieve zorg ligt het accent sterk op de medische zorg. Bij de langdurige zorg beperken wij ons tot de ouderenzorg. Deze keuzes zijn gemaakt om het boek leesbaar te houden.

Wij beseffen dat ook onze lezers keuzes maken, selectief zullen zijn in de hoofdstukken en passages die zij tot zich nemen. Wij willen u uitnodigen om hoofdstuk 11 *Toekomst van de zorg in viervoud* bovenaan uw prioriteitenlijst te zetten. De eerste 10 hoofdstukken kunnen in drie delen worden ingedeeld. Het eerste deel (hoofdstuk 1 t/m 4) schetst trends in gezondheid en zorg en zet zorg in internationaal perspectief. Het tweede deel biedt het economische denkkader vanuit gezondheid als investering voor het leven (hoofdstuk 5), over individuele en solidaire voorkeuren voor gezondheidszorg (hoofdstuk 6) en over het verzekeren van gezondheidsrisico's (hoofdstuk 7). Het derde deel (hoofdstuk 8 t/m 10) gaat dieper in op preventie, curatieve zorg en ouderenzorg.

# 1 Het zorgstelsel in internationaal perspectief

Esther Mot

De kwaliteit van de Nederlandse medische zorg is goed, maar niet uitzonderlijk goed. De zorg is wel bijzonder toegankelijk voor alle lagen van de bevolking. De uitgaven aan langdurige zorg zijn de hoogste in Europa, de kosten van curatieve zorg zijn niet hoger dan gemiddeld. Het basispakket voor de curatieve zorg is iets breder dan in veel andere landen, weinig landen hebben een even brede basisverzekering voor langdurige zorg.

## 1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we hoe het Nederlandse zorgstelsel zich op dit ogenblik verhoudt tot dat van andere ontwikkelde landen. Daaruit blijkt dat het Nederlandse zorgstelsel relatief toegankelijk is voor mensen met lage inkomens en voor mensen met hoge zorgkosten, de solidariteit is groot. De uitgaven aan langdurige zorg zijn zeer hoog in internationaal perspectief, terwijl de uitgaven aan medische zorg meer gemiddeld zijn.<sup>1</sup> De kwaliteit van de curatieve zorg lijkt ongeveer gemiddeld te zijn, hoewel het moeilijk is hier harde conclusies uit te trekken. Het bovenstaande is een momentopname; er staan beleidswijzigingen op stapel die de toegankelijkheid beperken en de kostenstijging afremmen, vooral in de langdurige zorg.

In paragraaf 1.2 worden de prestaties van het Nederlandse zorgstelsel internationaal vergeleken. We kijken naar de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid en de bereikte (on)gelijkheid in gezondheid. Paragraaf 1.3 gaat over de kosten van de zorg en de premieheffing. Daarbij kijken we niet alleen naar de totale uitgaven, maar ook naar de uitgaven aan medische zorg en langdurige verzorging apart. Bovendien komt de verdeling over publieke en private uitgaven in verschillende landen aan de orde. In deze paragraaf wordt ook aandacht besteed aan mantelzorg als bron van langdurige zorg. Ten slotte belichten we de premieheffing voor de basisverzekeringen en de mate van inkomenssolidariteit die daaruit spreekt. Paragraaf 1.4 gaat in op de vraag hoe het verzekeringsstelsel is vormgegeven. We doen dat aan de hand van de begrippen risicosolidariteit en zorgsolidariteit. We schetsen de dekking van de basisverzekeringen Zvw en AWBZ, de rol van eigen betalingen, de betekenis van persoonsgebonden budgetten en het belang van aanvullende verzekeringen. Waar mogelijk trekken we ook hierbij vergelijkingen met het buitenland.

## 1.2 De prestaties van het zorgstelsel

### 1.2.1 Kwaliteit

De indicatoren die zijn opgenomen in de OESO-publicatie 'Health at a glance 2011', geven een indruk van de kwaliteit in de Nederlandse curatieve zorg in vergelijking met andere landen.<sup>2</sup> De OESO geeft geen totaaloordeel; voor een aantal aandoeningen worden kwaliteitsindicatoren vergeleken, zoals de vijfjaarsoverleving bij verschillende vormen van kanker en het optreden van vermijdbare ziekenhuisopnames. Deze set indicatoren suggereert dat Nederland op kwaliteit van de curatieve zorg ongeveer gemiddeld scoort. Bij wijze van illustratie bespreken we hier een aantal indicatoren. De vijfjaarsoverleving bij

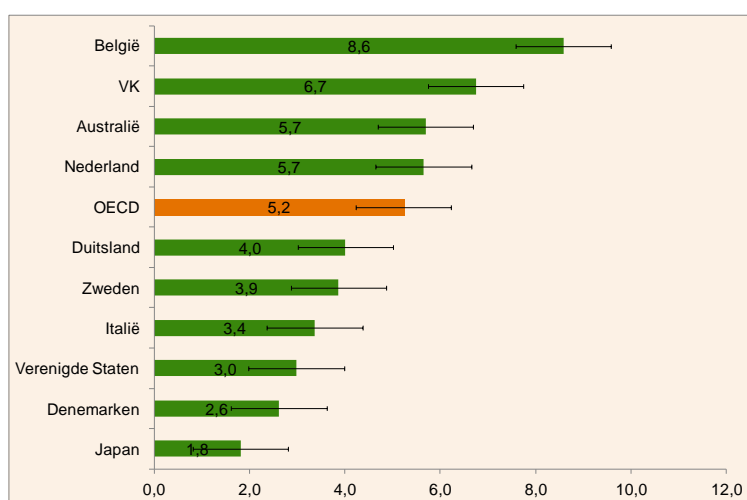
---

<sup>1</sup> Medische zorg is een breder begrip dan alleen curatieve zorg in enge zin. Met uitgaven aan medische zorg bedoelen we de uitgaven aan curatieve zorg, revalidatie, medische goederen voor niet-klinische patiënten (zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen) en ondersteunende diensten voor niet-klinische patiënten (zoals paramedische en medisch-technische diensten, bijvoorbeeld laboratorium of beeldvorming). In dit boek wordt ook wel het begrip curatieve zorg in brede zin gebruikt. We bedoelen dan alle op genezing gerichte zorg inclusief geneesmiddelen, diagnostiek e.d.

<sup>2</sup> De OESO verzamelt een internationale set van zorgdata, die we kunnen gebruiken om te kijken hoe de Nederlandse zorg scoort wat betreft kosten en kwaliteit vergeleken met andere landen (zie OESO, 2011). Hierbij moeten we ons wel realiseren dat het moeilijk is om data goed internationaal vergelijkbaar te maken, ondanks alle inspanningen die de OECD daarvoor doet. In het vervolg van dit hoofdstuk worden enkele aspecten genoemd waarop de internationale vergelijkbaarheid een probleem is.

baarmoederhalskanker (gecorrigeerd voor leeftijd) lag in de periode 2004-2009 met 67% net iets boven het OESO16-gemiddelde van 66,4%. In Noorwegen, het land met de beste score, was de overleving 78,2%. Ook met de vijfjaarsoverleving bij borstkanker zit Nederland met 84,4% net iets boven het OESO16-gemiddelde. De VS scoren het beste met 89,3%. De OESO-data geven ook informatie over het aantal mensen dat overlijdt binnen 30 dagen na ziekenhuisopname voor een beroerte (herseninfectie en hersenbloeding). Voor Nederland was dit voor een herseninfectie 5,7 mensen per 100 in 2009, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht (zie figuur 1.1 voor een selectie van OESO-landen).<sup>3</sup> Nederland zat hierbij net boven het OESO-gemiddelde van 5,2. In Korea, Japan, Denemarken en Noorwegen was het aantal overledenen per 100 de helft of minder vergeleken met Nederland. Voor hersenbloedingen is het gestandaardiseerde aantal overledenen in Nederland hoger dan het gemiddelde in de OESO.

**Figuur 1.1 Aantal mensen per 100 dat overlijdt binnen 30 dagen na ziekenhuisopname voor een herseninfectie<sup>a</sup>**



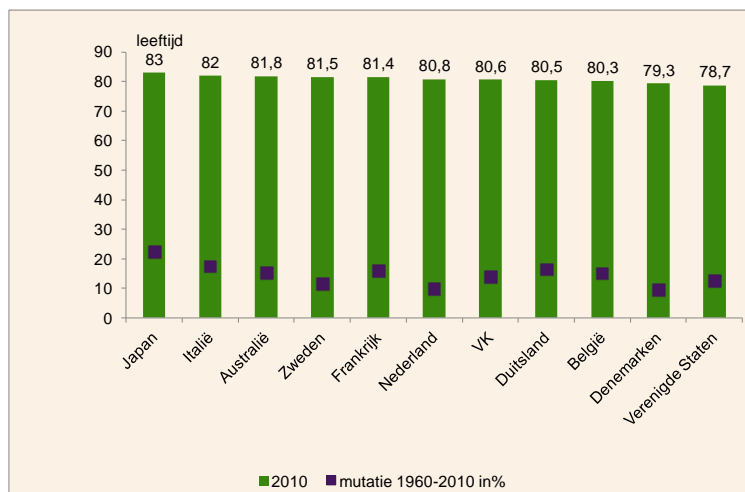
<sup>a</sup> gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, met betrouwbaarheidsintervallen, 2009 (of dichtstbijzijnde jaar).  
Bron: OECD Health at a glance 2011.

Bij vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma scoort Nederland relatief goed: deze bedragen 27,5%, terwijl het OESO-gemiddelde 51,8% is (voor leeftijd en geslacht gecorrigeerd). Wat betreft vermijdbare opnames voor COPD doet Nederland het iets beter dan gemiddeld: 154 opnames tegen 198 gemiddeld. In Portugal en Frankrijk is het aantal vermijdbare COPD-opnames maar de helft van die in Nederland.

In termen van levensverwachting zit Nederland wel boven het OESO-gemiddelde, maar niet in de echte top: flink wat OESO-landen scoren in 2010 hoger qua levensverwachting bij geboorte, waaronder ook flink wat Europese landen (zoals Zwitserland, Spanje, Italië en Zweden, zie figuur 1.2 voor een selectie van landen). Ook met de toename van de levensverwachting in de periode 1960-2010 scoort Nederland relatief laag. Uiteraard is dit niet alleen de curatieve zorg aan te rekenen, het kan ook te maken hebben met omgevingsfactoren en een minder gezonde leefstijl.

<sup>3</sup> Dezelfde selectie wordt, voor zover mogelijk, in alle figuren en tabellen in dit hoofdstuk gebruikt.

**Figuur 1.2 Levensverwachting bij geboorte in 2010 en over de tijd**



Bron: OECD health data 2012.

Voor de kwaliteit van de langdurige zorg zijn helaas geen breed gefundeerde, internationaal vergelijkbare gegevens beschikbaar. In veel landen worden kwaliteitsindicatoren verzameld, maar die zijn niet vergelijkbaar omdat ieder land daarbij zijn eigen invulling en invalshoek heeft.<sup>4</sup> We weten natuurlijk wel het een en ander over de kwaliteit van de langdurige zorg in Nederland. In 2004 kwamen ernstige kwaliteitsproblemen in verpleeghuizen aan het licht.<sup>5</sup> Dit heeft mede een impuls gegeven aan het ontwikkelen en gebruiken van kwaliteitsindicatoren voor de Nederlandse langdurige zorg.

Het RIVM stelt via de website van de Zorgbalans recente informatie over de kwaliteit van de langdurige zorg beschikbaar.<sup>6</sup> In 2009 zag ruim 60% van de cliënten van de thuiszorg de lichamelijke verzorging als 'altijd goed' en ruim 30% als 'meestal goed'. De cijfers voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen waren vergelijkbaar. Het is opvallend dat van de vertegenwoordigers van bewoners maar 30% de lichamelijke verzorging 'altijd goed' vond. Meer dan 60% van de cliënten in de langdurige zorg ervoer in 2009 de zorg altijd als professioneel en veilig. Voor de vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten was dit maar 40%, terwijl ongeveer 50% de zorg als 'meestal' professioneel en veilig zag. In 2011 was de gemiddelde tevredenheid van het personeel over de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen ongeveer 3,1 op een schaal van 1 (= zeer ontevreden) tot en met 5 (= zeer tevreden). Het personeel in verzorgingshuizen was iets meer tevreden en in de thuiszorg was dit nog meer het geval. In 2011 was ruim 17% van de cliënten in instellingen ondervoed, terwijl dit in 2004 nog ruim 30% was. Er is dus ruimte voor verbetering, vooral bij de verpleeghuiszorg voor kwetsbare cliënten die intensieve zorg nodig hebben. Maar op grond van de beschikbare gegevens is het moeilijk om conclusies te trekken over de kwaliteit van de langdurige zorg in internationaal perspectief.

<sup>4</sup> Zie Dandi e.a. (2012).

<sup>5</sup> Zie Mot (2010).

<sup>6</sup> Zie <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-langdurige-zorg/>.

## 1.2.2 Toegankelijkheid

We concentreren ons hier vooral op de financiële toegankelijkheid, dat wil zeggen de mate waarin mensen gebruik kunnen maken van zorg als ze die nodig hebben, zonder in financiële problemen te raken.<sup>7</sup> Gezien de grote mate van solidariteit die in het stelsel is aangebracht, is op dit ogenblik een goede toegankelijkheid te verwachten voor Nederland.

### Medische zorg

Uit onderzoek van de Commonwealth Fund blijkt dat de toegankelijkheid in Nederland internationaal gezien goed scoort (zie tabel 1.1). Ongeveer 6% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder had problemen met de toegang tot medische zorg vanwege de kosten. Alleen in het Verenigd Koninkrijk was het percentage iets lager. In Duitsland had 25% deze problemen en in Zweden 10%. In de VS kwamen deze financiële problemen met de toegang het meest voor: 33%. We zien wel dat in Nederland het verschil relatief groot is tussen mensen met een minder dan gemiddeld en met een meer dan gemiddeld inkomen. Na correctie voor gezondheid en leeftijd scheelt het aandeel met problemen een factor vier. Alleen in Noorwegen is het relatieve verschil groter. Het Verenigd Koninkrijk is het enige land waar geen significant verschil wordt gevonden in financiële toegankelijkheid tussen de beide inkomensgroepen.

Tabel 1.1 Problemen met toegankelijkheid door kosten in het afgelopen jaar (in %)

	Aus	Can	Fra	Dui	NLD	NZL	Nor	Swe	CHE	GBR	USA
Haalde voorgeschreven medicijn niet op of sloeg doses over	12	10	7	6	3	7	6	7	4	2	21
Had een medisch probleem, maar bezocht geen arts	13	4	6	16	2	9	6	5	6	2	22
Liet onderzoek, behandeling of follow-up achterwege	14	5	6	10	3	8	5	4	4	3	22
Ja op een of meer van de bovenstaande											
Totaal	22	15	13	25	6	14	11	10	10	5	33
Aangepast, inkomen onder gemiddelde*	22	18	17	27	13	15	21	14	12	4	39
Aangepast, inkomen boven gemiddelde*	12	6	8	17	3	8	4	5	7	4	20

Bron: 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries.  
\* De percentages naar inkomensklasse zijn gecorrigeerd voor gezondheidstoestand, leeftijd en in de VS voor verzekeringsstatus; deze zijn dus niet direct vergelijkbaar met het totale percentage.

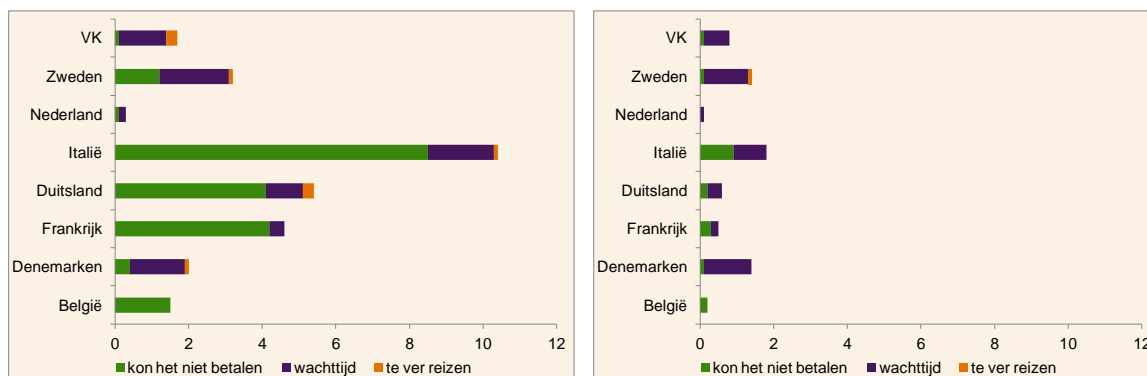
In de Europese enquête EU-SILC is ook gevraagd naar problemen met de toegang door financiële en andere oorzaken (zie figuur 1.3). In dit geval heeft de vraag betrekking op de toegang tot medisch onderzoek. Hier scoort Nederland absoluut gezien nog veel beter qua financiële toegankelijkheid: slechts 0,1% van de mensen uit het laagste inkomenskwintiel geeft aan dat het onderzoek te duur was (net als in het VK). Voor Zweden is het aandeel 1,2%. Het is niet duidelijk waarom de absolute verschillen voor Nederland zo groot zijn

<sup>7</sup> We gaan hier dus niet in op andere mogelijke barrières voor de toegankelijkheid, zoals wachttijden en geografische variatie in de beschikbaarheid van zorg.



tussen de uitkomsten van de International Health Policy Survey van het Commonwealth Fund en EU-SILC. Volgens beide bronnen is in Nederland de financiële toegankelijkheid relatief groot ten opzichte van andere landen.

**Figuur 1.3 Niet- vervulde behoefte aan medisch onderzoek, naar oorzaak, Europese landen, 2009 (links: 20% laagste inkomens, rechts 20% hoogste inkomens)**



Bron: OECD Health at a glance.

### Langdurige zorg

Hoewel we over de relatieve kwaliteit van de langdurige zorg in Nederland moeilijk conclusies kunnen trekken, is er wel onderbouwing voor de stelling dat de toegankelijkheid en de rechtvaardigheid relatief hoog zijn. De rechtvaardigheid van het Nederlandse stelsel van langdurige ouderenzorg wordt door Comas-Herrera geanalyseerd in Mot e.a. (2012) en vergeleken met de rechtvaardigheid van de stelsels van Duitsland, Spanje en Polen. Het Nederlandse stelsel scoort het hoogste op een aantal aspecten van rechtvaardigheid en ook het hoogste op de rechtvaardigheid van het systeem als geheel. Wat betreft de toegankelijkheid: de publieke uitgaven zijn hoog en de private uitgaven zijn laag, daarom zijn er relatief geringe financiële barrières om langdurige zorg te gebruiken. Bovendien wordt de langdurige zorg in Nederland in vergelijking met veel andere landen nu nog weinig gericht op de mensen met de zwaarste zorgbehoefte. Ook mensen met een relatief geringe zorgbehoefte kunnen gebruik maken van publiek gefinancierde langdurige zorg. Uit tabel 1.9 blijkt dat in Nederland het gebruik van formele zorg thuis groot is, wat ook op een goede toegankelijkheid van de formele zorg kan wijzen. OESO (2011) laat zien dat het aantal gebruikers van formele langdurige zorg (zorg thuis en in een instelling) in Nederland hoog is. Met 19,4% van de 65+'ers was het in 2009 hoger dan het aandeel gebruikers in Noorwegen, Zwitserland, Zweden en Denemarken. Alleen in Oostenrijk en Israël was het aandeel gebruikers onder de ouderen hoger.

De goede toegankelijkheid van de Nederlandse zorg lijkt zich te vertalen in relatief geringe gezondheidsverschillen binnen Nederland in vergelijking met andere landen. Hieronder gaan we daar verder op in.

### 1.2.3 Gezondheidsverschillen

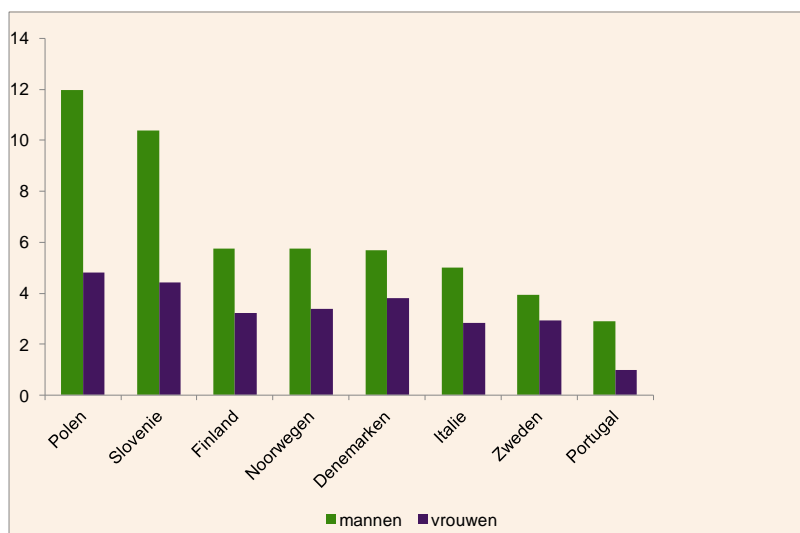
Ondanks de goede toegankelijkheid van de zorg kent Nederland, zoals veel landen, belangrijke gezondheidsverschillen tussen mensen uit verschillende sociale groepen (naar inkomen en opleiding). Bij mannen van dertig jaar met een hoog opleidingsniveau (hbo of universiteit) is de levensverwachting ongeveer 6,5 jaar hoger dan bij het laagste opleidingsniveau (basisonderwijs) (zie tabel 1.2). Voor vrouwen van dezelfde leeftijd bedraagt het verschil in levensverwachting ongeveer 6 jaar. Uit de tabel blijkt dat deze verschillen de afgelopen tien jaar niet zijn afgenomen. Het verschil in *gezonde* levensverwachting naar opleidingsniveau is nog groter (zie hoofdstuk 5).

**Tabel 1.2 Resterende levensverwachting op 30-jarige leeftijd, Nederland**

	Basisonderwijs	Vmbo	Havo, vwo, mbo	Hbo, universiteit	Vershil tussen hoog en laag
<b>Mannen</b>					
1997/2000	43,0	45,4	47,4	49,4	6,4
2007/2010	45,7	48,5	50,1	52,3	6,6
<b>Vrouwen</b>					
1997/2000	49,3	51,3	54,8	55,4	6,1
2007/2010	50,3	54,1	55,3	56,3	6,0

Bron: Statline, op basis van gemiddelde sterftekansen voor de jaren 1997-2000 respectievelijk 2007-2010

**Figuur 1.4 Verschillen in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden (3 klassen) op 30-jarige leeftijd, 2010 (of dichtstbijzijnde jaar)**



Bron: Eurostat.

De vraag is of Nederland met zijn toegankelijke en solidaire zorgstelsel minder sociaal-economische gezondheidsverschillen kent dan andere landen. Het is moeilijk om internationaal vergelijkbare cijfers te vinden voor de levensverwachting naar opleidingsniveau die in dezelfde vorm ook voor Nederland beschikbaar zijn. Wel zijn er voor een aantal andere landen gegevens over de levensverwachting naar opleidingsniveau die we kunnen proberen te vergelijken met de cijfers voor Nederland uit tabel 1.2. We moeten hier

echter voorzichtig mee zijn, mede omdat de indeling in opleidingsniveaus in Nederland fijner is dan voor de beschikbare internationale data. We kunnen dan ook geen harde conclusies trekken, maar het geeft een indruk. Figuur 1.4 laat zien dat in veel landen de verschillen tussen mannen en vrouwen groter zijn dan in Nederland. In Nederland is het verschil in levensverwachting naar opleidingsniveau haast even groot voor vrouwen als voor mannen, terwijl in Polen het verschil voor mannen meer dan tweemaal zo groot is.

De verschillen in levensverwachting naar opleiding lijken in Zweden en in Portugal kleiner dan in Nederland, maar de verschillen in Nederland zijn niet helemaal vergelijkbaar, omdat de laagste klasse daar alleen basisonderwijs omvat en in de andere landen ook een deel van het secundaire onderwijs. In ieder geval is duidelijk dat de verschillen voor mannen in Polen en Slovenië groter zijn dan in Nederland.

Om toch iets meer te kunnen zeggen over de ongelijkheid van gezondheid in landen, ook over de tijd, kunnen we kijken naar algemene cijfers over de spreiding in de leeftijd van overlijden. Edwards en Tuljapurkar (2005) stellen de standaarddeviatie in de leeftijd van overlijden voor als maatstaf van ongelijkheid. Deze maatstaf maakt het mogelijk om niet alleen de gemiddelde levensverwachting van groepen te vergelijken, maar ook de spreiding daaromheen. Zij berekenen de standaarddeviatie in de leeftijd van overlijden boven 10 jaar, voor mannen en vrouwen samen.<sup>8</sup> De zogeheten  $s_{10}$  is berekend voor een aantal landen met hoge inkomens over de tijd. Edwards en Tuljapurkar (2005) geven aan dat de  $s_{10}$  samenhangt met bekende factoren die de sterfte beïnvloeden, zoals onderwijs en inkomen. Lager opgeleiden leven niet alleen korter, maar ervaren ook een grotere spreiding in levensverwachting. Tegelijkertijd geven ze aan dat  $s_{10}$  ook onafhankelijke informatie biedt ten opzichte van deze bekende invloeden en dat de variatie binnen groepen een belangrijke rol speelt.<sup>9</sup>

**Tabel 1.3 Spreiding in de leeftijd van overlijden boven 10 jaar, voor mannen en vrouwen samen (standaarddeviatie in jaren)**

	2000	1960	Verandering 2000-1960
	%		
Nederland	13,0	13,4	-3,0
Zweden	13,0	13,4	-3,2
Italië	13,5	14,3	-5,8
VK (Engeland en Wales)	13,6	13,7	-1,1
West-Duitsland	13,7	14,1	-2,6
Japan	13,7	15,0	-8,3
Denemarken	13,8	13,5	2,9
Australië	14,1	14,6	-3,1
Frankrijk	14,8	14,6	1,4
VS	15,1	15,3	-1,0

Bron: OESO (2006), gebaseerd op Edwards en Tuljapurkar (2005).

<sup>8</sup> De grens van 10 jaar is gekozen om het overlijden van jonge kinderen buiten beschouwing te laten, zodat de verdeling van de leeftijd van overlijden over de tijd niet wordt beïnvloed door de daling in kindersterfte.

<sup>9</sup> Het laatste laten ze zien met data voor de VS.

Zowel in 2000 als in 1960 had Nederland samen met Zweden de laagste ongelijkheid en de VS de hoogste (zie tabel 1.3). In veel landen, waaronder Nederland, is de ongelijkheid afgenomen in die periode; vooral in Japan was de daling groot. In Denemarken en Frankrijk is de ongelijkheid juist toegenomen. Uit dit algemene cijfer wordt niet duidelijk met welke factoren de ongelijkheid samenhangt.

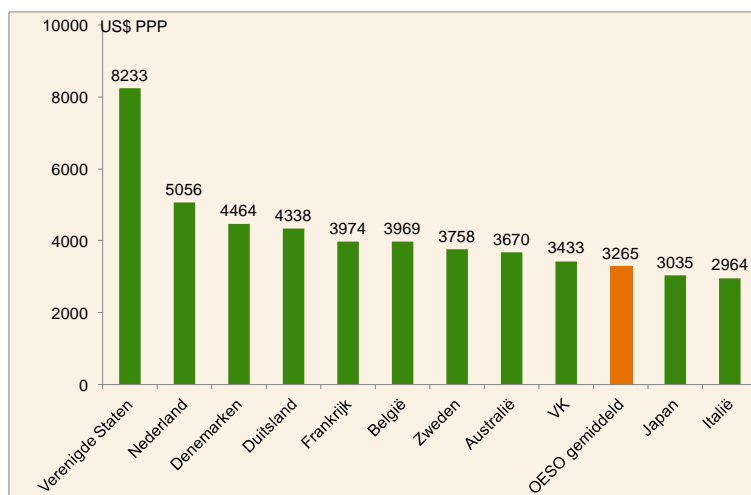
Kortom, het is moeilijk om internationaal vergelijkbare gegevens te vinden voor sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar algemene gegevens over ongelijkheid wijzen op een relatief hoge gelijkheid in Nederland.

## 1.3 De kosten en financiering van zorg

### 1.3.1 Kosten van zorg

Nederland geeft internationaal vergeleken veel uit aan zorg. Dit heeft vooral te maken met hoge uitgaven aan langdurige zorg. Aan de medische zorg (als aandeel bbp) geeft Nederland iets minder dan het OESO-gemiddelde uit.<sup>10</sup> Aan langdurige verpleging en verzorging geeft Nederland bijna driemaal zoveel uit als het OESO-gemiddelde als we hierbij ook sociale zorg meetellen, zoals hulp bij het huishouden, hulp met de persoonlijke financiën en sociale activiteiten voor mensen met beperkingen.<sup>11</sup>

**Figuur 1.5** Totale zorguitgaven per hoofd in voor koopkracht gecorrigeerde US dollars, 2010 (of dichtstbijzijnde jaar)



Bron: OECD Health Data 2012.

Binnen de OESO zijn de totale zorguitgaven per hoofd (publiek en privaat) alleen in de VS, Noorwegen en Zwitserland hoger dan in Nederland. De OESO-definitie van totale zorguitgaven heeft alleen betrekking op gezondheidszorg en omvat dus niet het sociale deel van de langdurige zorg. Dit betekent dat het voor de internationale vergelijkbaarheid belangrijk is dat alle landen de splitsing tussen gezondheidszorg en sociale zorg op dezelfde

<sup>10</sup> Zie figuur 1.7.

<sup>11</sup> Zie figuur 1.6. De OESO onderscheidt 'health LTC' en 'social LTC'. Onder het eerste vallen gezondheidszorg in intramurale instellingen, persoonlijk verzorging, en gezondheidszorg thuis voor mensen met beperkingen in ADL (wassen, aankleden, eten e.d.).

wijze maken. Dit is echter niet helemaal het geval, waardoor de vergelijkbaarheid niet optimaal is.<sup>12</sup> Als we het sociale deel van de langdurige zorg ook als zorguitgaven zien (wat in Nederland gebruikelijk is), zijn de Nederlandse totale zorguitgaven dus nog hoger.<sup>13</sup> Figuur 1.5 laat de uitgaven per hoofd zien voor een selectie van OESO-landen. Met uitgaven van ruim 5000 dollar per hoofd (gecorrigeerd voor verschillen in koopkracht), zit Nederland meer dan 50% boven het OESO-gemiddelde.

Uitgedrukt als percentage van het bbp was Nederland in 2010 met 12% zelfs het tweede land qua uitgaven, achter de VS met bijna 18%, met een iets hoger aandeel dan Frankrijk en Duitsland (zie tabel 1.4). Australië, Japan en Zweden rekenen een deel van hun langdurige zorg nog niet tot de gezondheidszorg, zoals wel zou moeten volgens de laatste aanpassing in de System of Health Accounts, en komen hierdoor relatief laag uit qua totale zorguitgaven volgens de OESO-definitie.<sup>14</sup>

**Tabel 1.4 Totale uitgaven aan zorg als % bbp, 2010 (of dichtstbijzijnde jaar)**

	2010
	% bbp
Verenigde Staten	17,6
Nederland	12,0
Frankrijk	11,6
Duitsland	11,6
Denemarken	11,1
België <sup>1</sup>	10,5
Zweden	9,6
Verenigd Koninkrijk	9,6
Japan	9,5
OESO -gemiddelde	9,5
Italië	9,3
Australië	9,1

Bron: OECD Health Data 2012.

De groei van de reële zorguitgaven was in Nederland relatief hoog in de periode 2000-2010 met 5,6% per jaar (zie tabel 1.5). Deze groei wordt echter opwaarts vertekend door een reeksbreuk in de uitgaven aan langdurige verpleging, waardoor deze uitgaven een heel hoog groeipercentage kennen. De groei van de uitgaven aan curatieve zorg en revalidatie is beter internationaal vergelijkbaar. Ook hier zien we dat Nederland met 4,4% per jaar een relatief hoge groei heeft. In de geselecteerde groep van landen kent alleen Australië een nog hogere groei. Voor een mogelijke verklaring van de hoge groei verwijzen we naar hoofdstuk 2.

<sup>12</sup> CBS (2012). Deze bron laat ook zien wat de effecten zijn van vier scenario's voor de opsplitsing van begeleiding en zorgzwaartepakketten in de AWBZ, in gezondheidszorg en welzijnszorg voor Nederland in 2009. De zorguitgaven volgens de System of Health Accounts-definitie als percentage van het bbp variëren daardoor tussen 11% en 12,1%.

<sup>13</sup> Volgens het CBS waren de totale zorguitgaven per hoofd in Nederland 5247 euro in 2010. Zie <http://statline.cbs.nl>, geraadpleegd op 6 december 2012. Volgens de OESO-definitie zijn de uitgaven ruim 5000 dollar per hoofd (gecorrigeerd voor verschillen in koopkracht).

<sup>14</sup> CBS (2012), pag. 134.

**Tabel 1.5 Groei van de reële zorguitgaven 2000-2010 (of dichtstbijzijnde jaar), % per jaar<sup>a</sup>**

	Totale zorguitgaven (incl. investeringen)	Curatieve zorg en revalidatie	Langdurige verpleging
Nederland	5,6	4,4	13,5 <sup>b</sup>
Verenigd Koninkrijk	4,9	na	na
Australië	4,6	5,1	5,5
Verenigde Staten	4,2	4,2	3,0
België	4,1	na	na
Zweden	3,7	2,9	2,9
Denemarken	3,1	3,4	3,6
Japan	2,7	2,3	6,6
Frankrijk	2,6	2,2	4,2
Duitsland	2,0	1,9	2,4
Italië	1,9	na	na

Bron: OECD Health Data 2012.

<sup>a</sup> De reële groei is de nominale groei minus de inflatie (afgemeten aan de prijsstijging van het bbp);

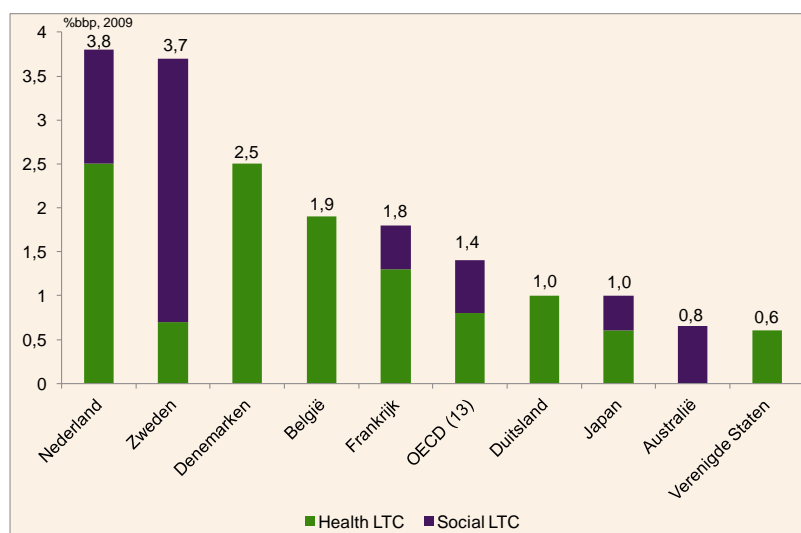
<sup>b</sup> Breuk in de reeks.

### 1.3.2 Langdurige zorg

#### Formele zorg

Wat betreft uitgaven aan formele langdurige zorg scoort Nederland hoog. Volgens de OESO (2011) kent Nederland de hoogste collectieve uitgaven aan langdurige zorg in % bbp van een groep OESO-landen, iets hoger dan in Zweden. Inclusief de meer sociale onderdelen van de langdurige zorg (zoals huishoudelijke verzorging), gaf Nederland in 2009 3,8% van het bbp uit aan langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten (zie figuur 1.6). Gemiddeld in de OESO was dat slechts 1,4%. Voor zowel sociale als gezondheidsgerelateerde langdurige zorg zijn de uitgaven in Nederland hoog.

**Figuur 1.6 Publieke uitgaven aan langdurige zorg (gezondheids- en sociale componenten), als % bbp, 2009 (of dichtstbijzijnde jaar)**



Bron: OESO (2011), tabel 8.8.1

Landen verschillen sterk in de mate waarin gebruikers van langdurige zorg en hun familie zelf moeten bijdragen aan de financiering van de zorg. Daarom is het interessant om ook naar de verdeling over publieke en private uitgaven en naar het belang van mantelzorg te kijken. Tabel 1.6 geeft de verdeling over publieke en private uitgaven voor vier landen die in het ANCIEN-onderzoeksproject zijn geselecteerd als representatief voor vier verschillende systemen van ouderenzorg in Europa.<sup>15</sup> De uitgaven in deze tabel hebben alleen betrekking op persoonlijke verzorging en verpleging van ouderen. Persoonlijke verzorging is hulp met bijvoorbeeld wassen, eten, aankleden of naar het toilet gaan. Het gaat dus om een deel van de totale groep AWBZ-gebruikers (alleen ouderen) en het zwaardere deel van de zorg vergeleken bij figuur 1.6. Uit tabel 1.6 blijkt dat in Nederland het aandeel van de private uitgaven veel lager is dan in Duitsland, Spanje en Polen. Hierbij geldt wel dat de data voor Nederland alleen betrekking hebben op eigen bijdragen voor publiek gefinancierde zorg. Zorg die helemaal zelf betaald wordt, valt er dus buiten; dit in tegenstelling tot de andere landen.

**Tabel 1.6 Publieke en private uitgaven aan persoonlijke verzorging en verpleging van ouderen (% bbp, 2010, deels geraamd)**

	Extramurale zorg	Intramurale zorg	Totaal
<b>Publieke uitgaven</b>			
Duitsland	0,30	0,46	0,76
Nederland	0,47	1,33	1,80
Spanje	0,11	0,25	0,36
Polen		0,04	
<b>Private uitgaven</b>			
Duitsland	0,07	0,25	0,32
Nederland*			0,22
Spanje	0,03	0,14	0,17
Polen		0,01	
<b>Private uitgaven (als % totale uitgaven)</b>			
Duitsland			30
Nederland			11
Spanje			32
Polen**			20
* Alleen eigen bijdragen.			
** Alleen intramurale zorg.			
Bron: Geerts en Willemé (2012), tabel 6.12 en 6.13			

### Projecties voor de toekomst

De huidige hoge uitgaven voor langdurige ouderenzorg in Nederland hebben niet te maken met een ongunstige samenstelling van de Nederlandse groep ouderen wat betreft leeftijd, geslacht en beperkingen, zo blijkt uit analyses van het ANCIEN-project.<sup>16</sup> Bijvoorbeeld, voor Nederland geven de projecties aan dat 7,2% van de ouderen intramurale zorg zal gebruiken in 2040. Met dezelfde demografie, maar met het Duitse patroon van zorggebruik, zou het

<sup>15</sup> Zie Kraus e.a.(2010).

<sup>16</sup> Mot e.a. (2012).

gebruik van intramurale zorg minder dan de helft zijn: 3,4%.<sup>17</sup> Door de grote babyboomgeneratie in Nederland wordt tot 2040 een hoge stijging van de uitgaven geprojecteerd (zie tabel 1.7). Volgens de projectie zullen deze meer dan verdubbelen in Nederland tussen 2010 en 2040 en dan –als percentage van het bbp– ruim twee maal zo hoog zijn als in Duitsland. Het gaat dan om uitgaven van bijna 5% van het bbp aan persoonlijke verzorging en verpleging voor ouderen. Andere typen ouderenzorg, zoals huishoudelijke verzorging, dagbesteding, begeleiding en maaltijdvoorziening vallen hier buiten, waardoor de totale uitgaven aan ouderenzorg veel hoger zullen zijn bij een ongewijzigd patroon van zorggebruik. Het overgrote deel van deze uitgaven is publiek in het Nederlandse systeem (4,3% van het bbp in 2040).

**Tabel 1.7 Totale uitgaven aan ouderenzorg (persoonlijke verzorging en verpleging) in 2040, % bbp**

	2010	2040
		%
Duitsland	1,1	2,2
Nederland	2,0	4,8
Spanje	0,5	0,8
Polen (alleen intramurale zorg)	0,05	0,1

Bron: Geerts en Willemé (2012).

### Mantelzorg

Langdurige zorg wordt ook vaak gegeven in de vorm van informele zorg door familie, vrienden, burens et cetera. In het bijzonder partners en (schoon)kinderen spelen een belangrijke rol. Mantelzorgers besteden tijd en energie aan deze zorg die ze niet op een andere wijze kunnen besteden. Er is vrij veel bewijs dat mantelzorg een negatieve invloed kan hebben op arbeidsmarktactiviteiten (zowel wat betreft de participatie, als wat het aantal uren en het loon betreft), zeker als het om intensieve mantelzorg gaat.<sup>18</sup> Het geven van mantelzorg verhoogt de kans op problemen met de geestelijke gezondheid, vooral als het om intensieve mantelzorg gaat.<sup>19</sup>

Voor een compleet beeld van de lasten van langdurige zorg moeten we dus ook naar de informele zorg kijken. Tabel 1.8 laat een vergelijking van een aantal Europese landen zien voor het gebruik van informele zorg door thuiswonende ouderen. Nederlandse ouderen maken relatief vaak gebruik van praktische hulp van buiten het huishouden (bijvoorbeeld met boodschappen doen, het huishouden of administratieve bezigheden).<sup>20</sup> Persoonlijke verzorging door mantelzorgers (van binnen of buiten het huishouden) komt vergeleken met veel andere landen heel weinig voor in Nederland, net als in Zweden en Zwitserland. In

<sup>17</sup> Zie Biro in Mot e.a.,(2012). In de projecties wordt verondersteld dat het zorggebruik zich ontwikkelt op grond van leeftijd, geslacht, beperkingen en andere eigenschappen van de zorggebruikers. Gegeven deze eigenschappen blijft het patroon van zorggebruik gelijk over de tijd.

<sup>18</sup> Zie bijvoorbeeld Carmichael e.a.(2010); Bolin e.a.(2008); Lilly e.a.(2007); Heitmueller en Inglis(2007).

<sup>19</sup> Zie Colombo e.a.(2011).

<sup>20</sup> In SHARE wordt niet gevraagd naar praktische hulp binnen het huishouden.



Polen, Spanje en Italië krijgen ongeveer vijf-maal zoveel ouderen informele persoonlijke verzorging.<sup>21</sup>

**Tabel 1.8 Percentage van oudere mensen dat gebruik maakt van informele zorg (gewogen)**

	Praktische hulp, van buiten het huishouden	Persoonlijke verzorging
Polen	28,2	16,3
Spanje	17,8	14,7
Italië	21,8	14,6
Tsjechië	46,7	10,6
Griekenland	28,5	10,1
Oostenrijk	27,0	9,6
Duitsland	37,1	9,0
Frankrijk	22,5	7,3
België	30,8	7,0
Denemarken	29,2	4,3
Zwitserland	19,8	3,4
Nederland	28,8	3,2
Zweden	31,1	3,1

Bron: Faber en Mot (2012), o.b.v. SHARE (2e golf, 2006-2007).

Pickard en King analyseren in Mot e.a. (2012) het aanbod van informele persoonlijke zorg voor ouderen door mensen van 50 jaar en ouder in vier Europese landen. Zij laten zien dat het aanbod in Nederland met ongeveer 2% veel lager is dan in Spanje, Duitsland en Polen, waar respectievelijk 7%, 5% en 4% van de 50-plussers deze zorg aanbieden.<sup>22</sup>

Voor een completer beeld vergelijken we ook het gebruik van formele zorg door thuiswonende ouderen (zie tabel 1.9). Hieruit blijkt dat het gebruik van formele zorg in Nederland relatief hoog is. Dit geldt in het bijzonder voor formele hulp in het huishouden, waar Nederland het hoogste gebruik kent van de beschouwde groep landen. Het gebruik van formele persoonlijke verzorging thuis is in Nederland meer gemiddeld. Bij het interpreteren van deze cijfers moeten we in gedachten houden dat in Nederland de kans om intramurale zorg te krijgen, hoger is dan in veel andere landen.

### 1.3.3 Medische zorg

Nederland gaf in 2010 7,5% van het bbp uit aan medische zorg (collectief en privaat, zie figuur 1.7).<sup>23</sup> Dat is vergelijkbaar met veel andere Europese landen. In de VS waren de uitgaven aanzienlijk hoger.

<sup>21</sup> Het gebruik van informele zorg is gerelateerd aan het totaal aantal ouderen, dus hier wordt niet gecorrigeerd voor verschillen in beperkingen van ouderen tussen landen.

<sup>22</sup> In 2006/2007, zie figuur 5.1 in hun rapport.

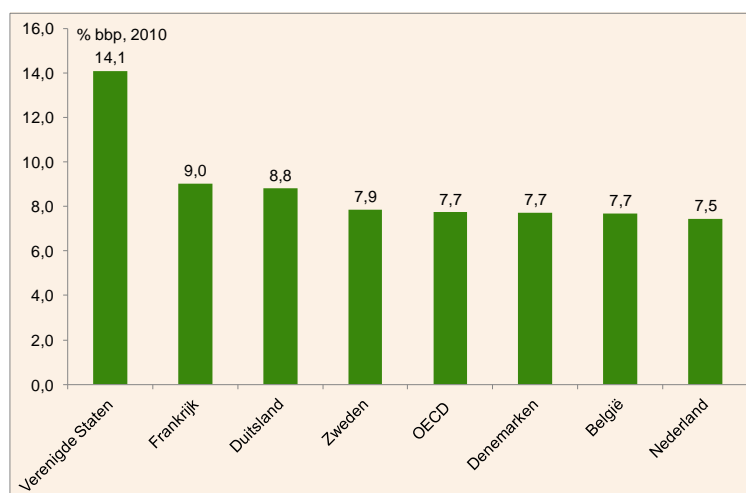
<sup>23</sup> We rekenen onder de medische zorg drie categorieën uit de OECD Health Database: Services of curative and rehabilitative care, Ancillary services to health care, Medical goods.

**Tabel 1.9** Percentage van oudere mensen dat gebruik maakt van formele zorg thuis (13 weken of meer, gewogen)

	Persoonlijk verzorging en verpleging	Hulp in het huishouden	Maaltijdvoorziening
	%		
België	6,5	12,2	3,0
Denemarken	5,2	14,6	4,8
Frankrijk	4,7	12,8	3,0
Oostenrijk	4,2	4,9	1,4
Zwitserland	3,8	6,0	1,7
Nederland	3,7	16,6	3,6
Duitsland	3,6	4,7	2,7
Spanje	1,8	5,0	0,0
Zweden	1,3	4,8	1,3
Italië	1,0	5,4	0,2
Tsjechië	0,6	0,4	4,4
Griekenland	0,5	1,3	0,3

Bron: Faber en Mot (2012), o.b.v. SHARE (2<sup>e</sup> golf, 2006-2007).

**Figuur 1.7** Totale uitgaven aan medische zorg, als % bbp, 2010 (of dichtstbijzijnde jaar)



Bron: OECD Health Data 2012 (ongewogen OESO-gemiddelde).

Tabel 1.10 laat zien hoe de medische zorg wordt gefinancierd in een aantal landen.<sup>24</sup> Van de landen uit onze selectie waar dit bekend is, heeft Nederland het laagste aandeel out-of-pocket (OOP) uitgaven van huishoudens. Dit aandeel is echter neerwaarts vertekend, omdat het CBS de uitgaven onder het eigen risico tot de collectieve uitgaven rekent bij het aanleveren van gegevens aan de OESO voor het System of Health Accounts. Naar schatting zou het aandeel voor Nederland toenemen van 8% naar ongeveer 11% als we de betalingen vanwege het eigen risico tot de OOP-uitgaven zouden rekenen.<sup>25</sup> Met het aandeel van de particuliere verzekering in de financiering van de medische zorg, scoort Nederland wat meer

<sup>24</sup> Het gaat hierbij om de totale uitgaven aan medische zorg, dus inclusief zorg die buiten het basispakket valt en wordt gefinancierd op grond van een particuliere verzekering of uit eigen zak.

<sup>25</sup> Inschatting van het CPB op grond van de OECD Health Data en gegevens van CVZ over de betalingen onder het eigen risico. In 2010 werd ruim 4% van de Zvw-uitgaven gefinancierd met het eigen risico. Het ging om ongeveer 1,4 mld euro.

gemiddeld. Als we kijken naar het totale aandeel van de particuliere betalingen (particuliere verzekering en OOP samen), zien we dat Nederland na correctie voor het eigen risico ongeveer vergelijkbaar is met Denemarken, Japan en Zweden. In Australië en België hebben de particuliere betalingen duidelijk een groter aandeel.<sup>26</sup> De Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) heeft een soortgelijke berekening gemaakt voor de curatieve zorg, waarin ook wordt gecorrigeerd voor het verplicht eigen risico.<sup>27</sup> Deze taskforce komt tot de conclusie dat het aandeel eigen betalingen in Nederland in 2013 na de verhoging van het eigen risico tot 350 euro ongeveer op het niveau van Duitsland en Frankrijk in 2008 ligt, maar duidelijk lager is dan in Zwitserland, België en Spanje. Het aandeel eigen betalingen in Nederland is volgens de berekening van de taskforce in 2013 wat hoger dan dat in Denemarken, Noorwegen en Zweden.

**Tabel 1.10 Financiering van de medische zorg (aandelen financieringsbronnen in %), 2010 (of dichtstbijzijnde jaar)**

	Overheid en sociale zekerheid	Particuliere verzekering	Huishoudens, out-of-pocket	Overig	Totaal
	%				
België	70,7	3,5	25,6	0,3	100
Australië	68,1	7,8	20,5	3,5	100
Zweden	80,1	0,0	19,9	0,0	100
Japan	80,2	2,2	17,5	0,0	100
Denemarken	81,8	2,2	16,0	0,0	100
Duitsland	78,0	10,1	11,6	0,3	100
Frankrijk	77,1	13,5	9,3	0,0	100
Nederland	82,9	7,8	8,0*	1,4	100

Bron: OECD Health Data 2012.  
\* Exclusief betalingen onder eigen risico.

### 1.3.4 Premieheffing Zvw en AWBZ

Een substantieel deel van de curatieve en langdurige zorg wordt uit inkomensafhankelijke bijdragen gefinancierd. Door de premieheffing op deze wijze in te richten, is de inkomenssolidariteit groot.

De uitgaven voor de Zvw worden op basis van de 50/50-regel gefinancierd. De ene helft komt uit een procentuele premie die door de werkgever wordt afgedragen, de andere helft wordt opgebracht door nominale premies voor volwassenen, kinderpremies en de eigen betalingen (zie tabel 1.11). Ouders hoeven voor hun kinderen geen premie te betalen, de zorgverzekeraars krijgen het verschuldigde bedrag, de helft van de premie voor volwassenen, van de rijksoverheid. De nominale premie voor volwassenen legt een fors beslag op het inkomen van lage inkomens, maar via de zorgtoeslag worden zij hiervoor deels gecompenseerd. Zo heeft een alleenstaande persoon met een toetsingsinkomen van 20.000 euro per jaar en geboren in 1984 in 2012 recht op 69 euro zorgtoeslag per maand. Dat is bijna twee derde van de gemiddelde nominale maandelijkse zorgpremie. Met de uitgaven

<sup>26</sup> In paragraaf 1.4 staat een tekstkader over het systeem van eigen betalingen in België.

<sup>27</sup> Zie figuur 2.4 in de betreffende publicatie.

voor de zorgtoeslag was in 2011 een bedrag van 4,7 mld euro gemoeid. Aangezien de Rijksbijdrage ter dekking van de kinderpremies en de zorgtoeslag beide uit de algemene middelen worden betaald, betalen hoge inkomens hier –via het progressieve belastingstelsel– relatief veel aan mee. Per saldo wordt dus 70% van de inkomsten direct of indirect gefinancierd uit inkomensafhankelijke premies of belastingen (bij benadering).

**Tabel 1.11 Inkomsten Zvw en AWBZ 2011 (in miljoenen euro's)**

	Zvw	AWBZ
Procentuele premie	19.666	14.585
Nominale premies	14.292	
Rijksbijdrage	2.319	5.248
Eigen betalingen	1.498	1.720
Overige baten	345	31
<b>Totaal baten</b>	<b>38.118</b>	<b>21.584</b>
Exploitatiesaldo	440	-3.856
<b>Totaal uitgaven</b>	<b>37.678</b>	<b>25.440</b>
Bron: CVZ.		

De inkomsten van de AWBZ zijn volledig inkomensafhankelijk. De middelen komen voor een belangrijk deel uit premieheffing over het belastbaar inkomen in de eerste en tweede schijf van de loon- en inkomstenbelasting. In 2012 bedroeg de premie nog 12,15%; in 2013 is deze verhoogd tot 12,65%. Ook uit de algemene middelen wordt aan de AWBZ bijgedragen. Dat heeft te maken met de belastingherziening 2001. Het is een compensatie voor het feit dat de belastingvrije som is vervangen door de heffingskortingen, waardoor de premiebatens van het AWBZ-fonds zijn afgenomen. Met ongeveer 5 mld euro in 2011 vormt deze aanvulling uit de algemene middelen een aanzienlijk deel van de financiering van de AWBZ. Verzekerden vanaf achttien jaar betalen daarnaast een mogelijk substantiële eigen bijdrage voor het gebruik van AWBZ-zorg. Het aandeel daarvan in de totale uitgaven is met 7% bescheiden, maar voor veel gebruikers van (intramurale) langdurige zorg legt het toch een groot beslag op het budget. Het totaal van alle inkomsten was niet voldoende om de AWBZ-uitgaven te dekken; zoals uit tabel 1.11 blijkt is er de laatste jaren een negatief exploitatiesaldo van enkele miljarden euro's geweest. Het negatieve vermogen van het fonds is onderdeel van de staatsschuld.

Per saldo zijn de inkomsten van Zvw en AWBZ samen voor ongeveer 80% inkomensafhankelijk. Hoge en lage inkomens zijn in dit systeem vrijwel hetzelfde deel van hun inkomen kwijt aan zorg. Hoofdstuk 3 laat zien dat zowel hoog- als laagopgeleiden over hun gehele leven gemiddeld genomen iets meer dan 20% van hun bruto-inkomen kwijt zijn aan (curatieve en langdurige) zorg. Dit betekent uiteraard dat hoge inkomens in euro's gemeten veel meer bijdragen aan de financiering van de zorg. Deze doet een beroep op de inkomenssolidariteit.

## 1.4 De organisatie van het stelsel en solidariteit

### De risicosolidariteit in de basisverzekering is groot

Risicosolidariteit gaat over de mate waarin risico's worden gedeeld tussen mensen die gezond zijn en mensen die niet gezond zijn (zie het tekstkader 'Verschillende uitingen van solidariteit'). De mate van risicosolidariteit in de Nederlandse basisverzekeringen is groot. De private zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht in de Zvw en ze mogen niet differentiëren tussen verzekerden op grond van risicokenmerken. Rokers betalen evenveel als niet-rokers, chronisch zieken betalen evenveel als gezonde personen.

### Verschillende uitingen van solidariteit

De meest basale betekenis van solidariteit is saamhorigheidsgevoel en de bereidheid om de consequenties daarvan te dragen (Van Dale woordenboek). Toegepast op verzekeringen geldt vanuit solidariteit het beginsel dat alle verzekerden meebetalen aan de kosten van een verzekerde.

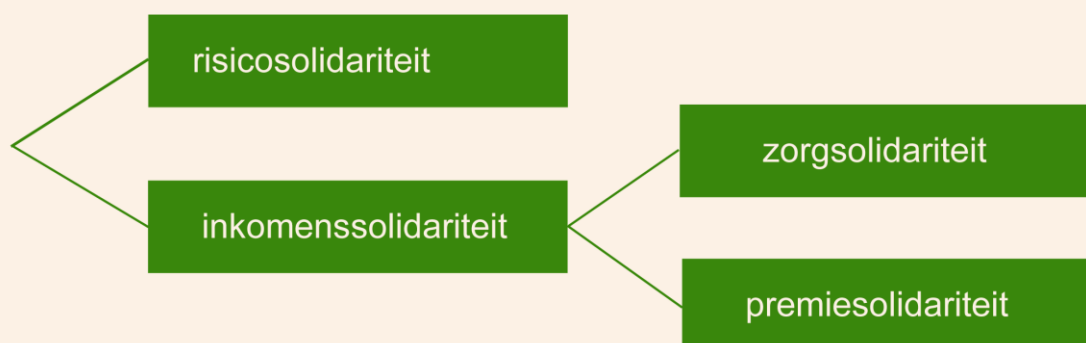
In deze studie worden verschillende elementen van solidariteit, van deze saamhorigheid, benoemd.

- Risicosolidariteit gaat over de mate waarin risico's worden gedeeld. In de zorg gaat het er om of personen met een grote kans op ziekte of hulpbehoevendheid meer moeten betalen dan gezonde personen. De risicosolidariteit is hoog wanneer iedereen, gezond of ongezond, jaarlijks evenveel betaalt voor de zorgverzekering. De risicosolidariteit is laag bij premiedifferentiatie naar gezondheid of wanneer eigen betalingen groot zijn.
- Inkomenssolidariteit heeft betrekking op ongelijkheid tussen rijk en arm. Inkomenssolidariteit uit zich aan de ene kant in het bieden van een minimumniveau aan inkomen, waarmee voedsel, kleding en een woning kunnen worden gefinancierd. En uit zich aan de andere kant in inkomensafhankelijke belastingen en premies, waarbij van mensen die meer verdienen een grotere bijdrage wordt gevraagd.

Toegepast op de zorg maken wij bij inkomenssolidariteit daarom nader onderscheid in:

- Zorgsolidariteit, het streven om elke burger in beginsel dezelfde hoeveelheid en kwaliteit van zorg aan te bieden bij dezelfde behoefte aan zorg. Een belangrijk element daarin is om bij gelijke gezondheid te streven naar een uniform niveau van zorg, ongeacht de hoogte van het inkomen.
- Premiesolidariteit, het streven om mensen met een hoog inkomen meer premie te laten betalen zodat de laagste inkomens worden ontzien.

### Uitsplitsing van diverse vormen van solidariteit in de zorgverzekering



Het eigen risico in de Zvw bedraagt 350 euro, dus de extra kosten voor mensen met een hoog risico op ziekte of hoge uitgaven zijn gemaximeerd op een internationaal gezien niet al te hoog niveau. Bovendien krijgen chronisch zieken en gehandicapten in 2013 nog een financiële compensatie voor het verplichte eigen risico, hoewel er plannen zijn om hier verandering in te brengen. Niet iedereen maakt het eigen risico vol. Gemiddeld zijn verzekerden 215 euro per jaar kwijt aan het eigen risico. Daarnaast zijn er specifieke eigen bijdragen voor sommige vormen van zorg (o.a. eerstelijns psycholoog).<sup>28</sup> De huisartsenzorg valt buiten het eigen risico. Het kabinet wil vanaf 2015 het eigen risico inkomensafhankelijk maken. Verzekerden kunnen ervoor kiezen om vrijwillig het eigen risico te verhogen met maximaal 500 euro in ruil voor een premiekorting. In 2012 had ongeveer 6% van de verzekerden een polis met een vrijwillig eigen risico (minister van VWS, 2013).

AWBZ-gebruikers kunnen voor hoge kosten komen te staan, althans voor zover hun huidige inkomen (en vermogen) dat toelaat. De hoogte van de eigen bijdrage kan oplopen tot maximaal 2136 euro per maand (in 2012) bij gebruik van intramurale zorg. De eigen bijdragen voor intramurale zorg kunnen deels worden gezien als een vergoeding voor de kosten van wonen, eten en drinken.<sup>29</sup> Vanaf 2013 speelt het vermogen een grotere rol in het bepalen van de eigen bijdrage in de AWBZ door een vermogensinkomensbijtelling van 8%.<sup>30</sup> Als percentage van de kosten zijn de eigen bijdragen met 7% in 2011 laag, maar als percentage van de lopende inkomsten van gebruikers vaak erg hoog. Dat lijkt paradoxaal. Het komt omdat de jaarlijkse kosten van langdurige zorg vaak heel hoog zijn in verhouding tot de lopende inkomsten van gebruikers. Zo zijn de kosten van een jaar verblijf in een verpleeghuis gemiddeld 60.000 euro per jaar, terwijl de lopende inkomsten van de bewoners bestaan uit een AOW-uitkering van netto 15.000 euro, al dan niet aangevuld met een pensioen en een inkomen uit vermogen.

### Eigen betalingen in België

De Belgische zorg kent twee soorten eigen betalingen: remgeld en out-of-pocket uitgaven. Bij remgeld gaat het om het gedeelte van het officiële tarief van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) dat de patiënt zelf moet betalen. Out-of-pocket uitgaven zijn medische kosten die hoger zijn dan de officiële RIZIV-tarieven of niet in aanmerking komen voor een wettelijke vergoeding (bijvoorbeeld geneesmiddelen die worden gezien als welzijnsbevorderend en niet levensnoodzakelijk).

Het systeem is vrij ingewikkeld. De eigen betalingen hangen af van de specifieke dienst of het specifieke geneesmiddel en lopen op tot 25%. De eigen betalingen in de curatieve zorg kunnen daarom in België veel hoger uitvallen dan in Nederland, maar zijn wel gemaximeerd. Boven het bedrag van de zogeheten maximumfactuur (een remgeldplafond) worden de zorgkosten vergoed. Het maximum ligt tussen de 450 en 1800 euro, afhankelijk van het gezinsinkomen. Het minimum en maximum gelden respectievelijk bij een inkomen van minder dan 17.000 euro en een inkomen van meer dan 44.000 euro. De eigen betalingen door gezinnen financieren tussen de 19 en 21% van de totale zorguitgaven. In 2010 was het aandeel 19,4%.

<sup>28</sup> Het eigen risico is de laatste jaren toegenomen, in 2009 was dit nog 150 euro.

<sup>29</sup> Zie Mot (2010) voor een uitgebreide uitleg van de regeling voor eigen bijdragen in de AWBZ.

<sup>30</sup> Deze komt bovenop de 4% van het vermogen (excl. vrijstelling) die als fictief inkomen meetelt voor het verzamelinkomen.

### Hoge zorgsolidariteit dankzij een breed basispakket

Dankzij een breed basispakket is de zorgsolidariteit in Nederland naar internationale maatstaven hoog, zowel voor de curatieve zorg als voor de langdurige zorg. Met zorgsolidariteit doelen we op het streven om elke burger in beginsel dezelfde hoeveelheid en kwaliteit van zorg aan te bieden bij dezelfde behoefte aan zorg. De manier bij uitstek om een hoge mate van zorgsolidariteit te bewerkstelligen, is het aanbieden van een brede basisverzekering in natura zonder keuze-elementen.

Nederland kent een verplichte basisverzekering voor zowel medische zorg als voor langdurige verzorging, grotendeels in natura. De basisverzekering voor iedereen voor curatieve zorg bestaat pas vanaf 2006 (de Zorgverzekeringswet, Zvw), nadat er vele jaren discussie was gevoerd over deze stelselwijziging. Vóór 2006 was er alleen een verplichte ziekenfondsverzekering voor mensen met lagere inkomens, aangevuld met een vangnet voor mensen die zich moeilijk konden verzekeren op de particuliere markt (de standaardpakketpolis op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen, WTZ).<sup>31</sup> Vrijwel alle mensen die niet onder de ziekenfondswet vielen, hadden zich vrijwillig particulier verzekerd.

Het basispakket van de Zvw is breed. Het omvat o.a. huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. De tandarts zit alleen voor jongeren in het pakket en fysiotherapie wordt slechts beperkt vergoed. Tabel 1.12 laat zien dat Nederland een brede dekking heeft vergeleken met veel andere landen. Zowel acute klinische zorg als eerstelijnszorg, consulten met specialisten en geneesmiddelen zijn voor 100% gedekt. In veel andere landen zijn de dekkingspercentages voor die categorieën lager, vooral voor geneesmiddelen. Alleen bij tandheelkundige zorg is de dekking in Nederland laag. Het Verenigd Koninkrijk heeft als enige land in de tabel over de hele linie een even hoge of hogere dekking dan in Nederland.

**Tabel 1.12 Verzekeringsdekking in het basispakket, 2008-2009**

Land	Acute klinische zorg	Eerstelijnszorg & specialistencontacten	Geneesmiddelen	Tandheelkundige zorg
Australië	gedekt, 100%	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	niet gedekt
België	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%
Denemarken	gedekt, 100%	gedekt, 100%	gedekt, 51-75%	gedekt, 1-50%
Finland	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	gedekt, 51-75%	gedekt, 76-99%
Frankrijk	gedekt, 76-99%	gedekt, 51-75%	gedekt, 51-75%	gedekt, 1-50%
Duitsland	gedekt, 100%	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%
Italië	gedekt, 100%	gedekt, 76-99%	gedekt, 100%	gedekt, 1-50%
Japan	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%
Nederland	gedekt, 100%	gedekt, 100%	gedekt, 100%	gedekt, 1-50%
Zweden	gedekt, 76-99%	gedekt, 76-99%	gedekt, 51-75%	gedekt, 1-50%
Verenigd Koninkrijk	gedekt, 100%	gedekt, 100%	gedekt, 100%	gedekt, 76-99%

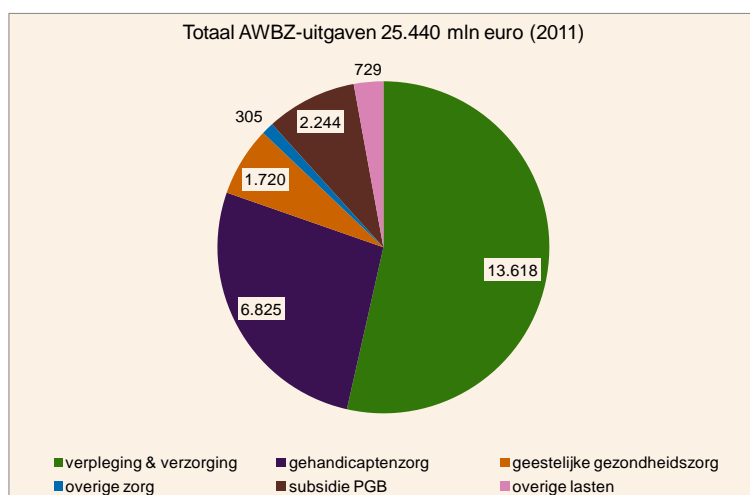
Bron: Health at a glance 2011, table A.4.

<sup>31</sup> Particuliere verzekeraars waren verplicht deze polis te voeren met een door de overheid vastgestelde maximumpremie, een standaardpakket en een acceptatieplicht. Tekorten die verzekeraars bij de uitvoering van de WTZ-verzekering oplepen, worden omgeslagen over alle particulier verzekerden.

De publieke verzekering voor langdurige verzorging, de AWBZ, bestaat in Nederland al veel langer dan in veel andere landen (vanaf 1968) en is over de jaren heen steeds breder geworden. Dit proces heeft zich de laatste vijf jaar omgekeerd, men wil nu de AWBZ meer tot de kern beperken. Indicaties voor de AWBZ worden gesteld door het onafhankelijke CIZ (Centrum indicatiestelling Zorg). Op het ogenblik omvat de AWBZ begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling voor gehandicapten, langdurige psychiatrisch patiënten, ouderen en anderen die zorg nodig hebben. In internationaal perspectief is de dekking van de langdurige zorg nog steeds breed in Nederland, zeker als we ook de Wmo in het beeld betrekken. Hierbij geldt wel dat de Wmo een voorziening is: mensen hebben dus geen recht op bijvoorbeeld huishoudelijke zorg op grond van een verzekering.

Het regeerakkoord van Rutte II bezuinigt 1,2 mld euro op de huishoudelijke verzorging door de aanspraak te beperken tot lage inkomens. Verzorging, begeleiding en dagbesteding worden volgens plan in 2015 overgeheveld naar de Wmo, de aanspraken worden beperkt en het budget wordt taakstellend verlaagd met 1,6 mld euro. De intramurale langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de extramurale verplegingszorg worden in 2015 overgeheveld naar de Zvw. De overblijvende AWBZ, de intramurale zorg voor gehandicapten en ouderen met zorgzwaarte 5 en hoger, wordt omgezet in een voorziening in plaats van een verzekering. De mate van zorg- en risicosolidariteit neemt af, de betaalbaarheid verbetert.

**Figuur 1.8 Uitgaven AWBZ 2011 (mln euro)**



Bron: CVZ.

Het grootste deel van de AWBZ-zorg is zorg in natura zonder noemenswaardige keuze-elementen. Een uitzondering is het persoonsgebonden budget (pgb), ingevoerd om de keuzevrijheid en autonomie van zorggebruikers te vergroten en om geld te besparen op zorg in natura. De afgelopen tien jaar zijn de uitgaven aan pgb's sterk gestegen, zonder dat dit heeft geleid tot een duidelijke teruggang in de uitgaven aan zorg in natura. In 2002 bedroegen de pgb-uitgaven nog maar 400 miljoen euro, in 2011 was dit al gestegen tot 2,2 miljard euro. Vanaf 2012 wordt er bezuinigd op pgb's.



Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schat in dat bijna de helft van de pgb-gebruikers zonder mogelijkheid van een pgb geen zorg in natura gebruikt zou hebben, ook al komen ze in aanmerking voor een indicatie.<sup>32</sup> Men spreekt hier van de vraagstimulerende werking van de pgb-regeling. Dit is volgens het SCP een van de factoren die de groei van het aantal pgb-gebruikers kunnen verklaren, in combinatie met het feit dat het pgb veel later is ingevoerd dan de verzekering voor langdurige zorg. In Duitsland gebeurde dit op hetzelfde tijdstip en is het aantal pgb-gebruikers veel stabiel. Een andere mogelijke verklaring voor het toegenomen gebruik is volgens het SCP dat in Nederland de vergoeding ten opzichte van de vergoeding voor zorg in natura hoger is dan in sommige andere landen (zie tabel 1.13).

**Tabel 1.13 Kostenvergoeding van het pgb als percentage van de kosten van zorg in natura naar extramurale en intramurale zorg (in %)**

	Extramuraal	Intramuraal
	%	
Nederland	75	81-130
Duitsland	45	31
Verenigd Koninkrijk	125	33

Bron: Sadiraj e.a. (2011), gebaseerd op Breda e.a. (2008).

### Aanvullingen op de basisverzekering

De hoge zorgsolidariteit van een breed basispakket in natura laat weinig ruimte voor individuele keuzes. Die ruimte bestaat wel bij aanvullingen op de basisverzekering. Thomson en Mossialos (2009) onderscheiden drie soorten aanvullende verzekeringen: supplementair, complementair en substituten (zie figuur 1.9 en de omschrijving in tabel 1.14).

**Figuur 1.9 Karakterisering van aanvullingen op een basisvoorziening in natura**



De Nederlandse aanvullende verzekeringen voor curatieve zorg zijn vooral complementair, ze verzekeren diensten die niet in het basispakket van de Zvw zitten. Het leeuwendeel van de aanspraken betreft de tandartszorg voor volwassenen en een groot deel van de

<sup>32</sup> Sadiraj e.a. (2011).

fysiotherapie. Voor de aanvullende verzekering vindt geen inkomenscompensatie plaats, er is geen sprake van inkomenssolidariteit. Hoge inkomens kunnen dus in principe eenvoudiger een uitgebreide aanvullende verzekering nemen dan lage inkomens. Maar hoe zit het met de risicosolidariteit bij de aanvullende verzekering? Speelt de gezondheid van de cliënt een rol bij het afsluiten van de verzekering?

**Tabel 1.14 Classificatie van aanvullende zorgverzekeringen**

Type markt	Aard van de dekking	EU voorbeelden
Supplementair	Snellere toegang tot zorg en grotere keuzevrijheid	Ierland, Polen, Roemenie, Spanje, Zweden, VK
Complementair (diensten)	Diensten die niet in het publieke pakket zitten	Denemarken, Hongarije, Nederland
Complementair (eigen betalingen)	Verplichte eigen betalingen in het publieke stelsel	België, Frankrijk, Letland, Slovenië
Substituut	Mensen die buiten het publieke stelsel vallen of er uitstappen	Duitsland

Bron: Thomson en Mossialos (2009).

De markt voor aanvullende zorgverzekering is in beginsel gevoelig voor averechtse selectie. Dit proces houdt in dat mensen met een grotere kans op kosten zich meer verzekeren dan anderen, terwijl de verzekeraar niet goed onderscheid kan maken tussen deze groepen (vooral omdat de verzekeringnemer meer informatie heeft dan de verzekeraar). Als vooral hoge risico's zich verzekeren, zal de schade toenemen en de gemiddelde premie omhoog gaan. Dit kan juist de lage risico's ertoe brengen om zich minder te verzekeren, waardoor de gemiddelde schade nog verder omhoog gaat. Een dergelijke spiraal kan de aanvullende verzekering destabiliseren. De vraag is echter of in de praktijk deze averechtse selectie belangrijk is in Nederland. Het blijkt dat kinderen tussen de 10 en 16 jaar relatief vaak een aanvullende verzekering hebben, wat met de vergoeding voor orthodontie te maken kan hebben. Ook blijkt uit onderzoek van Vektis (2011) dat mensen met hoge kosten in een bepaald jaar het jaar daarna meer geneigd zijn een aanvullende verzekering af te sluiten, en andersom. Er lijkt dus wel sprake te zijn van enige selectie. Maar uit het feit dat in 2012 nog 88% van de verzekerden een aanvullende verzekering afsloot, blijkt dat averechtse selectie voorlopig nog geen groot probleem is.

Als er wel averechtse selectie zou optreden, kunnen verzekeraars in principe bij het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering –in tegenstelling tot de basisverzekering– rekening houden met de gezondheid van de cliënt. Ze mogen personen die een groter risico op hoge zorguitgaven lopen, een hogere premie vragen of zelfs weigeren. Maar behalve in het geval van personen die de meest uitgebreide verzekeringspakketten, of alleen een aanvullende verzekering (geen basisverzekering dus) willen afsluiten, vragen de meeste verzekeraars niet naar de gezondheid van potentiële cliënten.<sup>33,34</sup> Chronisch zieken kunnen de aanvullende verzekering wel zien als een barrière om van verzekering te veranderen. In

<sup>33</sup> Roos en Schut (2012).

<sup>34</sup> De aanvullende verzekering en de basisverzekering hoeven niet bij dezelfde verzekeraar te worden afgesloten.

2008 was 16% van de chronisch zieken bang dat ze niet geaccepteerd zouden worden voor een aanvullende verzekering, tegen 6% in de algemene bevolking.<sup>35</sup> De risicosolidariteit lijkt op dit ogenblik niet erg in het geding te komen bij de aanvullende verzekering.

Thomson en Mossialos (2009) laten zien dat de particuliere verzekering in bijna alle Europese landen meerdere doelen dient. In Nederland is het tweede doel supplementair: extra's zoals dekking voor een eenpersoonskamer in een ziekenhuis. Van de dertig onderzochte Europese landen heeft de particuliere verzekering in 24 landen (mede) een supplementair doel. Tabel 1.15 laat voor 11 landen zien wat de doelen van de particuliere zorgverzekering zijn en wat de supplementaire verzekering omvat als die er is.

**Tabel 1.15 Doelen van particuliere zorgverzekeringen en inhoud supplementaire verzekering**

	Doelen	Supplementaire verzekering
België	Complementair (EB) Complementair (zorg)	
Denemarken	Complementair (zorg) Supplementair	Keuze van arts, particulier ziekenhuis en diagnostiek, snellere toegang
Duitsland	Substituut Complementair (EB) Complementair (zorg) Supplementair	Particulier ziekenhuis, keuze van specialist, financiële vergoeding per dag bij ziekenhuisopname
Frankrijk	Complementair (EB) Supplementair Complementair (zorg)	Betere voorzieningen in ziekenhuis, eigen kamer
Italië	Complementair (zorg) Complementair (EB) Supplementair	Particuliere zorg
Nederland	Complementair (zorg) Supplementair	Eenpersoonskamer in ziekenhuis, een vergoeding per dag bij ziekenhuisopname voor een luxepakket (bv. huur van radio, tv en internetaansluiting, luxe maaltijden)
Verenigd Koninkrijk	Supplementair, vaak als doublure van NHS	Acute zorg (electieve ingrepen) <sup>36</sup> , screening, 'employee health management' processen
Zweden	Supplementair Complementair (EB)	Snellere toegang, particuliere electieve zorg
Australië	Complementair Supplementair	Behandeling in particuliere ziekenhuizen, particuliere zorg in publieke ziekenhuizen, keuze in de timing ingrepen
Japan	Supplementair (ontstaan als aanvulling op levens- verzekering) Complementair	Lumpsum betaling bij ziekenhuisopname voor een bepaalde periode en/of diagnose van kanker of een van een aantal specifieke chronische ziekten
Verenigde Staten	Substituut Complementair	

Bronnen: Thomson en Mossialos (2009), Voorwaarden aanvullende zorgverzekeringen in Nederland, The Commonwealth Fund (2012).  
EB: eigen betalingen.

De supplementaire rol van de particuliere verzekering in het Verenigd Koninkrijk is bijzonder, omdat het lange tijd verboden is geweest om publiek en privaat gefinancierde zorg te combineren in een behandeling. De NHS bood geen enkele ruimte voor eigen keuzes.

<sup>35</sup> Reitsman-Van Rooijen e.a. (2011).

<sup>36</sup> De particuliere verzekering in het VK dekt gewoonlijk geen spoedzorg en zorg voor chronische aandoeningen.

Een illustratief voorbeeld is iemand die 3700 pond betaalde voor een duur medicijn tegen darmkanker dat niet was toegelaten door de NHS, en vervolgens 11.000 pond extra moest betalen als particuliere patiënt voor de behandeling die normaal gesproken wel vergoed werd door de NHS. In 2008 heeft men de regels versoepeld.

Niet alleen in het VK, maar in alle landen is de manier waarop men ruimte laat aan individuele keuzes een lastige afweging. Aan de ene kant staat de vrees voor tweedeling in de zorg, aan de andere kant de hoge kosten van een breed uniform basispakket. Want wil de uniforme kwaliteit van de zorg ook voldoen aan de wensen van de meest veeleisende burgers, dan is het prijskaartje erg hoog. In de rest van deze studie komen we uitgebreid terug op deze afweging.

## Literatuur

Bolin, K., B. Lindgren en P. Lundborg, 2008, Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe, *Journal of Health Economics*, vol. 27, pag. 718-738.

Breda, Jef, Hans Gevers en Caroline van Landeghem, 2008, Het persoonsgebonden budget in Nederland, Engeland en Duitsland. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, Departement Sociologie.

Carmichael, F., S. Charles en C. Hulme, 2010, Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care, *Journal of Health Economics*, vol. 29, pag. 182-190.

CBS, 2008, Gezondheid en zorg in cijfers 2008, Den Haag.

CBS, 2012, Internationale afbakening gezondheidszorg, in: Gezondheid en zorg in cijfers 2012.

Colombo, F. e.a., 2011, Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Dandi e.a., 2012, Long-term care quality assurance policies in European countries, ENEPRI Research Report 111.

Edwards R.D. en S. Tuljapurkar, 2005, Inequality in Life Spans and a New Perspective on Mortality Convergence Across Industrialised Countries, *Population and Development Review*, vol. 31, nr. 4, december.

Faber, R. en E. Mot, 2012, The experience of LTC users, in: E. Mot, R. Faber, J. Geerts en P. Willemé (eds), Performance of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report 117, CEPS, Brussel.

Geerts, J. en P. Willemé, 2012, Projections of LTC expenditures, in: E. Mot, R. Faber, J. Geerts en P. Willemé (eds), Performance of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report 117, CEPS, Brussel, december.

- Heitmueller, A. en K. Inglis, 2007, The earnings of informal carers: Wage differentials and opportunity costs, *Journal of Health Economics*, vol. 26, pag. 821-841.
- Knoops, K. en M. Van den Brakel, 2010, Rijke mensen leven lang en gezond, Inkomensgerelateerde verschillen in gezonde levensverwachting, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jaargang 88, nr. 1.
- Kraus, M., M. Riedel, E. Mot, P. Willemé, G. Röhring en T. Czypionka, 2010, A Typology of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report 91, CEPS, Brussel, augustus.
- Lilly, M.B., A. Laporte en P.C. Coyte, 2007, Labor Market Work and Home Care's Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work, *The Milbank Quarterly*, vol. 85, nr. 4, pag. 641-690.
- Minister van VWS, 2013, Kamerbrief vrijwillig eigen risico en stijgende premie.
- Mot, 2010, *The Dutch system of long-term care*, CPB Document 204, Den Haag.
- Mot, E., R. Faber, J. Geerts en P. Willemé (eds), 2012, Performance of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report 117, CEPS, Brussel, december.
- OESO, 2006, *Society at a Glance 2006: OECD Social Indicators*, OECD Publishing.
- OESO, 2011, *Health at a glance 2011*, OECD Publishing.
- Reitsma-van Rooijen, M. J., D de Jong en M. Rijken, 2011, Regulated competition in health care: Switching and barriers to switching in the Dutch health insurance system, *BMC Health Services Research* 2011, 11:95
- Roos, A. en F. Schut, 2012, Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, vol. 13, pag. 51-62.
- Sadiraj, Klarita, Debbie Oudijk, Hetty van Kempen, John Stevens, 2011, De opmars van het pgb, De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012, Naar beter betaalbare zorg, juni 2012.
- The Commonwealth Fund, 2012, *International Profiles of Health Care Systems*, 2012.
- Thomson, S. en E. Mossialos, 2009, Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, LSE Health and Social Care.
- Vektis, 2011, Verzekerden in beweging 2011, Zorgthermometer, jaargang 16, april 2011.

## 2 Grenzen aan de groei van de zorg

Jasper de Jong en Albert van der Horst

Nederlanders worden steeds ouder en blijven langer gezond, mede dankzij betere gezondheidszorg. In de komende decennia nemen de uitgaven aan de zorg verder toe. In een van de scenario's wordt in 2040 een kwart van het bbp in Nederland besteed aan collectief gefinancierde zorg en werken drie op de tien Nederlanders in de zorgsector. De sectorale verschuiving die hiermee gepaard gaat, is vergelijkbaar met de verschuiving van industrie naar diensten in de periode 1950-2000, die zonder fricties heeft plaatsgevonden.

## 2.1 Gezondheid is belangrijk

Een overgrote meerderheid (79%) van de Nederlanders vindt gezondheid belangrijk voor de kwaliteit van het leven, vergelijkbaar met het belang dat we aan 'liefde, vriendschap en familie' toekennen (Synovate, 2009). Een goede gezondheid stelt ons in staat om te werken, van onze vrije tijd te genieten, deel te nemen aan het sociale verkeer en is misschien daarom inderdaad wel het belangrijkste wat we bezitten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat we bereid zijn veel te betalen voor een goede gezondheidszorg. In 2011 gaven we tachtig miljard euro uit aan curatieve en langdurige zorg. Dat is 4800 euro per Nederlander, ofwel 13,3% van wat er gemiddeld dat jaar in Nederland werd verdiend.<sup>37</sup> Het ziet er bovendien naar uit dat de uitgaven de komende jaren zullen stijgen onder invloed van de vergrijzing, de toenemende medische mogelijkheden en een groeiende welvaart.

Is de hoge waardering voor gezondheid voldoende rechtvaardiging voor de hoge en stijgende zorguitgaven, of zitten er grenzen aan de groei van de zorg? Onderzoek laat zien dat de zorg in de afgelopen decennia heeft bijgedragen aan een betere gezondheid en een hogere levensverwachting. Voor de toekomst is van belang of ook verdere uitbreiding van de zorg gepaard gaat met voldoende baten.<sup>38</sup>

## 2.2 De baten van zorg stijgen

We geven niet voor niets jaarlijks 4800 euro per Nederlander uit aan gezondheids- en langdurige zorg. Al die uitgaven leveren ook wat op: mede door de medische zorg leven wij nu langer en gezonder dan onze landgenoten in 1950. Dat impliceert natuurlijk niet dat elke behandeling, elke gulden en euro die aan zorg zijn uitgegeven ook rendabel zijn geweest. Het is van alle tijden dat voor sommige behandelingen het gezondheidseffect niet bekend is of niet opweegt tegen de kosten. Voor de toekomst verwachten wij dat de zorguitgaven verder zullen stijgen. Zullen de baten daarmee gelijke tred houden – zal extra zorg ook leiden tot een verdere verbetering van de kwaliteit van leven?

### 2.2.1 Baten van zorg: een betere gezondheid

De zorg heeft bijgedragen aan de gezondheid en levensverwachting van de Nederlandse bevolking. Het RIVM heeft voor een drietal behandelingen onderzocht wat de bijdrage is geweest aan de levensduur en de kwaliteit van leven in de periode 1950-2005. Tabel 2.1 toont hun uitkomsten voor infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker. De behandeling van infectieziekten heeft de levensverwachting met ongeveer anderhalf jaar verhoogd en daarnaast ook de kwaliteit van leven verbeterd. In totaal is de levensverwachting door de behandeling van infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker met vier jaar toegenomen en is ook de kwaliteit van leven verbeterd.<sup>39</sup> Dit betekent dat meer dan de helft van de totale stijging van de levensverwachting van zeven jaar in de periode 1950-2005 kan worden

---

<sup>37</sup> Dit percentage is iets hoger dan in de internationale vergelijking van hoofdstuk 1. Het verschil hiertussen is niet tot één post te herleiden.

<sup>38</sup> Dit hoofdstuk is deels gebaseerd op Van der Horst e.a. (2011a).

<sup>39</sup> De kwaliteit van leven wordt uitgedrukt in *quality adjusted life years* (qaly). Pomp e.a. (2007) en Meerding e.a. (2007) zetten uiteen hoe qaly's worden berekend.

toegeschreven aan de zorg. Marc Pomp (2010) voegt aan dit drietal ziektebeelden nog een aantal andere behandelingen toe, zoals de behandeling van stuitligging en van zuigelingen met ondergewicht. Op grond daarvan schat hij dat driekwart van de stijging van de levensverwachting aan verbetering van de zorg is toe te schrijven.

**Tabel 2.1 Hogere levensverwachting door betere zorg bij drie ziektegroepen, 1950-2005**

	Infectieziekten	Hart- en vaatziekten	Kanker
Levensverwachting (jaar)	1,4	2,0	0,6
Kwaliteit van leven ( <i>qaly</i> )	0,2	1,0	0,0
Bron: Meerding e.a. (2007), RIVM (2010)			

Uiteraard zijn dergelijke studies met veel onzekerheid omgeven. Niet voor alle ziektebeelden zijn de baten van medische zorg in beeld gebracht, dubbeltellingen liggen op de loer en het is sowieso buitengewoon lastig een nauwkeurige schatting van het effect van een bepaalde behandeling te geven. Toch geven deze studies voldoende onderbouwing voor de conclusie dat de gezondheidszorg een substantiële bijdrage heeft geleverd aan onze gezondheid

### 2.2.2 Baten van een betere gezondheid

Een betere gezondheid in de vorm van een hogere leefkwaliteit of een langer leven, is waardevol. In de eerste plaats voor mensen die gezonder of langer leven zelf. Zij hebben meer tijd om te genieten van het leven. Zij genieten van samenzijn met familie en vrienden, van vrije tijd en van materiële consumptie.

Economen hebben veelvuldig geprobeerd te kwantificeren hoe waardevol een extra levensjaar is. Daarbij wordt de kwaliteit van leven meegewogen door de gezondheidswinst uit te drukken in equivalenten van een jaar in goede gezondheid: een *quality adjusted life year* (*qaly*). De economische waarde van een *qaly* kan op diverse manieren worden bepaald, bijvoorbeeld door te kijken naar hoeveel we bereid zijn te investeren in verkeersveiligheid in verhouding tot de afname van verkeersslachtoffers, of door gebruik van enquêtes naar de bereidheid van mensen om voor een medische behandeling te betalen. Deze methoden zijn helaas onnauwkeurig en schattingen lopen uiteen van 20.000 tot meer dan 200.000 euro per *qaly*. Bij de afbakening van het basispakket hanteert het College voor zorgverzekering (CVZ, 2010) een range van 10.000 tot 80.000 euro. Ook wij kunnen geen uitspraak doen over de waarde van een *qaly*, maar in een aantal berekeningen speelt deze waarde wel een rol. Wij hanteren daarbij zowel een conservatieve waarde van 20.000 euro als een hogere waarde van 50.000 euro per *qaly*.

Zorg heeft bijgedragen aan de toename van gezondheid en levensverwachting. Op basis van de waarde van een *qaly* kunnen we een voorzichtige inschatting maken van de waarde hiervan. De levensverwachting is tussen 1950 en 2010 met ongeveer negen jaar gestegen, dus met ongeveer anderhalve maand per kalenderjaar. Bij de waarde van een levensjaar van 20.000 euro levert dat per persoon een waarde op van 2500 euro per jaar. Daarvan komt, zoals wij hiervoor hebben gezien, circa twee derde door verbetering van de zorg. Zo bezien levert de zorg ons ieder jaar een waarde op van 1600 euro. Bij een *qaly*-waarde van 50.000



euro is dat zelfs 4000. Opgeteld over alle Nederlanders levert dat een gezondheidswinst op van 4 tot 11% van ons nationaal inkomen.

Dit sommetje belicht slechts één aspect van de waarde van de zorg. Een deel van de waarde zit in het gezondheidseffect van bestaande zorg, zoals zuigelingenverzorging en vaccinaties. Zonder deze basisvoorzieningen in de zorg zou de levensverwachting lager uitkomen. Deze som illustreert het grote belang van gezondheidszorg. Het zegt echter niets over de vraag of er teveel of te weinig aan zorg wordt uitgegeven. Vergelijk het met de waarde van een dijk: dat dijken een grote waarde hebben is evident, maar dat betekent niet dat ook iedere verhoging van dijken zinvol is. Bij zorguitgaven gaat het dus ook om de vraag of de baten van verdere verbetering van gezondheid opwegen tegen de kosten, dus of de marginale baten opwegen tegen de marginale kosten. Voor een goede kosten-batenberekening is verder van belang welke kosten gemaakt zijn om de behaalde winst te bereiken. De kosten van de zorg gaan deels zitten in de hotelfunctie van ziekenhuizen die wel een prettiger verblijf geeft, maar niet leidt tot gezondheidswinst. De kosten zitten verder in de inkoop van nieuwe medicijnen en behandelingen uit het buitenland en het is de vraag in hoeverre de aankoopprijs een goede weerspiegeling is van de ontwikkelingskosten. De studie van Pomp (2010), die uitrekent dat een euro aan zorg 1,10 euro aan baten oplevert, houdt niet onderscheid tussen gemiddelde en marginale kosten en baten geen rekening en doet geen onderzoek naar de werkelijke kosten van zorg. Studies van Cutler (2004) en Murphy en Topel (2006), die hier wel mee rekenen, laten zien dat in de VS de positieve baten van de zorg opwegen tegen de kosten.

### **2.2.3 Baten in de toekomst**

Zal in de toekomst een verdere stijging van de zorguitgaven leiden tot een verdere verbetering van de gezondheid? De potentie is er, gezondheid is ons veel waard en zal dat ook blijven. Door een goede gezondheid kunnen we ook meer werken en consumeren en meer van vrije tijd genieten. Om een aantal redenen kunnen wij ervan uitgaan dat de zorg in de toekomst zijn bijdrage aan onze gezondheid en ons welzijn verder zal vergroten. Allereerst kunnen wij ervan uitgaan dat onze welvaart in de komende decennia verder toeneemt. Daardoor neemt ook de behoefte aan zorg en een goede gezondheid toe. De tweede reden is dat Nederland vergrijsst. Dat betekent dat voor veel mensen de dag waarop ze een serieuze aandoening krijgen, dichterbij komt en daardoor voor hen belangrijker wordt. En ten slotte zal de ontwikkeling van de medische technologie niet stilstaan. Jaarlijks worden er nieuwe en betere medicijnen en behandelmethoden ontwikkeld. Door medisch-wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen kunnen ziekteprocessen steeds eerder worden gesignaleerd en behandelingen steeds beter worden afgestemd op de karakteristieken van de patiënt.

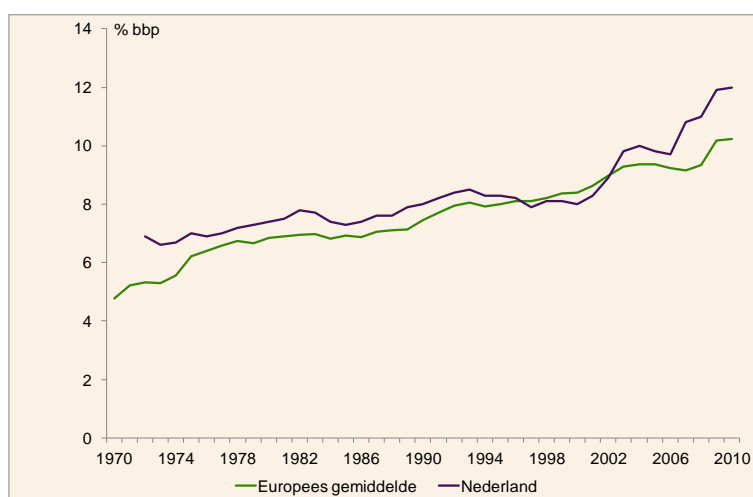
De marginale baten van zorg kunnen echter ook geleidelijk afnemen. De medische wetenschap is al vergevorderd en het kan steeds moeilijker worden om nieuwe medische doorbraken vergelijkbaar met die in het verleden te realiseren. De eis die we aan nieuwe behandelingen stellen, is dat ze beter werken en tot meer gezondheid leiden dan de bestaande behandelingen. Bovendien zijn er aanwijzingen dat nieuwe technologieën die beschikbaar komen, duurder zijn dan in het verleden. Het is dus niet zeker dat in de

toekomst dezelfde gezondheidswinsten tegen lage kosten kunnen worden geboekt als in het verleden. Meer dan in het verleden moet dan een afweging gemaakt worden tussen de baten en kosten van nieuwe behandelingen. Er zijn dan economisch grenzen aan de groei van de zorg. Dat stelt ons vroeg of laat voor de keuze welke behandelingen wel worden toegelaten tot de verzekerde zorg en welke niet.

## 2.3 De zorguitgaven stijgen

In de periode 2001-2011 zijn in Nederland de totale zorguitgaven sterker toegenomen dan ons inkomen en harder dan in de ons omringende landen, zie figuur 2.1.<sup>40</sup> In deze periode groeide de zorg met 4½% terwijl het bbp met 2% per jaar groeide. Deze sterke groei volgde op een periode van aanbodbeheersing en budgettering in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw, wat leidde tot een geringe groei van de totale zorguitgaven, maar ook tot wachtlijsten. In het jaar 2001 werd dit beleid verlaten om de opgelopen wachtlijsten in de zorg te reduceren. Met de invoering van 'boter bij de vis' en 'recht op zorg' werd zowel in de curatieve zorg als in de langdurige zorg extra productie gestimuleerd. Dit beleid heeft de zorguitgaven na het jaar 2000 sneller doen stijgen dan in de ons omringende landen.<sup>41</sup>

**Figuur 2.1** Versnelling in de groei van de zorguitgaven in Nederland (totale zorguitgaven, %bbp)



Bron: OESO; deze OESO-cijfers wijken af van de CBS/CPB-data die verder in dit hoofdstuk worden gebruikt.

### 2.3.1 De uitgavengroei ontrafeld: 1973-2010

In Nederland zijn de zorguitgaven gegroeid van 7½% in 1973 tot 13% van het bbp in 2010. Over de hele periode is de zorg gegroeid met 4% per jaar. Waar komt deze groei van de zorg vandaan? Tabel 2.2 geeft een uitsplitsing van de uitgavengroei.

<sup>40</sup> Het Europese gemiddelde in de figuur bevat de landen: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Italië, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden en Zwitserland. De reeksen in deze figuur zijn niet gecorrigeerd voor reeksbreuken, wat onder andere voor Nederland een overschatting geeft van de oploop van de zorgkosten in recente jaren.

<sup>41</sup> Deze toename lijkt voor een belangrijk deel samen te hangen met wijzigingen in de bekostigingssystematiek in de zorg die is ingevoerd rond het jaar 2000 (Schut, Boone en Douven, 2012).

**Tabel 2.2 Uiteenrafeling van de uitgavengroei in de zorg, 1973-2010**

	Curatieve zorg	Langdurige zorg
Reële groei in %	3,8	4,2
Prijsstijging (zorgprijs t.o.v. bbp-prijs)	0,9	1,0
Volumegroei	2,9	3,2
Bevolkingsgroei	0,6	0,6
Volumegroei per capita	2,3	12,6
wv Inkomen per capita	2,0	2,0
Bevolkingssamenstelling	0,4	1,2
Gezondheid	-0,1	-0,6
Onverklaard	0,0	-0,1

Bron: De Jong (2012).

De eerste oorzaak is dat de prijzen in de zorg harder stegen dan gemiddeld in de rest van de economie. Daarvoor zijn twee redenen: snelle technologische vooruitgang en langzame technologische vooruitgang. In de curatieve zorg worden steeds nieuwe, dure behandelmethodes ontdekt. Dat maakt mede de curatieve zorg duur.<sup>42</sup> In de langdurige zorg is de technologische vooruitgang juist beperkt. Verzorging en verpleging zijn vaak moeilijk te vervangen door computers of machines, ze vereisen handen aan het bed. Omdat de lonen in de zorgsector wel moeten meestijgen met die in de rest van de economie, wordt elke 'eenheid' verzorging of verpleging steeds duurder.

De *hoeveelheid* zorg –het zorgvolume– nam jaarlijks met ongeveer 3% toe. Een voor de hand liggende reden is de bevolkingsgroei. Meer mensen gebruiken meer zorg. De bevolkingsgroei verklaart ongeveer 0,6%-punt van de jaarlijkse uitgavengroei. De meeste groei valt toe te schrijven aan de stijging in het gebruik *per hoofd* van de bevolking: het zorggebruik groeide per hoofd jaarlijks met 2,3% in de curatieve zorg en met 2,6% in de langdurige zorg.

De eerste reden waarom het zorggebruik per hoofd van de bevolking is toegenomen, heeft betrekking op de gemiddelde gezondheid. Nederland vergrijsst, er komen steeds meer ouderen bij. En ouderen gebruiken relatief meer zorg. Vooral in de langdurige zorg lopen de uitgaven snel op met de leeftijd. In tabel 2.2 is het effect van een vergrijzende bevolking ondergebracht onder het kopje 'Bevolkingssamenstelling'. Vergrijzing heeft niet alleen een kostenopdrijvend effect, de stijgende levensverwachting heeft ook een kostenremmend effect. Dat heeft te maken met het gegeven dat een aanzienlijk deel van de zorguitgaven geconcentreerd is in het laatste levensjaar.<sup>43</sup> Met de stijgende levensverwachting stellen wij die kosten verder uit naar de toekomst; dit remt de kosten in de komende jaren. Bovendien gaat de hogere levensverwachting ook samen met een gemiddeld betere gezondheid; ook dit remt de groei van de kosten. Deze beide factoren zijn in tabel 2.2 samengevat onder 'Gezondheid'. Voor de langdurige zorg remt dit de groei met 0,6%-punt; voor de curatieve zorg is het effect beperkt tot 0,1%-punt.

<sup>42</sup> Kwaliteitsverbetering zou in principe in de meting van het volume tot uiting moet komen en niet tot hogere gemeten prijzen moeten leiden. In de praktijk is de kwaliteit en daarmee het volume van zorg lastig te meten, waardoor kwaliteitsverbeteringen mogelijk onterecht tot uiting komen in de vorm van een prijsstijging.

<sup>43</sup> Zie Polder e.a. (2006) en Wong e.a. (2008).

## Waar geven wij het geld in de zorg aan uit?

Binnen de totale zorguitgaven vormt de curatieve zorg de grootste kostenpost, namelijk 51 miljard euro, zie de tabel. De curatieve zorg is ruwweg tweemaal zo groot als de langdurige zorg. Binnen de curatieve zorg neemt de ziekenhuiszorg met 22,4 miljard euro het grootste budget in beslag; dat is ruim 40 procent van de curatieve uitgaven. Daarnaast omvat de curatieve zorg de geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnszorg, uitgaven aan medicijnen en hulpmiddelen en nog wat overige uitgavencategorieën. Binnen de langdurige zorg gaat ongeveer tweederde van de uitgaven op aan ouderenzorg (verzorg- en verpleeghuizen en thuiszorg), een derde gaat naar gehandicaptenzorg.

### Zorguitgaven in 2010

	Zorguitgaven	Collectieve financiering	Private financiering
	mld euro	% totaal	
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	22,4		
Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg	5,4		
Huisartsen, tandartsen, paramedische praktijken	7,4		
Leveranciers van geneesmiddelen, therapeutische middelen	9,1		
Overige gezondheidszorg	6,6		
<b>Curatieve zorg</b>	<b>51,0</b>	<b>78</b>	<b>22</b>
Verstrekkers van ouderenzorg	16,0		
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	7,9		
<b>Langdurige zorg</b>	<b>23,9</b>	<b>93</b>	<b>7</b>
Beleids- en beheersorganisaties	3,0		
<b>Totale zorg (CPB-perspectief)</b>	<b>77,8</b>	<b>82</b>	<b>18</b>

Inclusief verstrekkers van ondersteunende diensten, GGD, arbodiensten en re-integratiebedrijven.  
 Collectieve zorg omvat bijdragen van overheid, Zvw en AWBZ, exclusief eigen betalingen.  
 Private zorg omvat aanvullende verzekeringen, eigen betalingen, eigen bijdrage Zvw en AWBZ en een aantal overige financieringsbronnen.  
 Bron: Eigen berekening op basis van CBS Statline.

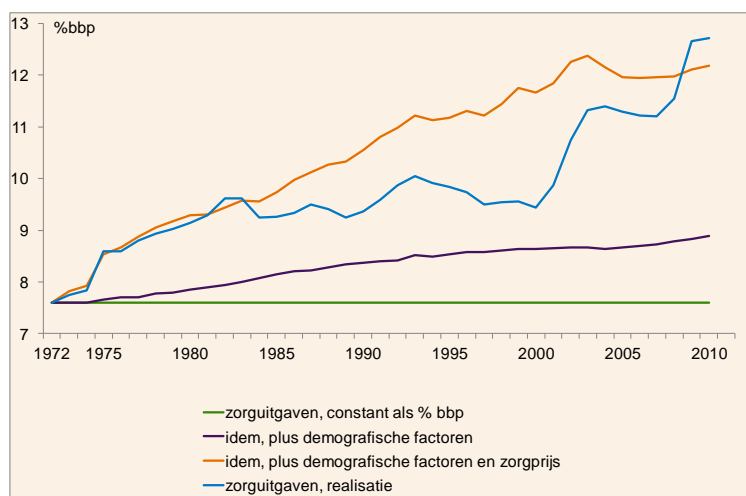
Verreweg het grootste deel van de zorguitgaven –ruim 80%– wordt collectief gefinancierd. Van de curatieve zorguitgaven wordt circa 78% collectief gefinancierd, grotendeels via de Zvw. De private betalingen hebben betrekking op de verplichte eigen bijdrage in de Zvw, de vrijwillig afgesloten aanvullende verzekeringen en overige zorguitgaven. Van de langdurige zorg wordt zelfs 93% door het collectief betaald, vooral via de AWBZ. Verplichte eigen bijdragen bedragen 7% van de uitgaven.

Een tweede en kwantitatief belangrijker factor achter het hogere zorggebruik per hoofd is de gestegen welvaart. We zijn, ondanks de zware economische crisis, nog altijd veel rijker dan we in de jaren zeventig waren. Een deel van die extra welvaart geven we uit aan zorg, net zoals we ook meer uitgeven aan vakanties, kleding, wonen en uit eten gaan. Als we aannemen dat alle bestedingen, inclusief zorg, evenredig groeien, verklaart dit 2,0%-punt van de jaarlijkse groei van de zorguitgaven. Deze aanname is in lijn met empirische studies die de relatie tussen inkomen en zorg in verschillende landen met elkaar vergelijken.

## De onverklaarde groei

Aan de hand van prijsontwikkelingen, bevolkingsgroei, vergrijzing en inkomensgroei zijn we goed in staat de uitgavengroei in de zorg over een langere periode te onderbouwen. Het deel van de groei dat we niet kunnen verklaren, is gemiddeld bijna nul voor de periode tussen 1972 en 2010. Maar dat betekent niet dat we de uitgavengroei in elke deelperiode evengoed kunnen verklaren. Figuur 2.2 laat zien dat in de periode 1972-1982 de werkelijke zorguitgaven in de pas lopen met de verwachte zorguitgaven. In de twintig daaropvolgende jaren blijven de feitelijke uitgaven flink achter bij wat we zouden verwachten op basis van de verklarende factoren. Na de millenniumwisseling vindt een inhaalslag plaats, waardoor het feitelijke uitgavenniveau in 2010 ongeveer op het verwachte niveau ligt.

**Figuur 2.2** Zorguitgaven verklaard vanuit inkomen, demografie en prijs<sup>44</sup>



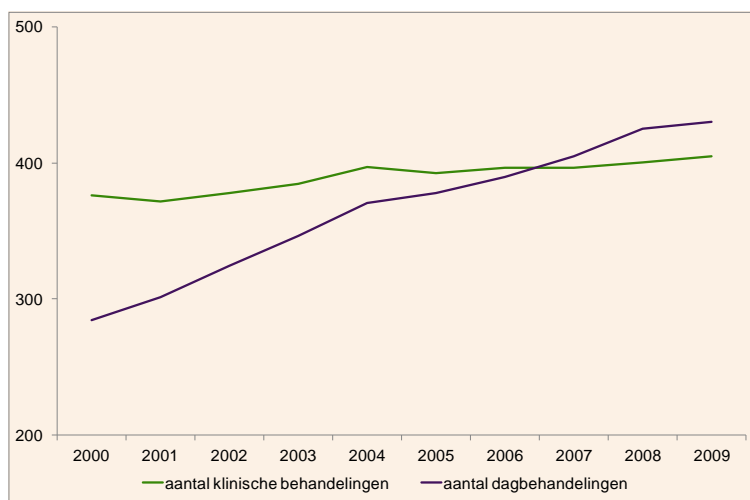
Een mogelijke oorzaak van dit opmerkelijke verschil tussen de feitelijke en verwachte ontwikkeling is de rol van beleid. De periode van 1981-2000 werd gekenmerkt door strakke budgettering die nodig was om het grote overheidstekort in die jaren om te buigen. Dat heeft geleid tot een rem op de zorguitgaven, maar ook tot wachtlijsten. Vanaf 2001 werd de strakke budgettering losgelaten en gold het boter-bij-de-vis-beleid voor het zorgaanbod, waarbij ook het recht op zorg wettelijk werd verankerd.

Gedurende de periode 2000-2007 kende de AWBZ een volumegroei van bijna 4% per jaar. Bij de langdurige zorg is er in de periode 2000-2007 aanzienlijk meer verpleeghuiszorg en extramurale zorg geleverd. Dit komt deels doordat het aantal patiënten is gestegen, maar vooral doordat de zorgzwaarte van de patiënten is toegenomen, zodat meer uren zorg per patiënt geleverd zijn (CBS, 2009). Een sterke groeier was de geestelijke gezondheidszorg. Tussen 2000 en 2007 zijn de GGZ-uitgaven toegenomen met gemiddeld 8% per jaar.

<sup>44</sup> De blauwe lijn in figuur 2.2 geeft de ontwikkeling weer van de zorguitgaven als %bbp sinds 1972. De andere lijnen geven een decompositie voor deze uitgaven vanuit inkomen (de vlakke groene lijn), demografie (verschil tussen paars en groen) en prijzen (verschil tussen oranje en paars).

Ook in de ziekenhuiszorg is het volume sinds 2000 sterk gestegen, zie figuur 2.3. Het aantal klinische behandelingen groeide met gemiddeld 3% per jaar, ondanks de verschuiving in de behandeling naar dagopnames die met 10% stegen. Er trad een groei op van arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen door de afname van de gemiddelde verpleegduur per opname. De lengte van de wachtlijsten nam af en voor alle klinische behandelingen liggen deze in 2011 op of onder de zogenoemde 'Treeknormen' voor de maximaal aanvaardbare wachttijden. Ook vanuit internationaal perspectief bezien is de Nederlandse situatie opmerkelijk. Zo is in de afgelopen tien jaar het aantal ziekenhuisopnames in Nederland veel harder gegroeid en is de gemiddelde ligduur in een ziekenhuis sterker afgenomen dan in de ons omringende landen.<sup>45</sup>

**Figuur 2.3 Operaties in ziekenhuis: Klinische en dagbehandelingen**



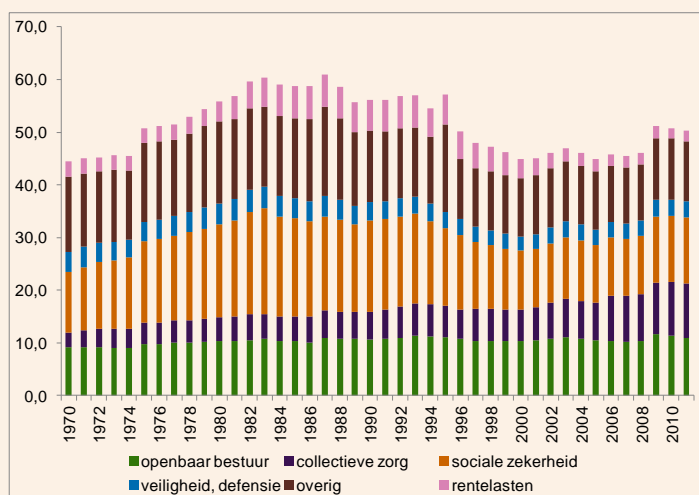
De vraag is nu of de hoge groei vanaf 2000 een tijdelijk of blijvend fenomeen is. Zal de groei in de periode na 2010 terugkeren naar de gemiddelde groei over de afgelopen decennia of structureel hoger blijven? Vooral voor de langdurige zorg lijkt het eerste meer plausibel. Het RIVM (2010) geeft aan dat in deze sector de wachtlijsten na 2001 snel zijn teruggelopen. In de curatieve zorg zijn beide opties mogelijk. Ook voor deze sector geldt dat de groeiversnelling aan het begin van deze periode een reactie was op de budgettering in de jaren daarvoor. Maar er zijn ook aanwijzingen dat de beleidswijzigingen rondom 2001 ervoor hebben gezorgd dat medische innovaties sneller worden geabsorbeerd en dat het aantal behandelingen eenvoudiger uitgebreid kan worden. Bovendien is onzeker welke nieuwe medische technologieën op ons afkomen. Bij de scenario's in de volgende paragraaf houden we rekening met beide opties.

<sup>45</sup> Gebaseerd op Blank e.a. (2011), RIVM Zorgbalans 2012 en OECD Health data 2012.

## Zorg steeds groter deel van collectieve uitgaven

De zorg neemt thans een vijfde deel van de totale uitgaven op de Rijksbegroting in beslag. In 1980 was dat nog 9% van het totaal. In deze periode zijn de stijgende zorguitgaven gecompenseerd door dalingen op andere begrotingsposten, met name de sociale zekerheid (zie de figuur). Ook de uitgaven aan defensie en rentelasten over de staatsschuld zijn in de afgelopen jaren afgenomen. Hierdoor konden de totale collectieve uitgaven zelfs worden teruggebracht in verhouding tot het bbp. Naarmate zorguitgaven een steeds groter deel van de overheidsbegroting vormen, wordt het echter moeilijker de uitgavenstijging op te vangen door bezuiniging op andere begrotingsposten. Zo staat 1% extra aan zorg in euro's gelijk aan bijna 10% van de begroting voor defensie en voor meer dan de helft van de totale begroting voor cultuur.

### Collectieve uitgaven naar functie, 1970-2011, %bbp



### 2.3.2 Scenario's voor de uitgavenontwikkeling: 2010-2040<sup>46</sup>

Het ligt in de lijn der verwachting dat de uitgaven in de toekomst verder stijgen. De vergrijzing zet zich in versterkte mate voort, we worden hopelijk nog wat rijker en de bevolking vertoont in ieder geval nog even een bescheiden groei. Maar hoe groot de groei zal zijn is moeilijk te zeggen. Dat hangt af van een reeks van factoren. Hoe ontwikkelen de leefstijl en levensverwachting van de gemiddelde Nederlander zich? Drijft technologische vooruitgang de kosten op, of leidt vooruitgang juist tot kostenbesparing? En wat is het gevolg van het huidige zorgbeleid voor de uitgavenontwikkeling?

Wij schetsen twee scenario's, die als achtergrondscenario's voor dit boek dienen. Deze twee scenario's geven een bandbreedte voor lage en hoge zorguitgaven. In het eerste scenario nemen wij aan dat de zorguitgaven in de toekomst zich volgens het langjarige gemiddelde (1980-2010) zullen blijven ontwikkelen. Het afgelopen decennium wordt hierin geïnterpreteerd als een tijdelijke inhaalslag volgend op de krappe zorgbudgetten in de jaren tachtig en negentig. In het tweede scenario nemen wij aan dat met het vastleggen van het recht op zorg en de stelselwijziging van 2006 een fundamentele verandering is opgetreden. Zonder een fundamentele herziening van de gezondheidszorg zal dit scenario ook de

<sup>46</sup> Zie Van der Horst e.a. (2011b) voor een uitgebreide toelichting op de scenario's. Daarin correspondeert scenario 1 met *Trendmatige Groei* en scenario 5 met *Betere Zorg*.

komende decennia worden gekenmerkt door een hoge groei van de zorguitgaven. In beide scenario's is het voorgenomen beleid van het tweede kabinet Rutte nog niet meegenomen.

### Scenario *Trendmatige Groei*

Het verhaal achter dit scenario is dat de hoge uitgavengroei tussen 2000 en 2010 tijdelijk was, als reactie op de 'onderdrukte' groei en wachtlijsten in de voorgaande twee decennia. Nu de inhaalgroei achter de rug is en het nieuwe zorgstelsel steeds beter begint te werken, ontwikkelen de uitgaven zich zoals ze dat gemiddeld over de afgelopen dertig jaar deden. Ook in de komende jaren groeien de zorguitgaven mee met het inkomen, de demografische ontwikkelingen en de relatieve prijs van zorg. De laatste factor kan ook staan voor verbetering van de kwaliteit in de zorg.

**Tabel 2.3** In beide scenario's lopen de zorguitgaven op

	2010	2040	
		<i>Trendmatige Groei</i>	<i>Betere Zorg</i>
<b>Levensverwachting bij geboorte (jaren)</b>			
Mannen	78,8	83	88
Vrouwen	82,7	86	90
<b>Zorguitgaven (% bbp)</b>			
Totale uitgaven	13,2	22	31
wv curatieve zorg	8,7	13	21
wv langdurige zorg	4,1	9	9
wv collectieve financiering	10,9	18	25
<b>Kostendeekkende premies (% bruto gezinsinkomen)<sup>a</sup></b>			
Tweeverdiener (modaal inkomen)	23,5	36	47
Toename premiedruk in %-punten			
wv demografie		7	10
wv zorgconsumptie per persoon		5	14
<b>Werkgelegenheid in personen (% totale werkgelegenheid)</b>			
Totaal zorg	12,8	22	29

<sup>a</sup> Kostendeekkende belastingen en premies (% bruto gezinsinkomen), voor een tweeverdiener met anderhalf keer modaal inkomen.

De belangrijkste uitkomsten van het scenario *Trendmatige Groei* zijn weergegeven in tabel 2.3. Conform de bevolkingsprognoses van het CBS<sup>47</sup> neemt de levensverwachting van mannen met ruim vier jaar toe tussen 2010 en 2040, terwijl die van vrouwen met ruim drie jaar stijgt. Door de vergrijzing en de prijsstijging in de zorg nemen de zorguitgaven toe tot 22% van het bbp. Vooral de uitgaven aan langdurige zorg stijgen sterk, omdat die zorg gevoeliger is voor vergrijzing. Over dertig jaar is in dit scenario meer dan een op de vijf personen in Nederland werkzaam in de zorgsector.

Bij een ongewijzigde financieringsmix bedragen de *collectieve* zorguitgaven anno 2040 circa 18% van het bbp. Dat impliceert dat tweeverdieners met een gezinsinkomen van anderhalf keer modaal in 2040 ruim een derde van hun bruto-inkomen aan collectief gefinancierde zorg afdragen, een stijging met 12%-punt ten opzichte van 2010. Deze stijging heeft twee

<sup>47</sup> Van Duin en Garssen (2010).



belangrijke oorzaken. Allereerst neemt het aandeel ouderen in de bevolking toe. Hun zorgkosten moeten worden opgebracht door een steeds kleinere groep werkenden, wat een verhoging van de gemiddelde belasting- en premiedruk van 7%-punt impliceert. De premiestijging vormt een onderdeel van het totale effect van vergrijzing op de overheidsfinanciën, waarvoor beide kabinetten Rutte al diverse maatregelen hebben getroffen, zoals de geleidelijke verhoging van de pensioenleeftijd. Vervolgens neemt de zorgconsumptie per persoon toe onder invloed van de toegenomen vraag naar en beschikbaarheid van medische mogelijkheden, waardoor de kostendeckende premies nog eens 5%-punt hoger uitkomen. Hoofdstuk 3 laat zien wat deze extra groei van de zorglasten betekent voor de herverdeling tussen hoger en lager opgeleide mensen.

### **Scenario *Betere Zorg***

In het scenario met hoge zorggroei zijn niet de afgelopen dertig jaar, maar de afgelopen tien jaar richtinggevend voor de toekomstige zorguitgaven. Met het onderkennen van het 'recht op zorg' is rond de millenniumwisseling een trendbreuk veroorzaakt, waardoor de uitgaven aan curatieve zorg permanent sneller stijgen. Zeker nu de patiënt steeds mondiger en veeleisender wordt. De medische technologie ontwikkelt zich snel en biedt nieuwe mogelijkheden voor diagnose en behandeling. De vraag naar zorg neemt hierdoor toe. De nieuwe technologieën in de curatieve zorg worden zonder belemmeringen geabsorbeerd. Dankzij de verbetering van de zorg en van de medische kennis neemt de gezondheid toe en stijgt de levensverwachting versneld verder. De laatste kolom in tabel 2.3 beschrijft de uitkomsten van het scenario *Betere zorg*.

Wij nemen aan dat de levensverwachting doorstijgt in het tempo van het afgelopen decennium, zodat mannen in 2040 gemiddeld negen jaar en vrouwen zeven jaar ouder worden dan momenteel het geval is. De totale uitgaven aan zorg als percentage van het bbp verdubbelen ruimschoots. De grootste stijging doet zich voor bij de curatieve zorg, als gevolg van medische innovaties. De uitgaven aan langdurige zorg lopen iets hoger op dan in het scenario *Trendmatige Groei*, omdat mensen gemiddeld ouder worden. In dit scenario gaat in 2040 een kwart van het bbp op aan collectief gefinancierde zorg. Dat kost het modale tweeverdienersgezin bijna de helft van het bruto-inkomen, ofwel 24%-punt meer dan in 2010. Deze last komt bovenop de andere belastingen en sociale zekerheidpremies. Van deze toename van 24%-punt voor de zorg komt 10%-punt voor rekening van de veranderende bevolkingssamenstelling; tegenover de resterende 14%-punt hogere premies staat meer en betere zorg (zie hierover het tekstkader *Herverdeling tussen generaties door groeiende zorg*). Tot slot werkt in dit scenario een op de drie personen in 2040 in de zorg.

## Herverdeling tussen generaties door groeiende zorg

De collectieve financiering van Zvw en AWBZ gebeurt door middel van een omslagstelsel, waarbij het zorggebruik door oudere generaties voor een groot deel wordt gefinancierd door de premies van jongere generaties. Verdere stijging van de zorguitgaven vergroot daardoor de overdrachten van de jongere naar de oudere generaties.

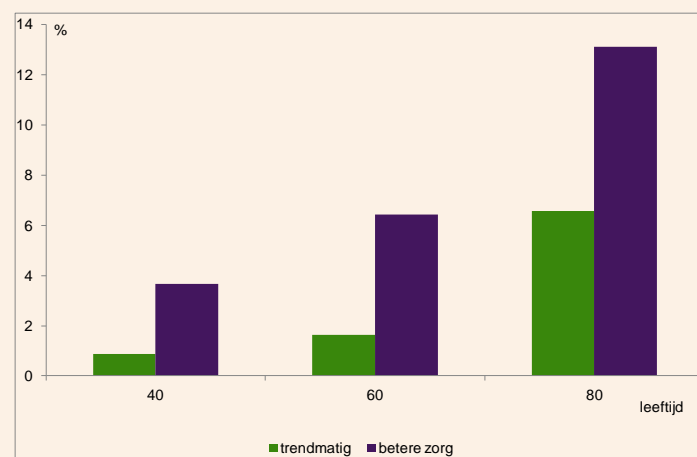
Mede dankzij de koppeling van de AOW-leeftijd aan de levensverwachting zijn de overheidsfinanciën op dit moment 'vergrijzingsproof'.<sup>a</sup> Dat betekent dat ook de uitgavenstijging in de zorg kan worden opgevangen, althans voor het deel dat door demografie wordt verklaard. Iedere stijging die daarboven uitgaat, levert een nieuw probleem op voor de overheidsbegroting. Tabel 2.3 laat zien dat een premiestijging van 5%-punt in het scenario *Trendmatige Groei* tot 14%-punt in het scenario *Betere Zorg* nodig is om deze extra groei van zorg te financieren. De overheidsbegroting is dus weliswaar 'vergrijzingsproof' maar niet 'zorgproof': de te verwachten extra stijging van de zorguitgaven vormt een nog ongedekte rekening.

Deze uitkomst is het gevolg van de omslagfinanciering waarin iedereen een gelijke premie betaalt. Ouderen hebben premie betaald in de periode dat de zorg nog relatief eenvoudig en sober was – deze premie was daarom relatief laag. Zij ontvangen zorg in een periode (nu en in de toekomst) waarin de kwaliteit van de zorg is toegenomen. De rekening hiervoor wordt neergelegd bij de jongere cohorten.

Deze –onbedoelde– overdracht tussen generaties kan op verschillende manieren worden voorkomen. In de eerste plaats kan de overheid ervoor zorgen dat de stijgende zorgpremies in de toekomst worden gecompenseerd door lagere belastingen. Ook kan de overheid andere maatregelen treffen die in de toekomst besparingen op de begroting opleveren. In de tweede plaats kan de overheid het systeem van omslagfinanciering aanpassen. Een radicale variant is om tot kapitaaldekking over te gaan, waarbij iedere generatie voor haar eigen zorg spaart. Een nadeel is dat lang tevoren moet worden bepaald hoeveel er gespaard moet worden, terwijl dan nog weinig zicht bestaat op de behoefte aan en de kosten van zorg.

Een minder radicale variant is om de premie per leeftijdscohort te laten variëren. Deze variant biedt meer flexibiliteit en voorkomt dat een extra spaarverplichting wordt opgelegd. De uniforme premie wordt losgelaten en de premie wordt meer in lijn gebracht met het profijt dat ieder cohort van de (gestegen) zorg heeft. Door de ouderen te laten meebetalen aan de betere zorg die ze krijgen, wordt een onbedoelde herverdeling tussen generaties voorkomen. Voor een aantal leeftijdsgroepen presenteert de figuur hieronder deze lastenstijging voor de variant waarin ieder cohort zelf betaalt voor de extra zorgconsumptie, d.w.z. de stijging bovenop vergrijzing en inkomensgroei. De lastenstijging neemt dan toe met de leeftijd. Tussen nu en 2040 stijgen de jaarlijkse lasten in het *Trendmatige Groei* scenario voor een 40-jarige met 0,9% van het inkomen, en voor 60- en 80-jarigen met respectievelijk 1,6% en 6,6%. Voor hogere leeftijdsgroepen nemen de extra lasten, net als hun zorggebruik, snel toe waardoor extra besparingen ter financiering hiervan onontbeerlijk lijken. In het *Betere Zorg* scenario is de lastenstijging voor de drie leeftijdsgroepen nog veel hoger, doordat in dit scenario de Zvw zeer sterk groeit.

### Leeftijdsspecifieke lastenstijging voor de betere zorg die elke leeftijdsgroep ontvangt in 2011-2040 in % van het inkomen



<sup>a</sup> Zie de CPB-studie *Vergrijzing Verdeeld* (CPB, 2010) en de CPB-analyse van het Financieel Kader van het regeerakkoord (CPB, 2012).

### Scenario's voor de zorguitgaven in internationaal perspectief

Niet alleen in Nederland worden scenario's en projecties van de ontwikkeling van de zorguitgaven gemaakt. Tabel 2.4 geeft een beknopt overzicht van diverse prognoses en scenario's voor verschillende landen. Doordat vele definities van zorguitgaven worden gebruikt, is het lastig de cijfers uit verschillende studies direct met elkaar te vergelijken.

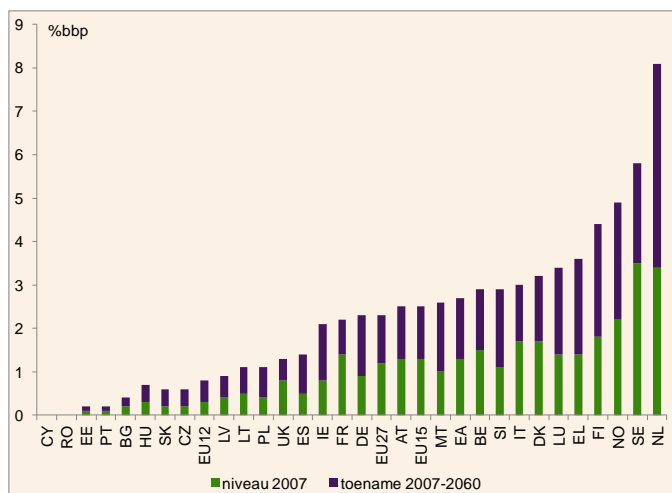
In alle scenario's komt duidelijk naar voren dat de zorg in de komende jaren sneller zal groeien dan het bbp, zowel in Nederland als in andere landen. Uit scenario's van de Europese Commissie (2008, 2009) volgt een duidelijke toename van de collectieve uitgaven aan *curatieve zorg* gedurende de komende halve eeuw. De Europese Commissie en de OESO zijn het erover eens dat de uitgaven aan *langdurige zorg* wel eens (meer dan) kunnen verdubbelen. Hall en Jones (2007) benaderen de toekomst vanuit de gewenste vraag naar zorg. Zij nemen aan dat mensen in de toekomst rijker zullen zijn en een groter deel van hun inkomen aan zorg willen besteden. Ze concluderen dat het optimaal kan zijn als de Verenigde Staten over veertig jaar 30% van het bbp uitgeeft aan zorg. Ook Fogel (2008) acht een bestedingsaandeel van zorg van 30% bbp op termijn in de VS mogelijk wenselijk en denkbaar.

**Tabel 2.4 Scenario's voor de zorguitgaven, internationale vergelijking**

Bron	Land(en)	Collectieve/ totale uitgaven	Periode	Curatieve zorg (stijging % bbp)	Langdurige zorg (stijging % bbp)	Totale zorg (stijging % bbp)
Van der Horst e.a. (2011b)	NL	Totale uitgaven	2010-2040	van 8,7 tot 11,0-20,7	van 4,1 tot 7,4-9,4	
Van der Horst et al. (2011b)	NL	Collectieve uitgaven	2007-2040			van 10,9 tot 15,9-25,4
Europese Commissie (2008, 2009)	EU-15	Collectieve uitgaven	2007-2060	van 6,9 tot 7,6-9,3	van 1,3 tot 2,4-3,2	
Europese Commissie (2008, 2009)	NL	Collectieve uitgaven	2007-2060	van 4,8 tot 5,2-6,6	van 3,4 tot 7,6-9,6	
Hall en Jones (2007)	VS	Totale uitgaven	2008-2050			van 15,4 tot 23-45
Fogel (2008)	VS	Totale uitgaven	2008-2040	van 15 tot 29		
OESO (2006)	OESO-landen	Collectieve uitgaven	2005-2050	van 5,7 tot 6,3-9,6	van 1,1 tot 2,3-3,9	
OESO (2006)	NL	Collectieve uitgaven	2005-2050	van 5,1 tot 5,7-8,9	van 1,7 tot 2,4-4,1	

Nederland springt er op één onderdeel duidelijk uit: de langdurige zorg. De Nederlandse uitgaven aan langdurige zorg zijn in internationaal perspectief al hoog en zullen door de combinatie van vergrijzing en grote formele zorgaanpakken nog verder oplopen. Figuur 2.4 laat zien dat Nederland van alle EU-landen in 2060 het grootste bbp-aandeel aan langdurige zorg uitgeeft. Hierbij is nog geen rekening gehouden met het voorgenomen beleid van het kabinet Rutte II om de AWBZ te versoberen.

**Figuur 2.4 De uitgaven aan langdurige zorg nemen opvallend toe in Nederland, in % bbp**



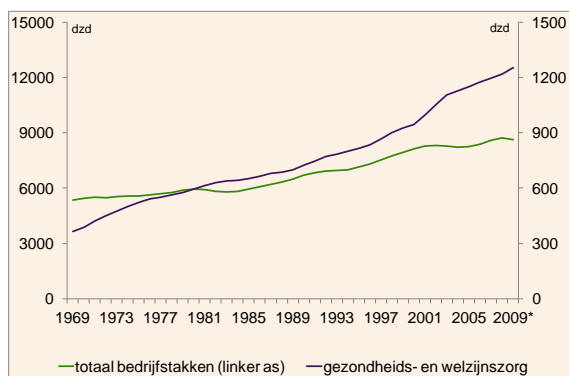
Bron: Europese Commissie (2009), Referentiescenario.

## 2.4 Arbeidsmarkt en economische groei

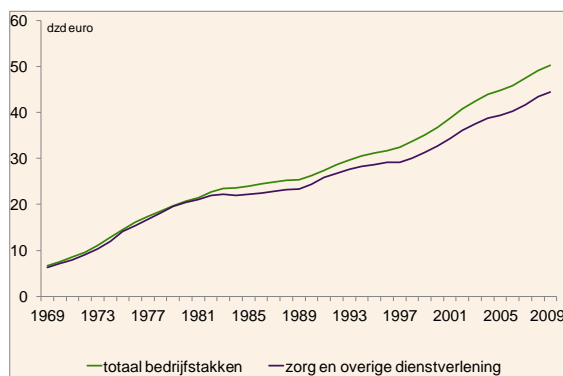
### 2.4.1 Arbeidsmarkt

In de twee scenario's neemt de werkgelegenheid in de zorg in dertig jaar toe met 700.000 personen in het lage scenario en met bijna het dubbele aantal in het hoge scenario, zie Tabel 2.3. Dat is een jaarlijkse groei van 20.000 tot 40.000 personen. In het licht van de groei van de werkgelegenheid in de afgelopen decennia en de in- en uitstroom van personeel is deze toekomstige groei van de werkgelegenheid niet uitzonderlijk. Zo nam in de afgelopen 25 jaar de werkgelegenheid in de zorg met 25.000 personen per jaar toe zonder dat de lonen in de zorg sterk gestegen zijn (zie figuur 2.5). In 2008 –het laatste jaar waarover het CBS rapporteert– bedroeg de netto instroom van personeel in de sector 'zorg en overige dienstverlening' zelfs 44.000 personen, waarmee deze sector goed was voor meer dan de helft van de totale banengroei in dat jaar. Deze netto instroom bestond uit 661.000 mensen die een baan in de zorg vonden en een uitstroom van 617.000 personen. Het saldo van in- en uitstroom is dus klein in verhouding tot de totale stromen op de arbeidsmarkt.

**Figuur 2.5a Werkgelegenheid zorg neemt toe**



**Figuur 2.5b Beloning in zorg blijft achter**



Bron: CBS Arbeidsrekeningen, werkzame personen (1000 personen) en beloning van werknemers per arbeidsjaar (1000 euro).

Kijken wij naar de toekomst, dan betekent de toename van werkgelegenheid in de zorg met in totaal 700.000 à 1,4 miljoen in 2040 een aanzienlijke verschuiving in de werkgelegenheid in Nederland. Tegelijkertijd weten we dat vergrijzing leidt tot een kleiner arbeidsaanbod door een krimpende beroepsbevolking: volgens de studie *Vergrijzing Verdeeld* van het CPB (2010) krimpt het arbeidsaanbod in de komende dertig jaar in totaal met 200.000 personen, namelijk van 8 miljoen naar 7,8 miljoen personen.

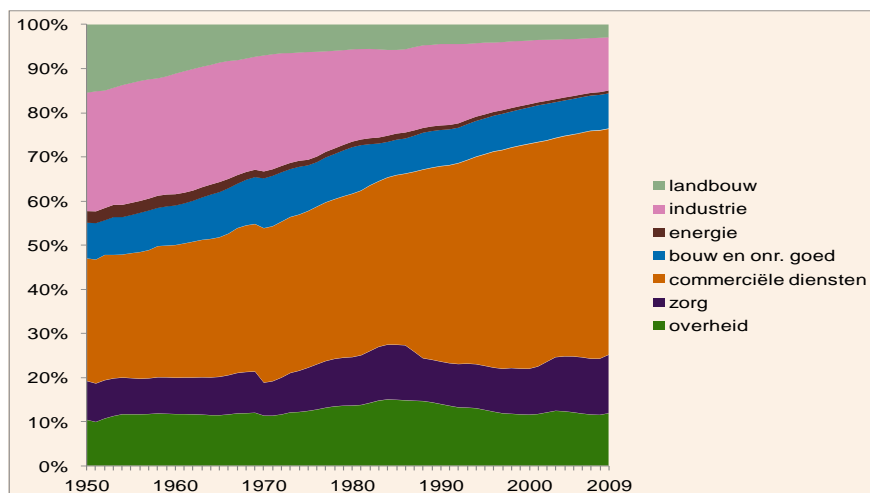
De vrees bestaat dat deze verschuiving in de werkgelegenheid tot spanningen op de arbeidsmarkt leidt en wellicht zelfs tot absolute tekorten aan personeel in de zorg. Deze vrees lijkt niet terecht. In het verleden is gebleken dat de economie zich goed aan dergelijke sectorverschuivingen kan aanpassen. Er treedt een aantal mechanismen in werking. In de eerste plaats zullen meer jongeren kiezen voor een opleiding en een baan in de zorg. In de tweede plaats zullen werknemers uit andere sectoren overstappen naar de zorg. De meeste banen in de zorg zijn niet zo specifiek dat hier grote belemmeringen ontstaan. Dat kan wel optreden bij specifieke functies en functies die een lange opleiding vereisen. In de derde plaats gaan werkgevers in de zorg zich inspannen om extra personeel aan te trekken of ze gaan op zoek naar alternatieve vormen om hun processen in te richten.

In het studiejaar 2011/12 volgde 20% van de studenten in mbo, hbo en wo een opleiding op het terrein van zorg en welzijn. Dat zijn in totaal meer dan 250.000 studenten, van wie elk jaar ongeveer een kwart afstudeert. Dat is aanzienlijk meer dan de benodigde netto instroom in de zorg van 20.000 tot 40.000. Door de grotere vraag naar zorg zullen nog meer jongeren een opleiding in die richting kiezen.

Bij een krappe arbeidsmarkt in de zorg gaan werkgevers zich extra inspannen om personeel te werven. Dat kan via het bieden van betere arbeidsvoorwaarden, maar ook door bijvoorbeeld het opleiden van nieuw personeel, of door het vergoeden van reis- en verblijfskosten voor migranten. De zorg wordt door dergelijke inspanningen van werkgevers aantrekkelijker voor werknemers in andere sectoren. Het arbeidsaanbod komt op deze manier tegemoet aan deze vraag naar personeel in de zorg. Dit aanpassingsproces gaat net zolang door totdat een baan in de zorg weer even aantrekkelijk is als een vergelijkbare baan in een andere sector. Zorginstellingen kunnen ook hun werkproces anders organiseren, bijvoorbeeld door functies waarvoor moeilijk personeel te krijgen is op te splitsen in andere functies, of door verdere automatisering van administratie en routinematige zorg.

De toekomstige verschuiving in de zorg is niet nieuw. Ook in het verleden hebben zich grote verschuivingen in de werkgelegenheid voorgedaan. Figuur 2.6 laat de sectorale verschuivingen zien die zich sinds 1950 hebben voorgedaan. Sinds 1950 is het werkgelegenheidsaandeel van de landbouw geleidelijk afgenomen van meer dan 15% naar minder dan 3%, is de industrie gekrompen, en is het aandeel van de commerciële dienstverlening bijna verdubbeld van 30% naar meer dan 50%. Deze laatste stijging is vergelijkbaar met wat tot 2040 in het hoge scenario voor de zorg wordt verwacht, namelijk een stijging van circa 10% tot 30% van de totale werkgelegenheid.

**Figuur 2.6 Sectorverschuiving in de werkgelegenheid, 1950-2009**



Bron: Huizinga en Smid (2009).

Lee en Wolpin (2010) observeren dat in de Verenigde Staten een vergelijkbare aanpassing niet heeft geleid tot een structurele stijging van de relatieve lonen in de dienstensector ten opzichte van de goederensector. Dit komt doordat aanpassingen in de sectorstructuur worden opgevangen door verschuivingen van keuzes van nieuwe toetreders op de arbeidsmarkt, door de mobiliteit van kapitaal en door de arbeidsreserve van mensen, die kunnen besluiten om te gaan participeren of meer uren te maken zodra de lonen oplopen en werkgevers meer moeite doen om extra personeel te werven. Wat in het verleden heeft plaatsgevonden in de commerciële dienstverlening, kan in de toekomst gebeuren in de zorg. Er is wel één verschil. De verschuivingen in het verleden vonden plaats in een economie met een groeiende beroepsbevolking. Het kan zijn dat in een vergrijzende samenleving aanpassingen trager gaan, en mede daardoor gepaard gaan met grotere veranderingen in de lonen dan in het verleden.<sup>48</sup>

#### 2.4.2 Economische groei

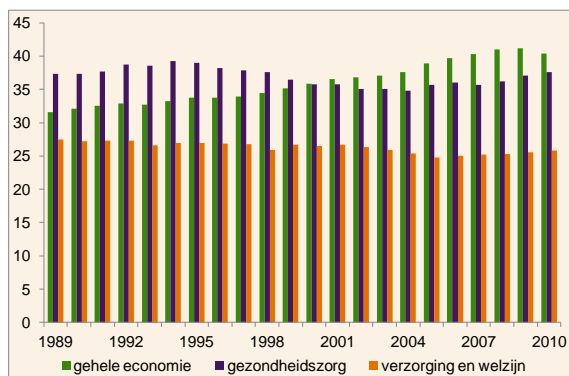
De zorg wordt gekenmerkt door een hoge arbeidsintensiteit: er is naar verhouding veel personeel nodig om een euro aan output te genereren (zie figuur 2.7a). De sterke afhankelijkheid van arbeid blijft ook in de toekomst bestaan, zeker bij de verzorgende taken. De mogelijkheden tot productiviteitsverbetering zijn daardoor in de zorg beperkter dan in veel andere sectoren. Dit uit zich in een lagere productiviteitsgroei, net als overigens in de dienstensector het geval is. Voor de curatieve zorg geldt dat minder, omdat de medische technologie in beginsel wel grote verbeteringen in de kwaliteit kan opleveren.

Figuur 2.7b zet de groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg af tegen die in de rest van de economie. De zorg scoort hier inderdaad verhoudingsgewijs laag, al trekt de productiviteitsgroei in de curatieve zorg de laatste jaren wat aan. De lage groei in de zorg heeft gevolgen voor de groei van de Nederlandse economie als geheel: als een sector met een

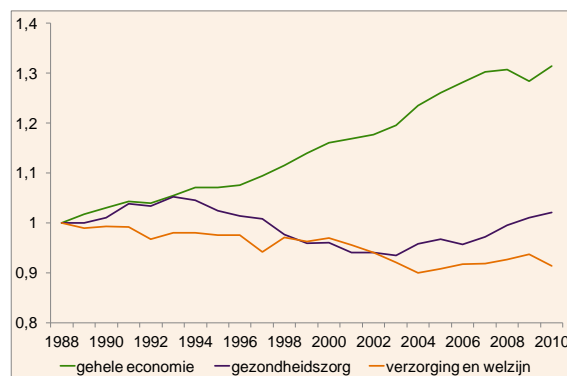
<sup>48</sup> Zie Van Ewijk en Volkerink (2012) voor een verkenning van de loon- en prijseffecten.

lage productiviteitsgroei steeds omvangrijker en belangrijker wordt, dan zwakt de groei van de economie af.

**Figuur 2.7a Arbeidsproductiviteit per uur**



**Figuur 2.7b Ontwikkeling van de productiviteit**



Bron: CBS Statline, eigen bewerking. Linkerfiguur meet productiviteit in euro's van 2005, de rechterfiguur is een index met 1988=1.

Hoe moeten we deze gevolgen voor de economische groei waarderen? Vooral als een logisch en inherent gevolg van een wenselijke ontwikkeling. Neem aan dat ieder voor zich, en de samenleving als geheel, keuzes maakt over haar bestedingspatroon. De samenleving maakt de keuze om steeds meer aan zorg uit te geven, omdat zij dat een waardevolle bestemming van haar middelen vindt – waardevoller dan andere goederen waarvan misschien de productiviteit wel hoger is, maar de bijdrage aan ons welzijn kleiner. In termen van hoofdstuk 4: het is *allocatief efficiënt* om meer uit te geven aan zorg ten koste van andere bestedingsmogelijkheden. Toen in 1973 ons inkomen lager en de bevolking jonger was, besteedden wij 7½% van ons inkomen aan zorg. Nu ons inkomen meer dan verdubbeld is en de bevolking vergrijsd, geven wij meer dan 13% van ons inkomen uit aan zorg (zie figuur 2.1). Dit wijst erop dat de samenleving gekozen heeft voor meer en betere zorg.

Hierbij passen wel drie kanttekeningen. Allereerst is het niet duidelijk wie de keuze maakt over de omvang van de zorgsector, over de uitgaven aan zorg. Veel spelers, zoals overheid, zorgverzekeraar, arts en patiënt, hebben daarbij elk hun verantwoordelijkheid en inbreng. Het is dus niet op voorhand gezegd dat de uitkomst om meer aan zorg uit te geven ook maatschappelijk gewenst is. Vervolgens is niet altijd duidelijk of de zorg wel bij de juiste persoon terecht komt. Collectief is geregeld dat zowel iemand met een gezonde leefstijl en een hoog inkomen, als iemand met een ongezonde leefstijl en een laag inkomen dezelfde zorgverzekering heeft. Krijgen beide personen de zorg die zij nodig hebben en wenselijk achten?

Ten derde valt de waardering een stuk negatiever uit als lagere economische groei het gevolg is van *productieve inefficiënties*. Hiervan is sprake als met dezelfde inzet van personeel, medische technologie en medicijnen meer zorg geleverd zou kunnen worden. Aanwijzing hiervoor zijn grote regionale verschillen in zorggebruik die niet goed verklaard kunnen worden en niet tot aantoonbare verschillen in gezondheid leiden. Het mag duidelijk zijn dat de samenleving profiteert van het verminderen van dit type inefficiënties. Helaas is lang niet altijd duidelijk hoe deze verbetering van de productieve efficiëntie kan worden bereikt. Wij komen hier in hoofdstuk 4 op terug.

## Literatuur

Blank, J., A. Dumaij en B. van Hulst, 2011, Ziekenhuismiddelen in verband: een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009, IPSE Studies, TU Delft.

CPB, 2010, *Vergrijzing Verdeeld*, CPB Bijzondere Publicatie 86.

CBS, 2009.

CPB, 2012, Analyse economische effecten financieel kader Regeerakkoord, CPB Notitie 29 oktober 2012.

Cutler, D., 2004, *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*, Oxford University Press.

CVZ, 2010, Het pakketprincipe kosteneffectiviteit, achtergrondstudie ten behoeve van de 'appraisal' fase in pakketbeheer, Amsterdam.

Duin, C. van en J. Garssen, 2010, Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur, CBS, Den Haag.

Europese Commissie, 2008, The 2009 ageing report: Underlying assumptions and projection methodologies, *European Economy* 7|2008.

Europese Commissie, 2009, The 2009 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060), *European Economy* 2|2009.

Van Ewijk, C. en M. Volkerink, 2012, Will ageing lead to a higher real exchange rate for the Netherlands?, *De Economist*, vol. 160, pag. 59-80.

Fogel, R.W., 2008, Forecasting the cost of U.S. health care in 2040, NBER Working Paper 14361.

Hall, R. en C. Jones, 2007, The value of life and the rise in health spending, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 122, nr. 1, pag. 39-72.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong, 2011a, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief 2011/11.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong, 2011b, Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, CPB Achtergronddocument.

Huizinga, F. en B. Smid, 2009, Vier Vergezichten op Nederland, CPB Document 55.



Jong, J. de, 2012, Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010, CPB Achtergronddocument.

Lee, D. en K. Wolpin, 2010, Accounting for wage and employment changes in the US from 1968-2000: A dynamic model of labor market equilibrium, *Journal of Econometrics*, vol. 156, nr. 1, pag. 68-85.

Meerding, W.J., J.J. Polder, A.E.M. de Hollander en J.P. Mackenbach, 2007, *Hoe gezond zijn de zorguitgaven?*, *Zorg voor euro's-6*, RIVM, Bilthoven.

Murphy, K. en R. Topel, 2006, The value of health and longevity, *Journal of Political Economy*, vol. 114, nr. 5, pag. 871-904.

OESO, 2006, Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?, Economics Department Working Paper 477.

Polder, J.J., J.J. Barendregt en H. van Oers, 2006, Health care costs in the last year of life– the Dutch experience, *Social Science and Medicine*, vol. 63, nr. 7, pag. 1720-1731.

Pomp, M., W. Brouwer en F. Rutten, 2007, QALY-tijd, Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen, CPB Document 152.

Pomp, M., 2010, *Een beter Nederland; De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Balans, Amsterdam.

RIVM, 2010, VTV 2010 Van gezond naar beter, Bilthoven.

Schut, E., J. Boone en R. Douven, 2012, Een passende markt voor gepaste zorg, *Economisch Statistische Berichten*, in ESB dossier: Gepaste Zorg, pag. 18-23, 5 oktober 2012.

Synovate, 2009, De waarde van zorg, Rapport voor de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Amsterdam.

Wong, A., G.J. Kommer en J.J. Polder, 2008, *Levensloop en zorgkosten*, *Zorg voor euro's - 7*, RIVM, Bilthoven.

# 3 De prijs van gelijke zorg

Albert van der Horst en Harry ter Rele

Mensen met een laag inkomen hebben toegang tot kwalitatief goede zorg, maar kunnen niet kiezen voor een soberder en voor hen goedkopere verzekering. Van mensen met een hoog inkomen wordt een steeds grotere bijdrage gevraagd, wat ten koste gaat van de economische groei. Stijgende zorguitgaven stellen de Nederlandse samenleving voor keuzes over zowel het verzekerde pakket, als over de financiering van de zorg.

### 3.1 Verdeling naar inkomen<sup>49</sup>

Het beroep dat mensen op de gezondheidszorg doen, hangt primair af van hun gezondheid, niet van hun inkomen. De financiële vergoeding die zij hiervoor betalen, hangt wel sterk samen met het inkomen en nauwelijks met het zorggebruik. Deze herverdeling in de zorg is mogelijk doordat in Nederland 83% van de zorg collectief gefinancierd wordt, vooral vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De centrale vraag in dit hoofdstuk is wat de groei van de zorguitgaven betekent voor de herverdeling in de zorg, zowel wat betreft het gebruik van de zorg als de financiering. Wat zijn de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor mensen met een verschillend inkomen? Hoe kunnen de collectieve lasten van zorg verdeeld worden, zodat de gezondheidszorg voor lage en hoge inkomens betaalbaar blijft?

Zowel het gebruik als de financiering van zorg verschilt sterk tussen mensen met een verschillende opleiding en daardoor een ander inkomen. Wij zijn vooral geïnteresseerd in de relatie tussen inkomen en zorggebruik over de hele levenscyclus. Als benadering voor de inkomensverdeling hanteren wij de indeling naar opleidingsniveaus. Mensen met alleen basisschool of met een vmbo-diploma en gemiddeld een laag inkomen, maken meer gebruik van de verzekerde gezondheidszorg dan mensen met een hogere opleiding. Voor iemand met een basisopleiding vormt het zorggebruik over het leven gemiddeld ruim 40% van zijn inkomen. Een groot deel van deze zorg betaalt deze persoon per saldo niet zelf, maar krijgt hij vergoed uit de collectieve middelen. Het omgekeerde patroon geldt voor mensen met een hogere opleiding, zij dragen gemiddeld meer bij aan de financiering van de zorg dan zij zelf aan zorg gebruiken.

Deze ongelijkheid in zorggebruik en financiering wordt verder uitvergroot als de zorg in de komende decennia blijft groeien, zoals geschetst in hoofdstuk 2. Met deze sterke groei neemt de gezondheidszorg een unieke positie in. Als de trends van de afgelopen jaren doorzetten, is zorg bij uitstek de grote groeier binnen de collectieve uitgaven. Dit betekent dat ook de vraag naar herverdeling van de totale collectieve uitgaven en lasten, waar zorg een steeds groter onderdeel van vormt, een belangrijk *zorg*thema is.

### 3.2 Verdeling van lusten en lasten

Uit eerdere studies (RIVM, 2010; Kunst e.a., 2007) is bekend dat mensen met een lage opleiding minder gezond zijn en meer zorg gebruiken dan mensen met een hoge opleiding. Tegelijkertijd is het ook een feit dat mensen met alleen een basisopleiding korter leven dan degenen met een hbo- of universitaire opleiding. Dit valt echter niet tegen elkaar weg te strepen. Ook over hun hele leven hebben mensen met een lagere opleiding meer zorg nodig. Daarin speelt een aantal factoren een rol. Mensen met een hogere opleiding zijn gemiddeld genomen gezonder en hebben daardoor minder zorg nodig. Wel leven zij langer en hebben ook zij in de laatste levensfase zorg nodig. Daarbij speelt er een zogenaamd 'samenstellingseffect'. Zeker voor de oudere bevolkingsgroepen geldt dat vrouwen

---

<sup>49</sup> Dit hoofdstuk is gebaseerd op Van der Horst en Ter Rele (2013). De cijfers in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op het Achtergronddocument van Ter Rele en Van der Horst (2013) dat op de CPB-website is gepubliceerd.

gemiddeld minder hoog opgeleid zijn dan mannen. Tegelijk is hun beroep op de zorg, vooral ouderenzorg, groter doordat hun echtgenoten veelal eerder overlijden en dus ook niet voor hen kunnen zorgen. Dit verklaart voor een deel dat in de statistieken lagere opleiding samengaat met een groter beroep op zorg; in dit geval echter zonder direct causaal verband.<sup>50</sup> Een laatste factor die een rol kan spelen in het grotere beroep op zorg door mensen met een lage opleiding, is een gedragseffect waarbij mensen met dezelfde ziekte of beperking toch een ander beroep op collectief gefinancierde zorg kunnen doen. Bijvoorbeeld, doordat mensen met een hoger inkomen kiezen voor private vormen van zorg.

### Levensloop of per jaar

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op verschillen in gebruik en financiering van de zorg door mensen met een verschillend opleidingsniveau. Dit verschil komt het best tot uiting in een vergelijking van cijfers voor de levensloop.

Het eerste voordeel van cijfers op basis van de levensloop is dat het integraal rekening houdt met verschillen in fasering naar leeftijd van zorgkosten en zorggebruik. De tabel verduidelijkt het belang van verschil in fasering. Het laat zien dat op 35-jarige leeftijd zowel iemand met een vmbo als met hbo/wo-opleiding meer voor zorg betaalt dan hij zelf voor zorg nodig heeft. Voor beiden is dit op 75-jarige leeftijd omgedraaid en is het netto gebruik positief geworden. Dat geldt vooral voor de vmbo'er, die echter een lagere levensverwachting heeft. Een berekening over de levensloop houdt rekening met deze verschillen in fasering van lusten en lasten en verschillen in levensverwachting. Al het zorggebruik van een vmbo'er in zijn of haar leven wordt bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door de levensverwachting. Dat laat zien dat een vmbo'er meer van zorg gebruik maakt dan hij of zij via premies en belastingen betaalt. Het netto gebruik van een vmbo'er is dus positief, voor iemand met een hbo/wo-opleiding is dat negatief.

#### Zorgkosten per jaar of over de levensloop, dzd euro

		Berekening per jaar		Levensloop
		35 jaar	75 jaar	Gemiddeld per jaar
Vmbo	Zorgconsumptie	1,5	11,0	3,3
	Zorglasten	3,6	2,3	2,2
	Netto gebruik	-2,1	8,8	1,1
Hbo/wo	Zorgconsumptie	1,3	6,4	2,2
	Zorglasten	6,3	5,3	3,9
	Netto gebruik	-5,0	1,1	-1,7

Het tweede voordeel van de levensloopbenadering is dat rekening gehouden wordt met verschil in levensverwachting. Belangrijke aspecten bij de herverdeling zijn het verschil in betaalde premies en ontvangen zorg. De premies die iemand betaalt zijn mede afhankelijk van de werkzame periode. De ontvangen zorg is mede afhankelijk van de levensduur. Een dwarsdoorsnede op jaarbasis geeft de helft van het plaatje weer, maar mist de dimensie van het aantal jaren dat iemand premie betaalt en zorg gebruikt.

<sup>50</sup> Dit betekent dat het in dit hoofdstuk gevonden verband tussen opleiding en zorggebruik met enige voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd. Het is vrij zeker dat er een verband is, maar de omvang wordt mede bepaald door het genoemde samenstellingseffect.

Tabel 3.1 geeft inzicht in de verdeling van het zorggebruik over mensen met verschillende opleidingen. Het zorggebruik wordt hier gemeten als het gebruik van zorg dat mensen met een bepaalde opleiding gemiddeld jaarlijks in hun leven maken (zie tekstkader *Levensloop of per jaar* voor een toelichting). Neem bijvoorbeeld iemand met een vmbo-diploma die gemiddeld 81 jaar wordt.<sup>51</sup> Gedurende haar of zijn leven varieert het zorggebruik van gemiddeld 1500 euro in de leeftijd van 0 tot 45 jaar tot 24.000 euro boven de 80 jaar. Gemiddeld genomen komt dit overeen met een bedrag van 3200 euro per jaar, wat voor deze persoon neerkomt op 34% van het gemiddelde bruto inkomen over de levensloop.

**Tabel 3.1 Gemiddeld zorggebruik en zorglasten per opleidingsgroep, 2011**

	Opleidingsniveau			
	Basisschool	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo
dzd euro per jaar <sup>a</sup>				
<b>Zvw</b>				
Zorggebruik	2,1	2,2	1,8	1,7
Zorglasten	1,2	1,4	1,7	2,2
dzd euro per jaar <sup>a</sup>				
<b>AWBZ</b>				
Zorggebruik	1,1	1,0	0,4	0,4
Zorglasten	0,6	0,8	1,2	1,7
dzd euro per jaar <sup>a</sup>				
<b>Totaal (Zvw + AWBZ)</b>				
Zorggebruik	3,2	3,2	2,2	2,0
Zorglasten	1,8	2,2	2,9	4,0
Netto gebruik	1,4	1,0	-0,7	-1,9
% inkomen				
<b>Totaal (Zvw + AWBZ)</b>				
Zorggebruik	40,8	33,7	17,4	10,6
Zorglasten	22,8	23,1	22,7	20,5
Netto gebruik	18,0	10,5	-5,3	-9,9

<sup>a</sup> Deze tabel presenteert het zorggebruik en de zorglasten, waarbij het zorggebruik over de levensloop wordt gemeten, uitgaande van de arrangementen van 2011. De cijfers worden gepresenteerd als gemiddelde jaarlijkse bestedingen en lasten.

Het gebruik van de collectief verzekerde zorg neemt sterk af met de opleiding. Zo maakt iemand met alleen basisonderwijs jaarlijks voor ruim 3000 euro gebruik van de zorg (Zvw + AWBZ), anderhalf keer zoveel als iemand met hbo/wo-opleiding. Nadere analyse laat zien dat dit verschil in zorggebruik vooral komt door een ongelijk beroep op de AWBZ. Mensen met een hogere opleiding maken relatief minder gebruik van AWBZ-zorg (gemiddeld 400 euro per jaar) dan mensen met een vmbo-opleiding (1000 euro), of basisopleiding (1100 euro). Dit komt vooral doordat mensen met een lagere opleiding een groter beroep doen op de collectief gefinancierde zorg, terwijl mensen met een hogere opleiding langer thuis blijven wonen en hun zorg vaker zelf regelen en financieren (SCP, 2012).<sup>52</sup>

<sup>51</sup> De verschillen in levensverwachting in deze studie zijn ontleend aan TNO (2002). Deze wijken enigszins af van de verschillen die zijn berekend door het CBS.

<sup>52</sup> Hier speelt ook het samenstellingseffect; het gaat vooral om vrouwen die van de intramurale zorg gebruik maken. De huidige cohorten van oudere vrouwen hebben in de regel een lagere opleiding.

De verschillen naar opleiding zijn kleiner bij het gebruik van geneeskundige zorg. Het beroep op de collectieve voorzieningen varieert van 1700 euro voor mensen met een hbo/wo-opleiding tot 2200 euro voor mensen met een vmbo-opleiding. Dit verschil wordt grotendeels verklaard, doordat mensen met een lagere opleiding een slechtere gezondheid hebben. Een duidelijke aanwijzing hiervoor is de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en zonder chronische ziektes. Voor mensen met een hbo/wo-opleiding is die op dit moment ruim 13 jaar respectievelijk 11 jaar langer dan voor iemand met een basisopleiding (CBS, Statline). Dit beeld wordt bevestigd in een econometrische studie van Kunst e.a. (2007). Deze studie laat zien dat de verschillen in zorggebruik grotendeels verklaard worden door verschillen in gezondheid, waarbij mensen met een lagere opleiding minder gezond zijn en daarom meer zorg nodig hebben. Dat hoger opgeleiden langer leven en daardoor langer gebruik maken van zorg, weegt in termen van zorgkosten over de levensloop niet op tegen het effect van de gezondheidsverschillen.

De financiering van de zorg vertoont het omgekeerde patroon. Rekening houdend met het door de werkgever betaalde inkomensafhankelijke deel van de zorgpremie, betalen mensen met een hogere opleiding twee keer zoveel voor zorg als mensen met een basis- of vmbo-opleiding. Zij betalen dus zowel voor hun eigen zorg als voor de zorg van mensen uit de lagere inkomensklassen. Voor mensen met een hbo/wo-opleiding bedraagt het verschil tussen gebruik en betaling per jaar gemiddeld 1900 euro, hun hele leven lang. Dat komt neer op 10% van hun inkomen (zie netto gebruik in tabel 3.1). Dit verschil is een indicatie van de prijs van de solidariteit van mensen met een hoger inkomen met mensen met een lager inkomen in het huidige zorgsysteem.

### 3.3 Het zorggebruik bij stijgende zorgkosten

Wat gebeurt er met de herverdeling in de zorg als de zorguitgaven verder stijgen? Voor een antwoord op deze vraag wordt gebruik gemaakt van de scenario's uit hoofdstuk 2. Het scenario *Betere Zorg* wordt gekenmerkt door hoge groei van de zorguitgaven. Dit scenario kan worden gezien als een voortzetting van de ontwikkeling van de afgelopen tien jaar, waarbij de reële zorguitgaven jaarlijks met 4% groeiden. Deze groei komt deels door demografische factoren, maar is vooral toe te schrijven aan de toename van de kwaliteit en kwantiteit van het zorggebruik per individu. In het scenario *Trendmatige Groei* vlakt de groei af tot ruim 3% per jaar, met name door de lagere groei van de kwaliteit en kwantiteit van het zorggebruik.

Tabel 3.2 presenteert de verdeling van het zorggebruik tussen verschillende opleidingsniveaus bij verdere groei van de zorguitgaven, gemeten in 2040. Als de zorg zou blijven zoals in 2011, namelijk 13% van het bbp, dan loopt het zorggebruik uiteen van 2000 euro per jaar voor een hbo'er of wo'er tot ruim 3000 euro voor vmbo'ers en mensen met basisopleiding. In het scenario *Trendmatige Groei* verdubbelt het zorggebruik. In het scenario *Betere Zorg* verdrievoudigt het Zvw-gebruik, doordat iedereen meer en betere zorg gebruikt. Het resultaat van deze stijging is dat het zorggebruik van mensen met een lage opleiding toeneemt van 41% naar 71% van hun bruto inkomen, zorg waarvoor zij overigens

maar gedeeltelijk zelf betalen. Voor mensen met een hoge opleiding loopt het beroep op collectieve zorgregelingen voor eigen gebruik op tot ongeveer een vijfde van hun inkomen.

**Tabel 3.2 Zorggebruik naar opleiding (2011 en 2040)<sup>a</sup>**

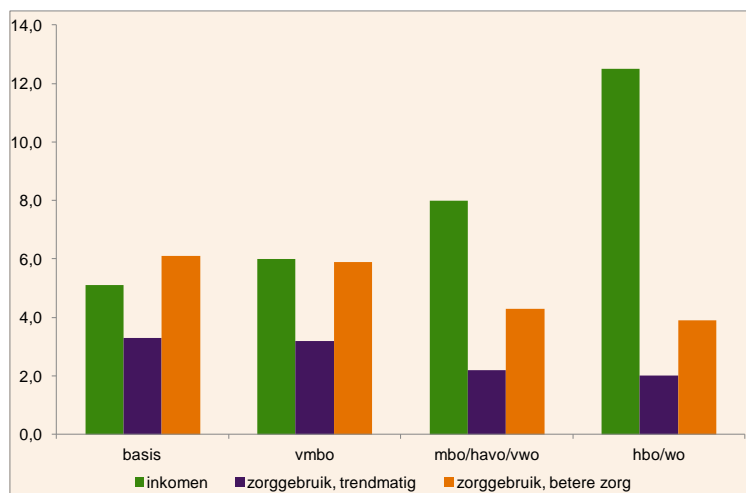
	Opleidingsniveau			
	Basis	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo
<b>Gemiddeld gebruik in dzd euro's</b>				
2011-regelingen	3,2	3,2	2,2	2,0
Toename, <i>Trendmatige Groei</i>	3,3	3,2	2,2	2,0
2040, <i>Trendmatige Groei</i>	6,5	6,4	4,4	4,0
Toename, <i>Betere Zorg</i>	6,1	5,9	4,3	3,9
2040, <i>Betere Zorg</i>	9,3	9,1	6,5	5,9
<b>Gemiddeld gebruik in % bruto inkomen</b>				
2011-regelingen	40,8	33,7	17,4	10,6
Toename, <i>Trendmatige Groei</i>	9,6	7,7	3,8	2,3
2040, <i>Trendmatige Groei</i>	50,4	41,4	21,2	12,9
Toename, <i>Betere Zorg</i>	30,2	24,5	13,6	7,8
2040, <i>Betere Zorg</i>	71,0	58,2	31,0	18,4

<sup>a</sup> Collectieve zorgconsumptie per opleidingsgroep volgens de zorgregelingen van 2011 en 2040. De zorgconsumptie is berekend als de optelsom over de gehele levensloop, waarvan vervolgens het gemiddelde per levensjaar is bepaald.

Deze ontwikkeling van het zorggebruik voor lage en hoge inkomens wijst op een belangrijk dilemma voor de toekomst van de zorg: in hoeverre accepteren wij dat de toename –vooral voor de lage inkomens– ten koste gaat van andere bestedingsmogelijkheden? Bij ongewijzigd beleid neemt het zorggebruik van alle mensen sterk toe, ongeacht hun opleiding. Zowel mensen met een hogere, als die met een lagere opleiding krijgen meer en betere zorg. Deze toename gaat echter ten koste van de overige bestedingen, zoals die aan onderwijs, voeding, kleding of luxe artikelen, hetgeen vooral voor de lage inkomens zwaar telt. Een cijfervoorbeeld kan dit verhelderen. Neem iemand met een basisopleiding. Figuur 3.1 laat zien dat zijn of haar jaarinkomen met ongeveer 5000 euro toeneemt in de periode tot 2040. In deze periode neemt het jaarlijkse zorggebruik van deze persoon in het *Betere-Zorg-scenario* toe met 6000 euro. Deze persoon krijgt de volgende keuze voorgelegd: 6000 voor meer en betere zorg of dit bedrag –of een deel ervan– in de vorm van vrij besteedbaar inkomen. Valt de keuze op de beste zorg die in 2040 voorhanden is, dan neemt het beschikbaar inkomen niet of nauwelijks toe.<sup>53</sup> Echter, wordt er gekozen voor zorg gelijk aan het huidige kwaliteitsniveau, dan neemt het beschikbaar inkomen wel sterk toe. Indien de voorkeur van de mensen met een lager inkomen uitgaat naar de tweede optie dan kiezen zij voor minder groei van de zorg om zo ook inkomen over te houden voor andere bestedingen. Bij een collectief zorgstelsel kunnen mensen deze keuze echter niet zelf maken. Wanneer hogere groei collectief via de Zvw en de AWBZ wordt opgelegd, dan leidt dat feitelijk tot meer gebruik van zorg dan waar zij zelf voor zouden kiezen.

<sup>53</sup> De vraag of het besteedbaar inkomen toeneemt, hangt af van de wijze van financieren van stijgende zorguitgaven. Paragraaf 3.4 gaat daar verder op in.

**Figuur 3.1 Stijging van zorggebruik en inkomen tussen 2011 en 2040, dzd euro**



Op basis van meting van het gemiddelde inkomen en zorggebruik over de levensloop.

### 3.3.1 Naar een soberder doch medisch verantwoord basispakket

Het zorggebruik sluit mogelijk beter aan bij individuele voorkeuren als de uniformiteit in de zorg wordt losgelaten en een zekere differentiatie wordt toegestaan. Deze differentiatie wordt belangrijker naarmate de zorg een groter beslag legt op het totale inkomen. Mensen met een laag inkomen zouden meer baat kunnen hebben van een extra euro inkomen in plaats van een euro zorg.

De keuze voor een kleinere groei van het basispakket hoeft mensen met een lagere opleiding en relatief laag inkomen niet te benadelen. Integendeel, als de uitgespaarde middelen via lastenverlaging worden teruggesluisd naar deze groep, kan het de welvaart van deze groep verhogen. Hun totale bestedingen aan zorg en andere consumptie blijven gelijk, maar zij hebben meer mogelijkheden om hun bestedingen naar hun eigen wensen vorm te geven. Tegenover een soberder toekomstig basispakket staan ruimere bestedingsmogelijkheden op andere terreinen.

Bij ongewijzigde financiering van de zorg krijgen laagopgeleiden in het scenario *Betere Zorg* in de komende dertig jaar wel veel meer zorg, maar hun beschikbaar inkomen neemt nauwelijks toe. De bestedingsmix tussen consumptie en zorg verschuift dus in de richting van zorg.

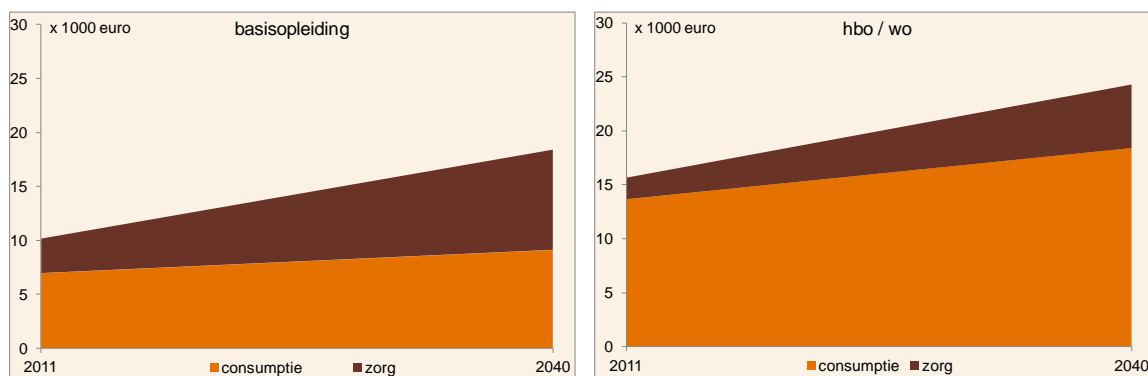
Figuur 3.2 geeft een beeld van hoe in dit scenario de particuliere consumptie en het collectieve zorggebruik zich in de periode 2011-2040 ontwikkelen bij personen met alleen basisonderwijs (zie linker figuur) en personen met een hbo/wo-opleiding (zie rechter figuur).<sup>54</sup> Bij personen met alleen basisonderwijs is nauwelijks sprake van een stijging van de

<sup>54</sup> Deze figuren dienen ter illustratie. Bij de bepaling van de omvang van de consumptie van de groepen is het netto inkomen van een persoon met basisopleiding bij de regelingen van 2011 gemiddeld over het leven gelijkgesteld aan 88% van het bruto loon. Bij een persoon met hbo/wo-opleiding is dit 70%. Dit zijn ruwe schattingen op basis van bruto-nettotrajecten voor 2011. Tevens is aangenomen dat het netto inkomen geheel wordt geconsumeerd. De lastenstijging in

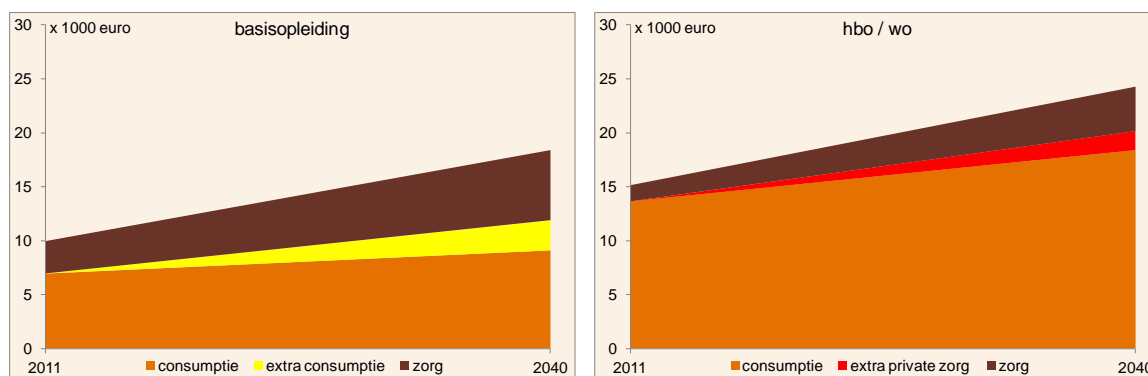


particuliere consumptie. Dit wijkt aanzienlijk af van de verhouding tussen de stijging van zorggebruik en inkomen in het verleden.<sup>55</sup> Bovendien is het de vraag of deze scheve verhouding de voorkeuren van mensen met een lage opleiding weerspiegelen. Immers, van elke euro die iemand met basisinkomen extra besteedt, gaat 74 cent naar zorg. Bij de hoogopgeleiden is de stijging van de totale consumptie gelijkmatiger over beide bestedingscomponenten verdeeld. Van elke euro die iemand met een hbo/wo-opleiding extra besteedt, gaat 45 cent naar zorg en 55 cent naar andere vormen van consumptie.

**Figuur 3.2** Ontwikkeling zorg en consumptie in 2011-2040 naar opleiding in het scenario *Betere Zorg*



**Figuur 3.3** Ontwikkeling zorg en consumptie in 2011-2040 naar opleiding, met kleinere groei van het basispakket



De balans tussen zorg en consumptie kan meer in evenwicht komen als er meer differentiatie in de zorg komt. Figuur 3.3 laat zien wat er gebeurt als mensen minder (extra) zorg krijgen, maar meer geld vrij te besteden hebben. Twee beleidswijzigingen hangen hier met elkaar samen. Aan de ene kant groeit het basispakket niet een op een mee met de groei van de zorg. Aan de andere kant levert dat een besparing op die wordt teruggesluisd in de vorm van een korting op de zorgpremie. Mensen met een lage opleiding krijgen hierdoor extra

de periode 2011-2040 is ontleend aan tabel 3.4 (zie hierna, bij de variant 'huidige beleidsmix') en bedraagt 17,9% van het bruto loon voor een persoon met basisopleiding en 12,5% voor een persoon met hbo/wo-opleiding.

<sup>55</sup> De verhouding tussen de stijging van zorggebruik en inkomen blijkt in het verleden veel meer in de buurt van de 1 te zijn geweest, zie bijvoorbeeld Acemoglu e.a. (2009) en Van der Horst e.a. (2011). Bij de hier geschetste mix zou deze aanzienlijk hoger zijn.

bestedingsruimte. Het staat hen dan vrij om het extra beschikbare inkomen aan te wenden voor consumptie, dan wel om zich bij te verzekeren.<sup>56</sup> Deze verschuiving van collectieve zorg naar extra consumptie wordt weergegeven in het linker paneel van figuur 3.3. Bij de hoogopgeleiden kan differentiatie juist leiden tot uitbreiding van de verzekerde zorg. Dit wordt weergegeven in het rechterpaneel van figuur 3.3. Een alternatief kan zijn om een splitsing aan te brengen in de collectieve zorg. Mensen met hoge inkomens krijgen dan een uitgebreidere verzekering tegen een hogere premie dan mensen met een lager inkomen.

### 3.4 Financiering, als de zorguitgaven stijgen

De stijging van de collectieve zorguitgaven leidt tot een tweede verdelingsvraag: wie gaat ervoor betalen? Een fundamentele keuze is tussen gelijke lasten voor iedereen, of het verdelen van de lasten naar rato van het inkomen. In de berekeningen wordt opnieuw een levensloopbenadering gehanteerd, waarbij wij ons richten op de premiestijging die het gevolg is van de stijgende zorgconsumptie per persoon. Wij laten dus de financiering van de hogere lasten vanwege de vergrijzing hier buiten beschouwing. Wij nemen aan dat die door andere maatregelen in het kader van de vergrijzing zijn gedekt, onder andere door de verhoging van de AOW-leeftijd (zie het kader *Herverdeling tussen generaties door groeiende zorg* in hoofdstuk 2). Wederom worden de twee scenario's gebruikt uit de vorige paragraaf.<sup>57</sup>

**Tabel 3.3 Drie opties voor de financiering van hogere zorguitgaven (stijging tussen 2011 en 2040)**

	Trendmatige groei		Betere zorg	
	Nominale premie	Procentuele premie	Nominale premie	Procentuele premie
	euro	%	euro	%
(1) Hogere nominale premie	850		2750	
(2) Hogere inkomensafhankelijke premie		4,3		14,0
(3) Huidige beleidsmix	175	3,2	975	8,9

Tabel 3.3 schetst drie opties voor de financiering van de zorg. De eerste optie gaat uit van de keuze om iedereen in gelijke mate te laten meebetalen aan de extra zorg. In deze optie wordt de *stijging* van de zorguitgaven gelijk omgeslagen over iedere Nederlander ouder dan 18 jaar, ongeacht zijn of haar inkomen. Dit betreft zowel de stijging van de curatieve zorg (Zvw) als van langdurige zorg (AWBZ). Anno 2040 wordt iedere Nederlander, ongeacht zijn inkomen, voor een bedrag van 850 tot 2750 euro extra aangeslagen.<sup>58</sup> Dit grote verschil in extra premie komt doordat het zorggebruik in het scenario *Betere Zorg* 2000-3000 euro hoger is dan in het scenario *Trendmatige Groei* (zie tabel 3.2).<sup>59</sup>

<sup>56</sup> Een alternatief voor deze keuze kan zijn om een splitsing aan te brengen in de collectieve zorg. Hoge inkomens krijgen dan een uitgebreider stelsel van collectieve zorg en tegen hogere kosten dan mensen met een lager inkomen.

<sup>57</sup> Technisch gesproken laten wij de intergenerationele herverdeling buiten beschouwing en brengen wij de intragenerationele herverdeling in kaart.

<sup>58</sup> Om de vergelijking met de huidige situatie mogelijk te maken, is de nominale premie uitgedrukt in verdiende euro's van 2011, waarbij gecorrigeerd is voor zowel de verwachte inflatie als de reële stijging van het inkomen.

<sup>59</sup> De stijging van het zorggebruik is groter dan de premiestijging. De reden hiervoor is dat de premiestijging eerder in de levensloop plaatsvindt dan het zorggebruik. Bedragen in de toekomst worden sterker verdisconteerd dan bedragen uit nabijere jaren.

Een alternatieve keuze is om de stijging van de zorguitgaven te financieren naar rato van het inkomen. Dan worden de hogere zorgkosten volledig gefinancierd uit inkomensafhankelijke premies. Onder de veronderstelling dat de extra premies worden geheven over alle schijven van de inkomstenbelasting, is een premiestijging van 4 tot 14%-punt nodig, afhankelijk van het groeitempo van de zorguitgaven. De stijging met 14%-punt in het scenario *Betere Zorg* is nodig om de toename van het zorggebruik –variërend van 8 tot 30% van het inkomen (zie tabel 3.2)– te financieren. Bij het scenario *Trendmatige Groei* neemt het zorggebruik minder sterk toe en volstaat een premiestijging van 4%-punt.

Het huidige beleid (derde optie) kan worden gezien als een mix van deze twee opties. De stijging van de Zvw-uitgaven leidt dan tot een stijging van zowel de nominale premie als van de inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage. De hogere AWBZ-uitgaven worden gefinancierd uit een hogere AWBZ-premie. In het scenario met hoge groei neemt de nominale Zvw-premie met 975 euro toe en worden de inkomensafhankelijke premies voor Zvw en AWBZ samen 9%-punt hoger.

De gevolgen van hogere premies voor de zorglasten zijn zichtbaar in tabel 3.4. In 2011 was iedereen, ongeacht zijn of haar opleiding, ruim 20% van het bruto inkomen kwijt aan zorg.<sup>60</sup> De rest van de tabel maakt inzichtelijk hoe de zorglasten toenemen voor mensen met lage of hoge inkomens. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar drie alternatieve financieringsvormen.

De optie hogere nominale premie, waarbij iedereen hetzelfde bedrag betaalt, doet een grote aanslag op het vrij besteedbaar inkomen van mensen met een laag inkomen. Deze regeling met uniforme premies is wel gunstig voor hoge inkomens. In vergelijking met de toename van het inkomen is de groei van de nominale zorgpremie voor hen een relatief geringe last.

De tweede optie, hogere inkomensafhankelijke premie, doet daarentegen een groot beroep op de bereidheid van mensen met een hoog inkomen om mee te betalen aan zorg voor mensen met een lager inkomen. De zorglasten van mensen met een hbo/wo-opleiding stijgen dan tussen 2011 en 2040 met 4000-7000 euro, terwijl hun zorggebruik met slechts 2000-4000 euro toeneemt (zie tabel 3.2).

Als de zorguitgaven blijven stijgen zoals in de afgelopen jaren en gelijke zorg voor iedereen blijft bestaan, dan neemt de druk op de solidariteit van de hoge inkomens toe. Als de hogere zorgkosten gelijk worden omgeslagen via een hogere nominale premie, dan stijgen de zorglasten voor mensen met een lage opleiding met 8% van hun inkomen in het scenario *Trendmatige Groei* tot meer dan 20% in het scenario *Betere Zorg*. Om de lage inkomens te ontzien, zullen de premies voor de hogere inkomens moeten stijgen. Dit doet niet alleen een beroep op de solidariteit, maar tast ook het arbeidsaanbod en nationaal inkomen aan. Een premiestijging van ruim 10% kost circa 5% aan arbeidsaanbod en nationaal inkomen. Deze

---

<sup>60</sup> De hoge inkomens dragen procentueel het minst bij, maar zij financieren een groter deel van andere collectieve uitgaven (zie Ter Rele, 2005).

daling van de werkgelegenheid komt doordat werk minder loont: een uur extra werken levert netto minder op dan zonder de premieverhoging.<sup>61</sup>

**Tabel 3.4 Stijging van zorglasten, bij drie opties voor de financiering van stijgende zorguitgaven**

	Stijging zorglasten				Arbeidsaanbod
	Basis	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo	
	% levensinkomen				%
2011, niveau	22,8	23,1	22,7	20,5	
<b>Hogere nominale premie</b>					
<i>Trendmatige Groei</i>	7,7	6,4	4,8	3,2	0,2
<i>Betere Zorg</i>	24,4	20,3	15,1	9,9	0,8
<b>Hogere inkomensafhankelijke premie</b>					
<i>Trendmatige Groei</i>	4,3	4,3	4,3	4,3	-1,5
<i>Betere Zorg</i>	14,0	14,0	14,0	14,0	-4,9
<b>Huidige beleidsmix</b>					
<i>Trendmatige Groei</i>	5,0	4,7	4,5	4,0	-1,1
<i>Betere Zorg</i>	17,9	16,2	14,6	12,5	-2,9

<sup>a</sup> Verandering van zorglasten (in %bruto levensinkomen) en arbeidsaanbod (%beroepsbevolking) in 2011-2040.

Vermindering van de verspilling of van overbodige zorgconsumptie zijn manieren om deze pijnlijke afwegingen te verzachten. Dezelfde gezondheidswinst zou dan kunnen worden behaald tegen lagere kosten. Deze verbetering van de efficiëntiewinst is een belangrijke doelstelling voor het beleid en voor de gezondheidssector, maar hoofdstuk 4 laat zien dat deze doelstelling niet eenvoudig te realiseren valt.

### 3.5 Conclusie

Als de sterke groei van de gezondheidszorg zich voortzet, stelt dat steeds hogere eisen aan de solidariteit. Mensen met een laag inkomen krijgen meer en betere zorg, maar hun vrij besteedbaar inkomen groeit nauwelijks. Mensen met een hoger inkomen zouden graag een groter deel van hun inkomen aan meer en betere zorg willen besteden. Stijgende zorgkosten doen een beroep op hun solidariteit, op hun bereidheid om mee te betalen aan de zorg van lagere inkomens. Deze solidariteit heeft een prijs in de vorm van verlies aan werkgelegenheid en nationaal inkomen.

Bij het vraagstuk naar de verdeling van de zorg moeten verschillende effecten tegen elkaar worden afgewogen. Allereerst de afweging tussen een collectieve voorziening en individuele voorkeuren. Een collectief, voor iedereen toegankelijk zorgstelsel is een groot goed, een uiting van solidariteit tussen hoge en lage inkomensgroepen. Dit stelsel beperkt echter de keuzevrijheid van individuele burgers, zowel om minder, als om meer aan zorg te besteden. Daarbij is het de vraag of burgers wel dezelfde voorkeuren hebben voor zorg. Differentiatie

<sup>61</sup> Het negatieve effect van inkomensafhankelijke belastingen en premies op het arbeidsaanbod is uitgebreid beschreven in CPB Policy Brief *Hoe prikkelbaar zijn Nederlanders* (Jongen e.a., 2011).

in de zorg kan bijdragen aan een betere afstemming van de zorg op de individuele voorkeuren. In hoofdstuk 6 komen wij hierop terug wanneer wij dieper ingaan op de betekenis van solidariteit voor de zorg en de maatschappelijke voorkeur voor gelijkheid in gezondheid en zorg. In hoofdstuk 11 worden enkele alternatieven voor de inrichting van de zorg met elkaar vergeleken.

## Literatuur

Acemoglu, D., A. Finkelstein en M.J. Notowidigdo, 2009, Income and Health Spending: Evidence from Oil Price Shocks, NBER Working Paper 8050.

Horst, A. van der, L. Bettendorf, N. Draper, C. van Ewijk, R. de Mooij en H. ter Rele, 2010, *Vergrijzing Verdeeld*, CPB Bijzondere Publicatie 86.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong, 2011, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief 2011/11.

Horst, A. van der, en H. ter Rele, 2013, De prijs van gelijke zorg, CPB Policy Brief 2013/1.

Jongen, E., M. Mastrogiacomo en B. ter Weel, 2011, Hoe prikkelbaar zijn Nederlanders, CPB Policy Brief 2011/14.

Kunst, A., W. Meerding, N. Varenik, J. Polder en J. Mackenbach, 2007, Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003, RIVM.

Rele, H. ter, 2005, Measuring lifetime redistribution in Dutch collective arrangements, CPB Document 79.

Rele, H. ter, en A. van der Horst, 2013, De prijs van gelijke zorg, Achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2013/1

RIVM, 2010, Gezondheid en determinanten, deelrapport van de VTV 2010.

SCP, 2012, VeVeRa-IV, Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030.

TNO Preventie en Gezondheid, 2002, Gezonde levensverwachting naar sociaal economische status, Leiden.

## 4 Het grote grijze gebied in de zorg

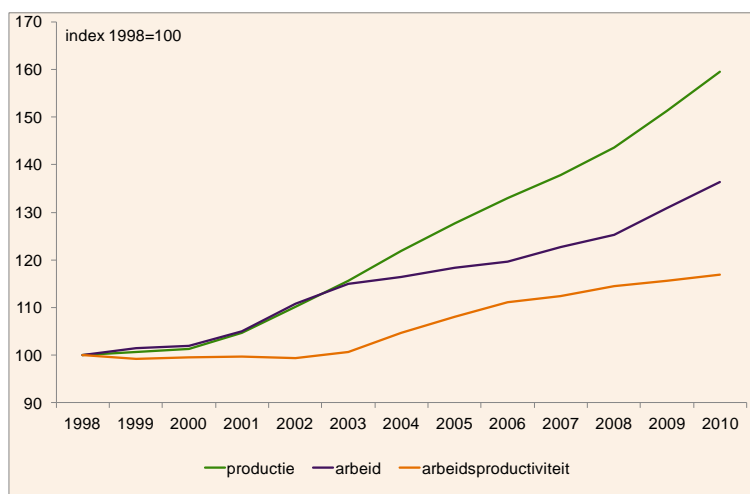
Rudy Douven

Keuzes over toegang en financiering worden eenvoudiger als de zorg efficiënter en goedkoper geleverd kan worden. Daarom moeten alle mogelijkheden om tot doelmatigheidswinsten te komen worden aangepakt. Maar door de inherente complexiteit van de zorg lijken al te grote besparingen een illusie. Lastige keuzes over toegang en financiering blijven dan ook onvermijdelijk.

## 4.1 Productiviteitsontwikkeling in de zorg

Keuzes over toegang en financiering worden eenvoudiger als de zorg efficiënter en goedkoper geleverd kan worden. Wanneer de productiviteit in de zorg stijgt, hoeft een toename in de vraag naar zorg niet tot hogere kosten te leiden. Deze productiviteit kan toenemen wanneer de mensen in de zorg efficiënter gaan werken, of wanneer er nieuwe kostenbesparende technologie op de markt verschijnt. Het op deze wijze terugdringen van de zorgkosten verdient vaak de voorkeur boven pakketmaatregelen, of het verhogen van eigen bijdragen.

**Figuur 4.1 Arbeidsproductiviteit, productie- en arbeidsvolume voor algemene ziekenhuiszorg**



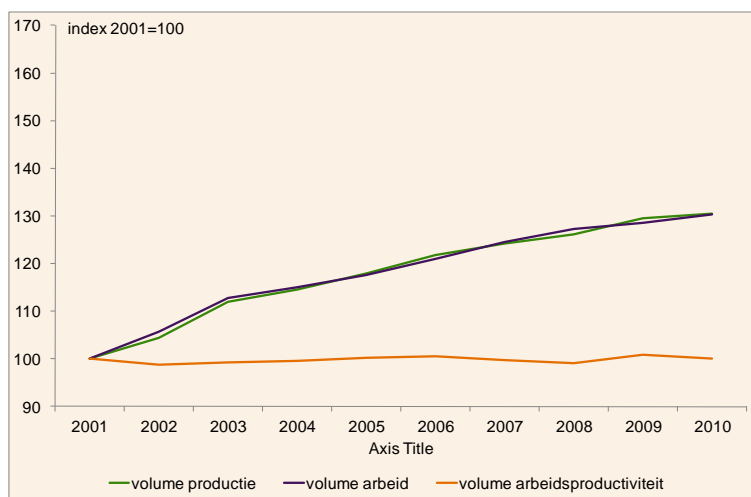
Bron: CBS (2012).

Figuur 4.1 laat de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit voor de ziekenhuiszorg zien. Deze ontwikkeling is afgeleid van het productievolume (een indicator die geconstrueerd wordt uit de geleverde ziekenhuiszorg en andere ziekenhuisdiensten) en het arbeidsvolume (een indicator voor de geleverde arbeid in een ziekenhuis). Overigens is het meten van de productiviteit in de zorg moeilijk, omdat het lastig is om kwaliteit goed te bepalen.

Zoals we ook in hoofdstuk 2 hebben laten zien, is het aantal behandelingen in de zorg in het afgelopen decennium sterk toegenomen. Figuur 4.1 toont een stijging van het productievolume van ongeveer 5% per jaar vanaf 2001. Het arbeidsvolume, en dus ook de werkgelegenheid in de zorg, is echter ook gestegen (vanaf 2001 met ongeveer 3% per jaar), maar minder sterk dan het productievolume. Zodoende resulteert een toename van de arbeidsproductiviteit van gemiddeld 1,8% per jaar gedurende de jaren 2001-2010. Dat is veel voor een dienstverlenende sector.

Ter vergelijking: in dezelfde periode nam de arbeidsproductiviteit in de industrie weliswaar toe met meer dan 2%, maar in bijvoorbeeld de zakelijke dienstverlening zien we zelfs een lichte daling van de arbeidsproductiviteit.<sup>62</sup> Deze productiviteitsontwikkeling in de zorg is voor het grootste gedeelte tot stand gekomen door een verkorting van de ligduur in ziekenhuizen. Een belangrijke vraag is in hoeverre deze productiviteitswinst pure efficiëntiewinst betreft. Bijvoorbeeld, komt dit door gebruik te maken van betere technologie of slimmer werken, of speelt hier ook een rol dat de zorgzwaarte van de gemiddelde patiënt is afgenomen en dat daardoor de productiviteit is toegenomen?

**Figuur 4.2 Arbeidsproductiviteit, productie- en arbeidsvolume in de verpleging en verzorging**



Bron: CBS (2012).

Bij de verpleging en de verzorging verandert de arbeidsproductiviteit nauwelijks door de jaren heen. In figuur 4.2 is te zien dat er sinds 2001 een stijging is geweest in de productie (gewogen productie in verpleging, verzorging, langdurige geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) van gemiddeld 3% per jaar. Deze groei van het productievolume loopt vrijwel synchroon met de groei van het arbeidsvolume, zodat de arbeidsproductiviteit in de langdurige zorg is gelijk gebleven. Ook in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is de arbeidsproductiviteit nauwelijks gestegen. Efficiëntieverbeteringen, het met minder inzet van mensen en middelen meer productie bewerkstelligen, blijken erg moeilijk te realiseren in de langdurige zorg. Langdurige zorg is arbeidsintensief, er valt moeilijk op te besparen, zonder dat het ten koste van de kwaliteit gaat. Overigens zijn kwaliteitsveranderingen in de zorg vaak lastig te meten, mede door een gebrek aan data. Echter, het grootste deel van het verschil tussen de productiviteitsontwikkelingen in ziekenhuizen en in de langdurige zorg wordt waarschijnlijk verklaard door het feit dat bij ziekenhuiszorg technologische ontwikkelingen een belangrijkere rol spelen.

<sup>62</sup> Zie CPB Policy Brief 2012/03. De arbeidsproductiviteit in de industrie kent sterke fluctuaties. Zo lag deze tussen 2001-2009 gemiddeld rond de 1,7%, maar het CBS voorziet in 2010 een sterke stijging van meer dan 8%. De gemiddelde arbeidsproductiviteit komt voor 2001-2010 dan ruim boven de 2% uit. Voor de zakelijke dienstverlening wordt een arbeidsproductiviteit van 0,6% per jaar gevonden.



Als de arbeidsproductiviteitsgroei achterblijft bij de vraag naar zorg, dan zullen de zorguitgaven blijven stijgen. Een voortdurende stijging van de zorguitgaven (als percentage van het bbp) is op de lange termijn niet houdbaar en er zal op een gegeven moment een terugkoppeling plaatsvinden. Baicker en Skinner (2011) laten zien dat op nationaal niveau de bereidheid om meer aan zorg te betalen afhangt van de mogelijkheid om deze uitgaven te financieren. Zo kenden landen met een hogere belastingquote in 1979 een significant lagere groei van de zorguitgaven tussen 1980 en 2008. Het uitstellen of voorkomen van deze terugkoppeling is een grote uitdaging voor de toekomst. Is er veel winst te behalen via een efficiëntere organisatie van de zorg? De sterke groei in het zorgvolume in de afgelopen jaren roept de vraag op of al die zorg wel nodig is en of er niet sprake is van veel inefficiënte zorgverlening. Hoe groot zijn de besparingsmogelijkheden via het terugdringen van inefficiënte zorg?

## 4.2 Productieve en allocatieve efficiëntie

In de zorg bestaan meerdere vormen van efficiëntie. Zo kan een hartoperatie technisch gezien wel efficiënt worden uitgevoerd, maar misschien was het goedkoper en dus efficiënter geweest om met een goedkoop geneesmiddel hetzelfde resultaat te bereiken. Of is het efficiënter om minder hartfalen te behandelen en mensenlevens te redden door betere verkeersveiligheid of hogere dijken? Om de verschillende vormen van efficiëntie beter te kunnen duiden, onderscheiden economen twee soorten efficiëntie.<sup>63</sup>

*Productieve efficiëntie: hoe krijg je zoveel mogelijk gezondheidswinst tegen zo laag mogelijke kosten? Wanneer er voor een ziekte twee verschillende behandelingen mogelijk zijn die hetzelfde resultaat opleveren, dan is het efficiënter om de goedkoopste behandeling uit te voeren. En wanneer twee behandelingen even duur zijn, dan is het efficiënter om die behandeling te kiezen waarvan de baten, in termen van gezondheidswinst, het grootst zijn. In figuur 4.3 geven we dit weer. Op de horizontale as staan de middelen om de gezondheid te verbeteren, zoals specialisten, verzorgers, ziekenhuizen, geneesmiddelen, scans en type behandeling. Hoe meer we van deze middelen gebruiken, hoe hoger de zorguitgaven zijn. Op de verticale as staan de baten; de gezondheidswinst die bereikt wordt door het inzetten van gezondheidszorg. De grens van productieve efficiëntie geeft weer welke gezondheidswinst valt te behalen bij een optimale inzet van deze middelen.<sup>64</sup> Bijvoorbeeld, een productieniveau zoals in punt C is productief inefficiënt, met dezelfde middelen kan meer gezondheidswinst worden bereikt als die middelen efficiënter worden ingezet.<sup>65</sup>*

*Allocatieve efficiëntie: krijgt de juiste persoon de juiste hoeveelheid zorg? Het juiste aantal middelen moet worden ingezet om de gezondheid te verhogen, waarbij rekening wordt gehouden met het nut van andere goederen in de economie. Dit komt erop neer dat geld in de economie daar moet worden uitgegeven waar het nut het grootst is. Wanneer één extra*

---

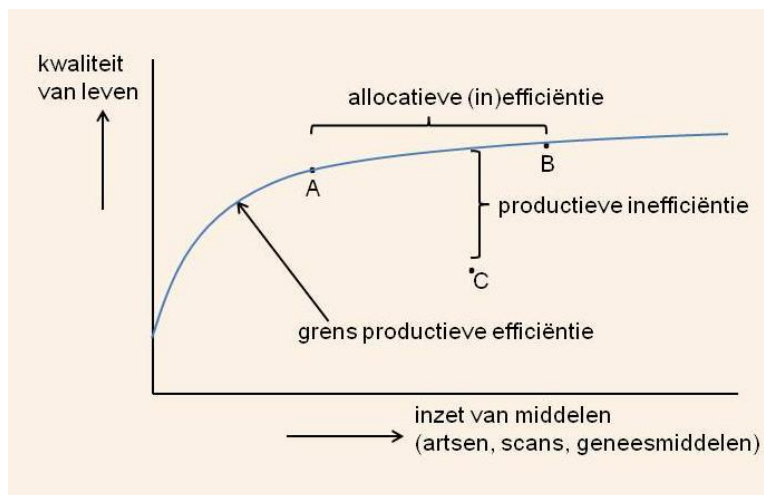
<sup>63</sup> Deze paragraaf is voor een groot gedeelte gebaseerd op Baicker en Chandra (2011), Chandra e.a. (2011) en Chandra e.a. (2012).

<sup>64</sup> Dus middelen worden ook eerst ingezet voor behandelingen waar de gezondheidswinst het grootste is. Hierdoor krijgt de grens van productieve efficiëntie een concave vorm.

<sup>65</sup> Wanneer voor een ziekte meerdere behandelingen bestaan met verschillende kosten en verschillende opbrengsten, dan is een afwegingskader nodig (zie hoofdstuk 9).

euro in onderwijs meer oplevert dan één extra euro in de zorg, dan is het efficiënter om deze euro aan onderwijs uit te geven. Wanneer zorg een gewoon consumptiegoed zou zijn, zouden consumenten zelf de afweging maken tussen het consumeren van zorg en andere goederen. Aangezien consumenten verschillende preferenties hebben, zal dit leiden tot een verschil in zorgconsumptie. Zo zullen hoge inkomens over het algemeen meer zorg willen consumeren dan lage inkomens. Mensen met hoge inkomens hebben immers meer geld te besteden en mensen met lage inkomens zullen eerder tegen hun budgetbeperkingen aanlopen. Echter, de zorg wordt voor het overgrote deel collectief gefinancierd; de overheid bepaalt in belangrijke mate welke basiszorg voor iedereen belangrijk is. In deze keuze door de overheid zit ook opgesloten welke mate van solidariteit de maatschappij in de zorg wenselijk acht (zie hoofdstuk 6).

**Figuur 4.3 Productieve en allocatieve efficiëntie**



In figuur 4.3 worden twee verschillende keuzes weergegeven op de grens van productieve efficiëntie: A en B. De keuze geeft aan hoeveel we maatschappelijk bereid zijn te betalen aan zorg in verhouding tot andere goederen in de economie. In punt A kiezen we voor minder zorg en lagere belastingen (ofwel meer andere bestedingen); in punt B kiezen we juist voor meer zorg. Bij punt A kan men bijvoorbeeld denken aan een kleiner basispakket, hogere verplichte eigen risico's of een minder snelle diffusie van nieuwe technologie dan in punt B. Bij die keuze is het maatschappelijk gezien belangrijk hoe we extra gezondheidswinst of kwaliteit van leven waarderen. Wanneer we maatschappelijk gezien punt A als optimaal beschouwen, dan is punt B allocatief inefficiënt. Immers, de extra benodigde middelen en de euro's die we aan gezondheidszorg uitgeven om van A naar B te komen, wegen niet op tegen de extra gezondheidswinst en het verlies van andere goederen in de economie. Hoewel in de zorg de baten (langere levensduur, betere kwaliteit van leven, langere arbeidsparticipatie) gemiddeld genomen kunnen opwegen tegen de kosten, wil dat nog niet zeggen dat meer zorg altijd beter is. Het gaat om de marginale efficiëntie in de zorg, dus om de extra baten van meer zorg (zie ook het tekstkader 'Marginale kosten versus marginale opbrengsten').

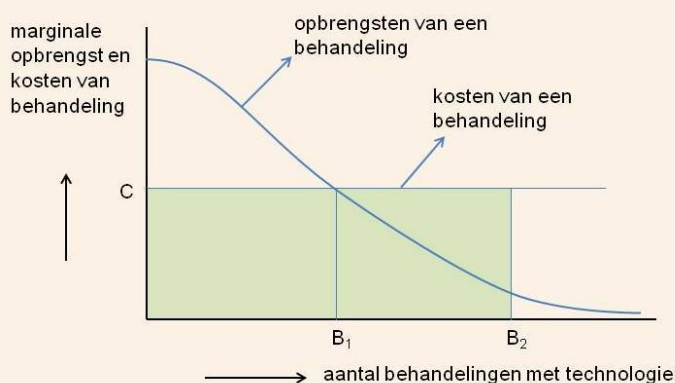
In de praktijk zitten we echter niet in een 'first best world'; er is sprake van zowel productieve als allocatieve inefficiëntie. Waarschijnlijk zitten we ergens in de buurt van

punt C in figuur 4.3. Inefficiënties zijn wijdverbreid in de zorg en op alle niveaus aanwezig. Denk aan een diabetespatiënt die zich niet houdt aan de voorschriften bij het innemen van geneesmiddelen, een arts die zich niet houdt aan de medische richtlijnen en protocollen, ziekenhuizen die bij hun administratie onvoldoende gebruik maken van ICT-toepassingen, en verzekeraars die marktmacht uitbuiten door het vaststellen van hoge premies.

## Marginale kosten versus marginale opbrengsten

Doordat geen enkele patiënt gelijk is, kan het toepassen van dezelfde behandeling verschillend uitpakken. In economische termen wil dit zeggen dat bij gelijke marginale kosten van een behandeling de marginale opbrengsten kunnen verschillen. Onderstaande figuur geeft een voorbeeld hoe bij een bepaalde behandeling, met marginale kosten C, de marginale opbrengsten afhangen van het type patiënt (Chandra en Skinner, 2011).

### Marginale kosten en opbrengsten



In de figuur zijn de behandelingen voor de patiënten geordend: de behandelingen met de hoogste opbrengst in termen van kwaliteit van leven staan links op de horizontale as, en behandelingen met een lagere opbrengst staan rechts. Een voorbeeld van een dergelijke behandeling is het plaatsen van stents in bloedvaten. Het plaatsen van deze stents is erg effectief wanneer dit gebeurt binnen 12-24 uur na de hartaanval. In de figuur zijn deze behandelingen gelegen links van het punt  $B_1$ . De opbrengsten voor die behandelingen zijn groter dan de kosten. Voor een grote groep patiënten heeft het plaatsen van stents echter minder grote opbrengsten. Bijvoorbeeld, wanneer stents geplaatst worden langere tijd na de hartaanval en de conditie van de patiënt al stabiel is. Deze minder effectieve behandelingen liggen tussen  $B_1$  en  $B_2$ .

Stel dat  $B_2$  het totale aantal behandelingen weergeeft. Dan is de totale opbrengst gelijk aan de oppervlakte onder de (blauwe) opbrengstenlijn, van alle behandelingen tot en met  $B_2$ . De totale kosten van behandelen zijn  $C \cdot B_2$ . De behandeling lijkt kosteneffectief te zijn als de *totale* opbrengsten groter zijn dan de *totale* kosten. Toch is het vanuit welvaartsperspectief beter om slechts te behandelen tot punt  $B_1$ . Voor alle behandelingen voorbij dit punt zijn de *extra* kosten (de marginale kosten C) groter dan de *extra* baten (weergegeven met de marginale baten van de blauwe lijn).

In termen van allocatieve efficiëntie betekent dit dat we maatschappelijk gezien een keuze moeten maken. Wanneer we in figuur 4.3 voor punt A kiezen, dan is de vraag bij welke patiënten we nog wel stents willen plaatsen en bij welke patiënten niet. In hoofdstuk 9 laten we zien dat een juiste pakketafbakening en het opstellen van richtlijnen hierbij essentieel zijn.

Veel onderzoek laat zien dat er in de zorg grote efficiëntiewinsten mogelijk zijn. Veel van deze rapporten komen uit de VS, waar de totale zorguitgaven veel hoger liggen dan in andere landen. Deze observatie alleen hoeft overigens niet direct te betekenen dat de zorg in de VS inefficiënt is. Immers, het zou kunnen zijn dat mensen in de VS meer zorg prefereren en dus ook kiezen voor een hoger punt op de productieve efficiëntiegrens. Bijvoorbeeld, in figuur 4.3 kiest de VS voor punt B en Nederland voor punt A.

Gezondheidseconomen Cutler en Ly (2011) betwijfelen echter of de VS zoveel betere kwaliteit zorg heeft en vinden dat er ongeveer 30% op de totale zorguitgaven valt te besparen. De potentiële besparingen liggen zowel op het vlak van de allocatieve, als van de productieve efficiëntie. Productief inefficiënt noemen ze bijvoorbeeld de hoge organisatiekosten door het gefragmenteerde gezondheidssysteem, tijdrovende administratieve processen (het aantal administratieve medewerkers is groter dan het medisch personeel) en een te beperkt gebruik van nieuwe ontwikkelingen op ICT-gebied. Een voorbeeld van allocatieve efficiëntie is overbehandeling: artsen in de VS hebben de neiging om vaker te (be)handelen dan nodig is.

Ook voor Nederland lijken grote besparingen mogelijk. Zo wijst Booz (2012) op mogelijke besparingen in de curatieve zorg van 10% tot 20%, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg toeneemt. In figuur 4.3 komt dit overeen met een beweging van punt C naar punt A; dus zowel de allocatieve, als de productieve efficiëntie neemt toe. De onderzoekers zien drie inefficiënties: overbehandeling, de patiënt wordt te weinig betrokken bij behandelkeuzes en de organisatorische inrichting van de zorg moet beter. Er circuleren veel gelijksoortige rapporten die eveneens grote doelmatigheidswinsten beloven.

Hoewel het goed denkbaar is dat er in de zorg grote besparingen mogelijk zijn, is de grote vraag hoe deze besparingen te bewerkstelligen. Hoe krijgen we deze inefficiënties uit ons systeem en hoe voorkomen we dat veranderingen in de zorg niet weer tot nieuwe inefficiënties leiden? In ieder zorgstelsel bestaan allerlei vormen van markt- en overheidsfalen, door een gebrek aan informatie, asymmetrische informatie, moreel gevaar en marktmacht. Deze inherente complexiteit van het zorgstelsel is er de oorzaak van dat een oplossing voor het ene probleem onvermijdelijk tot knelpunten elders in het systeem leidt. Simpele megabesparingen zijn een illusie. Het blijft een kwestie van zorgvuldig zoeken naar stapsgewijze verbeteringen.

### 4.3 Het grijze gebied in de zorg

Productieve en allocatieve inefficiënties in de zorg hebben voor een belangrijk deel te maken met het feit dat de zorg een groot grijs gebied is. Het grijze gebied in de zorg wordt gekenmerkt door een groot gebrek aan informatie. Zelfs in de wereld van klinische trials, waar geprobeerd wordt om de effectiviteit van verschillende behandelmethodes zo wetenschappelijk mogelijk te meten, blijven onzekerheden bestaan over marginale effecten van een behandeling. Uitkomsten van klinische trials leren vooral iets over *gemiddelde* effecten maar niet over *marginale* effecten. Zoals we in de tekstbox 'Marginale kosten versus marginale opbrengsten' al hebben laten zien kan het marginale effect van een behandeling

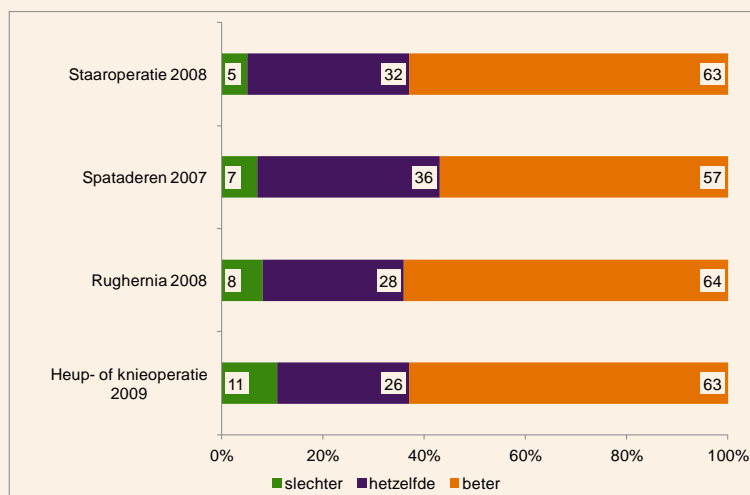
sterk verschillen tussen patiënten. Daarnaast zegt de gemiddelde effectiviteit weinig over de kwaliteit van een specifieke arts. Ook artsen hebben verschillende vaardigheden, die samenhangen met opleiding, talent en andere factoren. Voor eenzelfde patiënt kan de behandeluitkomst dus afhangen van het type arts. Voor artsen is het ook niet altijd eenvoudig om de juiste behandeling te kiezen. Voor veel klinische situaties bestaan geen formele richtlijnen en is er weinig consensus over welke behandeling het beste verricht kan worden.<sup>66</sup> Daarnaast kan een behandeling volgens de medische richtlijnen wel effectief zijn, maar in de praktijk toch verkeerd uitpakken, bijvoorbeeld omdat procedures onvoldoende worden opgevolgd.

### Effectiviteit van een behandeling niet eenvoudig te meten

Behandelingen hoeven niet altijd te leiden tot een verbetering van de gezondheidstoestand. In een onderzoek werd aan patiënten na een staaroperatie gevraagd of hun gezichtsvermogen was toegenomen (of ze beter konden lezen, autorijden, et cetera)<sup>a</sup>. Gemiddeld genomen rapporteerde iets meer dan 60% van de patiënten een verbetering en iets minder dan 40% geen effect of zelfs een verslechtering. In onderstaande figuur wordt naast staar ook de rapportage door patiënten bij spataderen, rughernia en heup- en knieoperaties weergegeven. Het percentage patiënten dat geen verbetering constateerde ligt rond de 40%.

Uit de resultaten mag men overigens niet de conclusie trekken dat dus 40% van de operaties onnodig waren. Het doel van de operatie kan ook geweest zijn om de toestand van de patiënt niet verder te laten verslechteren. Voorts is er altijd sprake van onzekerheid. Voorafgaande aan een behandeling kan de arts niet altijd met zekerheid zeggen of de operatie in dit ene geval zinvol is of niet. Wanneer een behandeling achteraf negatief uitvalt, kan die operatie vooraf gezien toch zinvol zijn geweest, omdat bij de keuze voor een bepaalde behandeling een arts moet beslissen op basis van de *verwachte* (kosten)effectiviteit van een behandeling.

### Rapportage door patiënten van lichamelijke gesteldheid na de operatie



<sup>a</sup> Zie Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg, 2009 van het centrum klanterving zorg.

<sup>66</sup> Chandra e.a. (2011) stellen bijvoorbeeld dat er voor pijn op de borst meer dan 7000 verschillende cardiologische richtlijnen zijn voor individuele beslissingen tijdens een behandeling. Hiervan is slechts 11% gebaseerd op klinische trials, en de rest is gebaseerd op expert opinion, case studies of verouderde zorgstandaarden. Voor hoesten zijn er meer dan 4000 richtlijnen waarvan slechts 14% is gebaseerd op klinische trials.

De verleende zorg kan dus veel minder (kosten)effectief zijn dan artsen of patiënten denken. De baten voor de patiënt (pijn, kwaliteit van leven, et cetera) zijn daardoor ook onzeker (zie ook tekstkader 'Effectiviteit van een behandeling niet eenvoudig te meten'). Hoewel de informatie over de effectiviteit van een behandeling ontbreekt, kunnen we er wel van uitgaan dat de meeste behandelingen geen al te grote negatieve effecten op de gezondheid hebben. Immers, deze behandelingen zullen door artsen worden uitgesloten.

Financiële prikkels kunnen ook een te grote rol gaan spelen door het gebrek aan informatie. Het grijze gebied geeft artsen meer ruimte om ook andere belangen of preferenties mee te nemen in hun behandelkeuze dan alleen het belang van de patiënt. De uiteindelijke keuze kan afhangen van allerlei factoren, zoals beschikbare tijd, type arts, type patiënt en institutionele omgeving. Een belangrijk aspect hierbij is de wijze van financieren van zorgaanbieders. Wanneer zorgaanbieders hun inkomen kunnen vergroten door meer te behandelen, kan er een prikkel zijn om dáár in het grijze gebied te gaan zitten waar de winst het grootst is. Als zorgaanbieders een vast bedrag of salaris ontvangen, ongeacht het aantal behandelingen, dan zal er een prikkel zijn om ergens anders in het grijze gebied te gaan zitten, bijvoorbeeld daar waar ze meer vrije tijd hebben. In beide gevallen is sprake van allocatieve inefficiëntie. Het gebrek aan informatie speelt dus een belangrijke rol in het keuzeprocess.

Inefficiënte beslissingen worden vooral genomen in situaties waarin er naast gebrek aan informatie ook sprake is van asymmetrische informatie, waarbij de zorgaanbieder meer kennis heeft over de kwaliteit van een behandeling dan de patiënt en de verzekeraar. De arts kan een individuele afweging maken tussen het gezondheidsbelang van de patiënt en andere motieven, omdat er niemand is die de uiteindelijke keuze van de arts goed kan beoordelen. In de economie heet dit het 'moreel gevaar' van asymmetrische informatie (zie hoofdstuk 7).

Het tegengaan van dit moreel gevaar bij artsen is niet eenvoudig. Sterke productieprikkels leiden tot te veel behandelingen, voorbij wat kosteneffectief is. Zwakke productieprikkels kunnen echter tot onderbehandeling leiden. In de komende jaren zal in de Zvw de zorgverzekeraar zijn inkooprol moeten gaan waarmaken om deze problemen met betrekking tot het grijze gebied op te lossen. In contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zal de kwaliteit van de zorg een belangrijkere rol moeten gaan spelen. De overheid kan dit faciliteren door betrouwbare kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Ook de consument heeft een rol. Toenemende kennis en transparantie zullen de positie van de consument in de toekomst verder versterken. Niet dat het probleem van het grijze gebied en de asymmetrische informatie tussen arts en patiënt wordt opgelost; de patiënt blijft afhankelijk van de kennis en het oordeel van de arts. Maar de rol gaat wel veranderen. Zo lang het grijze gebied groot blijft, zullen verbeteringen in efficiëntie echter niet eenvoudig zijn.

### **Technologische ontwikkeling: altijd gewenst?**

Technologische vooruitgang wordt vaak als een belangrijke reden genoemd voor de sterke stijging van de levensverwachting, maar ook voor de sterk stijgende zorguitgaven. Ook in de toekomst is de verwachting dat er veel nieuwe medische technologie wereldwijd beschikbaar gaat komen. Zo geven Duchatteau en Vink (2011) aan dat op het gebied van de

diagnostiek verdergaande ontwikkelingen te verwachten zijn. Enerzijds zal er nieuwe hoogcomplexere, kapitaalintensieve technologie op de markt komen, anderzijds kleinere en goedkopere diagnostische apparatuur. Ook door nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de robottechnologie, verfijnde beeldvorming en moleculaire biologie zullen in de toekomst behandelingen meer kunnen worden afgestemd op specifieke karakteristieken van de patiënt.

Een belangrijke vraag is hoe we deze nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen moeten beoordelen. In het verleden werd vrijwel alle nieuwe technologie sluipenderwijs in het basispakket opgenomen, maar is dat wel efficiënt? Chandra en Skinner (2011) onderscheiden verschillende categorieën van behandelingen, elk met verschillende mate van efficiëntie. De eerste categorie betreft behandelingen die kosteneffectief, goedkoop en nuttig zijn voor iedereen. Enkele bekende voorbeelden van dit type goedkope, nuttige behandelingen zijn het gebruik van handschoenen voor een operatie, antibiotica, aspirine, bètablokkers en statines. In figuur 4.3 betekent de introductie van deze middelen een verschuiving van punt C naar boven. Het is productieve efficiëntiewinst. Een tweede categorie betreft behandelingen die wel kosteneffectief, maar toch ook erg duur zijn, zoals een bypassoperatie en het plaatsen van stents bij vernauwde bloedvaten. Deze soort dure behandelingen zijn in figuur 4.3 te vergelijken met een verschuiving van A naar B. De gezondheid en levensverwachting nemen toe, maar de hoge kosten zorgen er wel voor dat we minder kunnen uitgeven aan andere goederen in de economie. Dit is een vraagstuk van allocatieve efficiëntie. Idealiter nemen we een expliciet besluit of we het geld er voor overhebben of niet. Een derde categorie betreft potentieel kosteneffectieve behandelingen. Bij dit type behandelingen hebben sommige patiënten veel baat, andere weinig of niet (zie tekstbox 'Marginale kosten versus marginale opbrengsten'). Voor een deel van de patiënten zijn deze behandelingen dus allocatief wel efficiënt, voor een ander deel niet. Bij deze behandelingen is het belangrijk dat er zorgvuldige protocollen en richtlijnen komen, zodat alleen die behandelingen plaatsvinden die allocatief efficiënt zijn. Een vierde categorie betreft behandelingen waarvan de gemiddelde effectiviteit klein of onzeker is. Een voorbeeld hiervan is arthroscopische chirurgie bij een knieartrose. Bij een klinische trial bleek de effectiviteit van deze dure behandeling gering vergeleken met een placebo-operatie<sup>67</sup>. In de VS worden meer dan 650.000 van deze operaties uitgevoerd; de prijs per operatie is meer dan 5000 dollar. Dit is een voorbeeld van verspilling. De zorguitgaven stijgen zonder bijdrage aan gezondheid.

---

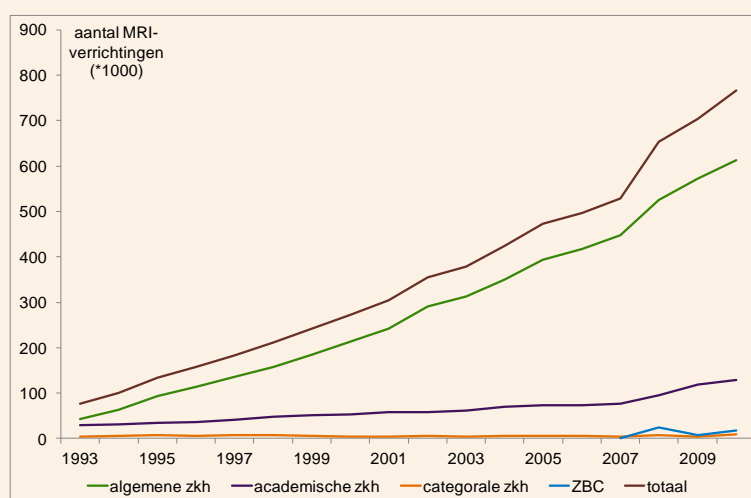
<sup>67</sup> Moseley, 2002.

## Medische technologie en kosteneffectiviteit in de zorg

Door het grote grijze gebied in de zorg en het feit dat zorgaanbieders vooral letten op de effectiviteit van een behandeling, krijgen nieuwe behandelmethodes en technologieën ruim baan in de zorg. De adoptie van nieuwe medische technologie vindt vaak plaats via discretionaire beslissingen van specialisten en ziekenhuizen, zonder dat er een expliciete toets op de kosteneffectiviteit plaatsvindt. Dit brengt het grote gevaar met zich mee dat er veel (dure) behandelingen op de markt komen, waarvan het effect op de gezondheidswinst marginaal is. Het kan ook een verkeerd signaal afgeven aan de industrie. Zo kreeg medicijnfabrikant GlaxoSmithKlein in 2012 in de VS een boete van 3 miljard dollar(!) opgelegd voor het aanprijzen van geneesmiddelen voor niet-geregistreerd gebruik en het omkopen van voorschrijvers.

Het grote grijze gebied geeft ook ruim baan aan de introductie van nieuwe technologieën, waarvan de kosteneffectiviteit niet is aangetoond. In de VS wordt door gezondheidseconomen gewaarschuwd voor het te veel gebruikmaken van beeldtechnologie, zoals MRI en PET-scanners (Chandra e.a., 2011). Onderstaande figuur laat zien dat de groei van het aantal MRI-verrichtingen in Nederland sterk is toegenomen.<sup>a</sup> Hoewel in Nederland beduidend minder MRI-verrichtingen plaatsvinden dan in de VS (49 verrichtingen per 1000 mensen in 2010, tegenover 98 verrichtingen in de VS), geeft dit wel aan dat er nog voldoende ruimte is om het volume in de zorg verder te vergroten. Een ander voorbeeld van dure technologie in de VS is protonentherapie voor het behandelen van prostaatkanker. De therapie is omstreden, omdat deze therapie niet effectiever is, maar wel twee keer zo duur als radiotherapie. Zo kost de aanschaf van een machine voor protonentherapie meer dan 100 miljoen euro en kunnen de kosten van een behandeling boven de 50.000 dollar uitkomen (zie Aaronson e.a., 2012)<sup>b</sup>.

### Aantal MRI-verrichtingen in ziekenhuizen in Nederland



<sup>a</sup> Zie [www.rivm.nl/ims](http://www.rivm.nl/ims). Het CPB heeft de data bewerkt en een interpolatie toegepast voor de jaren 1998-2000. De internationale vergelijking komt van de OECD Health Data 2012.

<sup>b</sup> De visie van het CVZ is dat protonentherapie in de toekomst in Nederland "begeleid" mag plaatsvinden. Zie [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2009/rpt0903+protonentherapie.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2009/rpt0903+protonentherapie.pdf)

## 4.4 Regionale praktijkvariatie en ondoelmatigheid

Het opsporen van productieve en allocatieve inefficiëntie in de zorg is niet eenvoudig. In de wetenschap wordt gebruik gemaakt van klinische trials om dit te onderzoeken, vooral bij geneesmiddelen, minder bij behandelingen. Klinische trials zijn echter kostbaar en ook niet altijd mogelijk, omdat een goede referentiegroep vaak ontbreekt. Een grove manier om inefficiënties in kaart te brengen, is het bestuderen van regionale praktijkvariatie in de zorg. Wanneer het gebruik van zorg tussen verschillende regio's groot is en niet verklaard kan worden door verschillen in de populatie, dan kan dat wijzen op inefficiënte zorg. Het in kaart brengen van praktijkvariatie in de zorg is begonnen in de VS en waait nu over naar andere



landen. 'The Wennberg International Collaborative' is een onderzoeksnetwerk in de VS dat internationale studies op het gebied van praktijkvariatie in de zorg verzamelt.

Praktijkvariatie kan duiden op zowel onder- als overbehandeling door artsen. Ook hier zorgt het grote grijze gebied in de zorg ervoor dat het uitermate lastig is om vast te stellen of sprake is van over- of onderbehandeling. Temeer daar er ook een natuurlijke variatie bestaat in de kwaliteit van zorgaanbieders. De hoge volumegroei in Nederland in de afgelopen jaren kan wijzen op overbehandeling in de zorg (Van Vijssel, 2011). Plexus (2010) schat dat met het terugdringen van praktijkvariatie 5%-7% bespaard kan worden op de ziekenhuiszorg. Deze inschattingen zijn natuurlijk met grote onzekerheid omgeven.

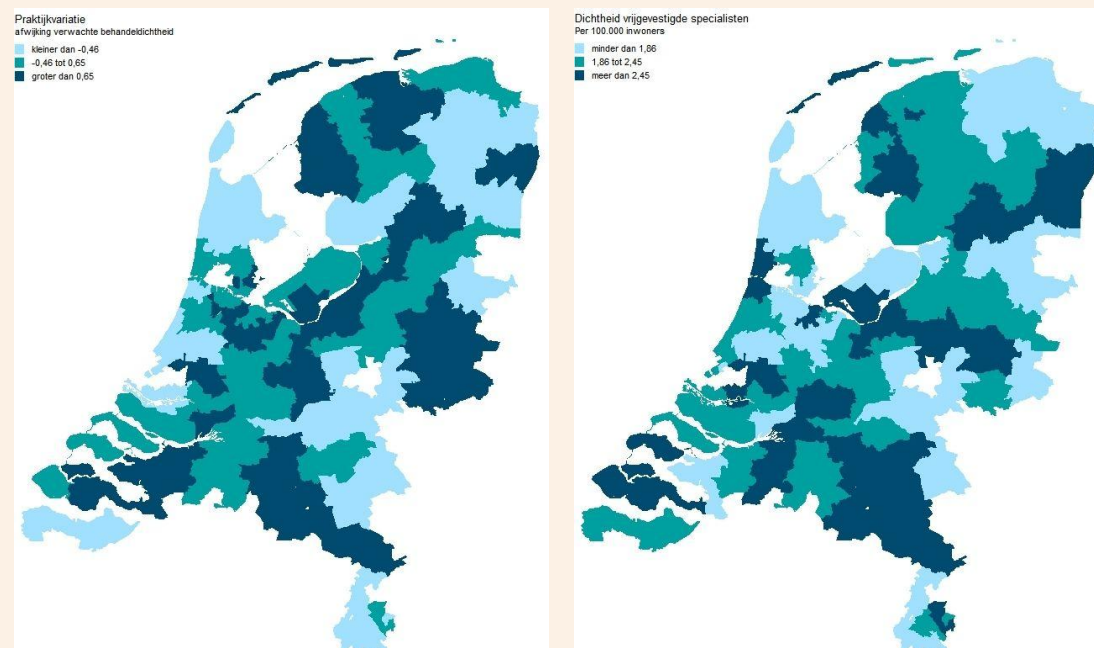
Het vaststellen dát er praktijkvariatie voorkomt, is nuttig, maar een manier vinden om het terug te dringen is een heel andere zaak. Allereerst moeten we weten waardoor praktijkvariatie ontstaat. Daar blijkt geen eenduidig antwoord op te zijn. Chandra e.a. (2011) geven aan dat in de VS regionale verschillen in de patiëntenpopulatie, zoals verschillen in inkomen, eigen betalingen en preferenties, een rol spelen in het verklaren van praktijkvariatie. Verschillen aan de aanbodkant, zoals het aantal behandelaars in een regio, zijn waarschijnlijk belangrijker. Blijkbaar is dus niet altijd de vraag van de patiënt leidend, maar creëert het aanbod ook in bepaalde mate zijn eigen vraag.

Aan de aanbodkant kunnen verschillende mechanismen leiden tot praktijkvariatie. Allereerst kan praktijkvariatie samenhangen met een gebrek aan wetenschappelijke kennis over de effecten van bepaalde behandelingen, en een gebrek aan kennis over de *best practice* bij de zorgaanbieders zelf. Phelps (1992) rekent praktijkvariatie vooral toe aan de invloed van lokale verschillen in opleiding die tot '*local schools of belief*' leiden. Zo kunnen zorgaanbieders op grond van eigen ervaringen behandelpatronen toepassen die niet stroken met de nieuwste medisch-wetenschappelijke inzichten. Concentratie van bepaalde specialismen op specifieke locaties kan schaalvoordelen opleveren en tot een betere kwaliteit leiden. Veel studies laten zien dat de aanwezige capaciteit, zoals het aantal operatiekamers, de aanwezige technologie en het aantal artsen, het behandelproces beïnvloedt. In het algemeen geldt dat een grotere capaciteit, bij een gegeven patiëntenpopulatie, tot meer behandelingen leidt. Een derde factor die de behandelwijze van zorgaanbieders beïnvloedt, is de wijze waarop zij betaald worden. Dit blijkt ook uit Nederlands onderzoek, zoals het tekstkader 'Praktijkvariatie en aanbodgeïnduceerde vraag bij cataractoperaties' laat zien. Medisch specialisten zijn gevoelig voor financiële prikkels. Wanneer er meer artsen in een gebied aanwezig zijn die per behandeling (of per DBC) betaald krijgen, dan zullen ze een patiënt sneller behandelen.

## Praktijkvariatie en aanbodgeïnduceerde vraag bij cataractoperaties

In de onderstaande dubbele figuur wordt een voorbeeld gegeven van praktijkvariatie. Hierin is het aantal cataract (staar-) operaties in verschillende regio's voor het jaar 2008 in kaart gebracht. Het aantal operaties per postcodegebied wordt met elkaar vergeleken, nadat gecorrigeerd is voor allerlei vraagfactoren, zoals leeftijdsopbouw, geslacht, sociaaleconomische factoren, wachttijd voor behandelingen en gemiddelde afstand van huis tot ziekenhuis en huisarts. In de linkerfiguur is te zien dat in de lichtblauwe gebieden gemiddeld genomen minder behandelingen plaatsvinden, 0,46 tot 5,8 minder cataractoperaties per 10.000 inwoners op een gemiddelde van 8,9 operaties per 10.000 inwoners in 2008. In de donkerblauwe gebieden vinden meer cataractoperaties dan gemiddeld plaats, 0,65 tot 4,5 per 10.000 inwoners.

### Aantal cataractoperaties (na correctie voor vraagfactoren) en aantal artsen



Deze praktijkvariatie wordt vergeleken met het aantal oogartsen dat werkzaam is in een postcodegebied. In de rechterfiguur geven we aan hoeveel vrijgevestigde oogartsen er werkzaam zijn in een bepaald postcodegebied. Uit econometrisch onderzoek blijkt dat in postcodegebieden waar meer vrijgevestigde oogartsen werken, ook meer wordt behandeld. In de twee figuren valt dit ook te zien. Daar waar de regio's vaker lichtblauw (groen of donkerblauw) zijn in de linker figuur zijn de regio's ook vaker lichtblauw (groen of donkerblauw) in de rechterfiguur. Gemiddeld genomen, over meerdere behandelingen gemeten, werd in de studie gevonden dat verzekerden die in regio's wonen met relatief veel specialisten, vaker worden behandeld. Dit effect is het grootst voor vrijgevestigde specialisten: 1% meer specialisten impliceert een gemiddelde toename van het aantal behandelingen met 0,4% bij vrijgevestigde specialisten, 0,15% bij specialisten in loondienst. Een belangrijk kenmerk van vrijgevestigde specialisten is dat zij per behandeling betaald krijgen en hun eigen inkomen kunnen verhogen door meer te behandelen. Voor specialisten in loondienst geldt dit niet, of in mindere mate (Douven e.a., 2012).

## 4.5 Inefficiëntie en beleid

De vraag is hoe verzekeraars en overheid ongewenste praktijkvariatie en andersoortige inefficiënties in de zorg kunnen terugdringen en zodoende de potentiële besparingen in klinkende munt omzetten. Dit is geen eenvoudige opgave.

Voor sommige behandelingen kan het monitoren en publiceren van wetenschappelijke publicaties over praktijkvariatie enige besparingen realiseren. Een voorbeeld hiervan is het knippen van amandelen. De laatste decennia is er veel evidentie verzameld dat het knippen van amandelen op jonge leeftijd niet altijd effectief is. Hoewel, internationaal gezien, in Nederland nog steeds veel amandelen worden geknipt, is er wel sprake van een afname van het aantal behandelingen, van 109 per 10.000 inwoners onder de 20 jaar in 1995 tot 78 in 2009 (CBS-Statline). Hier kunnen verzekeraars via het benchmarken van zorgaanbieders echter het aantal behandelingen nog verder terugdringen.

Een andere oplossing die veel zorgverzekeraars en beleidsmakers omarmen, is het stimuleren van samenwerking. Zo staat in het regeerakkoord van Rutte-II: “We gaan nieuwe accenten leggen op meer samenwerken in plaats van enkel concurreren.” Een voorbeeld hiervan is het stimuleren van concentraties in de zorg om de kwaliteit in de zorg te vergroten. Zo heeft de NMa onlangs groen licht gegeven aan drie ziekenhuisfusies. Of dit welvaartsverbeterend is, is nog maar de vraag. Fusies kunnen weliswaar leiden tot kwaliteitsverbeteringen, maar kunnen ook leiden tot hogere prijzen en hogere totale zorguitgaven, omdat concentratie de marktmacht van spelers in de zorg vergroot.<sup>68</sup> Dit geldt voor de meeste vormen van samenwerking. Naast de beoogde voordelen heeft het ook het ongewenste neveneffect dat de samenwerkende partijen een regionale machtspositie opbouwen die ze vroeger of later ten eigen bate zullen exploiteren.

Een derde manier om besparingen in de zorg te realiseren, is het opleggen van een plafond aan de salarissen van topbestuurders in de zorg. Dit levert mogelijk een kleine besparing op. Het CPB rekende bij de analyses van verkiezingsprogramma's en regeerakkoord met een besparing van 85 mln euro, 0,1% van de totale zorguitgaven.<sup>69</sup>

Bij het oplossen van andere inefficiënties in de zorg speelt het grote grijze gebied in de zorg ons parten. Het grote grijze gebied zorgt er immers voor dat het effect van een beleidsmaatregel moeilijk is in te schatten. Dit maakt het voor verzekeraars en overheid niet eenvoudig om efficiëntie in de sector af te dwingen. Een maatregel moet immers zo goed mogelijk inspelen op het inefficiënte gedrag, zonder dat er ongewenste neveneffecten optreden. Zo moet het terugdringen van overbehandeling niet leiden tot onderbehandeling, dat zou de welvaart weer verkleinen. Het opleggen van een macrobudget in de zorg kan de totale zorguitgaven weliswaar drukken, maar het is de vraag in hoeverre dat ten koste gaat

---

<sup>68</sup> Gaynor en Town (2012) geven een overzicht van de effecten van fusies bij ziekenhuizen. Zij laten zien dat bij dertien van de vijftien onderzochte studies ziekenhuisfusies resulteerden in hogere prijzen. De NMa probeert dit effect op te vangen door te werken met tijdelijke prijsplafonds.

<sup>69</sup> Het aantal bestuurders in de zorg wordt geschat op 2400. Wanneer al deze bestuurders met 35.000 euro per jaar worden gekort, levert dat 84 miljoen op.

van behandelingen die wel kosteneffectief zijn. Daarnaast is het ook de vraag of gerealiseerde efficiëntiewinsten (door de verzekeraars of zorgaanbieders) wel terecht komen bij de consument en premiebetaler. Door marktmacht kunnen opbrengsten terecht komen bij spelers in de zorgketen.

Doelmatigheid op microniveau kan ook leiden tot hogere zorguitgaven op macroniveau. Immers, een efficiënter gebruik van productiemiddelen geeft zorgaanbieders de ruimte voor meer additionele productie of investeringen (bijvoorbeeld van nieuwe dure technologie), waardoor per saldo de zorguitgaven kunnen toenemen. Veelvuldig komen doelmatigheidswinsten tot uitdrukking in meer behandelingen van betere kwaliteit, niet in lagere kosten.

## 4.6 Conclusie

Het grijze gebied in de zorg is groot en zal door de complexiteit van de zorg blijven bestaan. Van veel behandelingen weten we niet of ze effectief zijn en in welke mate ze effectief zijn voor verschillende patiëntengroepen. Het vele onderzoek naar inefficiënties in de zorg laat zien dat in theorie grote potentiële besparingen mogelijk zijn. Enerzijds kan de productieve efficiëntie worden vergroot door het slimmer organiseren van de zorg, anderzijds kan er allocatieve efficiëntiewinst worden geboekt door meer op de uitkomst van de zorg te sturen dan op de omzet. Het openbaar maken van kwaliteitsinformatie, het doorlichten van het basispakket en het uitvoeren van kosteneffectiviteitanalyses bij nieuwe behandelingen, zijn nodig om te voorkomen dat ineffectieve behandelingen blijven bestaan, of sluipenderwijs worden ingevoerd. Daarnaast zullen zorgverzekeraars hun rol moeten gaan waarmaken en meer efficiëntie in de zorg moeten gaan afdwingen via slimme inkoopcontracten met zorgaanbieders. Echter, door het grote grijze gebied in de zorg zullen ook in de toekomst deze besparingen in de efficiëntiesfeer moeilijk te realiseren zijn en zijn lastige keuzes over toegang en financiering van de zorg dan ook onvermijdelijk.

## Literatuur

Aaronson D.S., A.Y. Odisho, N. Hills, R. Cress, P.R. Carroll, R.A. Dudley, M.R. Cooperberg, 2012, Proton beam therapy and treatment for localized prostate cancer: if you build it, they will come, *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, nr. 3, pag. 280-283.

Baicker, K. en A. Chandra, 2011, Aspirin, Angioplasty, and Proton Beam Therapy: the economics of smarter health care, prepared for Jackson Hole Economic Policy Symposium.

Baicker, K. en J. Skinner, 2011, Health care spending growth and the future of US tax rates, NBER working paper 16772.

Baicker, K., A. Chandra en J. Skinner, 2012, Saving Money or Just Saving Lives? Improving the Productivity of US Health Care Spending, *Annual Review of Economics*, vol. 4, pag. 33-56.

Booz, 2012, Kwaliteit als medicijn, Booz & Company.

CBS, 2012, *Gezondheid en zorg in cijfers 2012*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.  
Chandra A. en J.S. Skinner, 2011, *Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care*, NBER Working Paper 16953.

Chandra A., A.B. Jena en J.S. Skinner, 2011, *The pragmatist's guide to comparative effectiveness research*, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25, nr. 2, pag. 27-46.

Chandra, A., D. Cutler en Z. Song, 2011, *Who ordered that? The economics of Treatment Choices in Medical Care*, in: M.V. Pauly, T.G. McGuire en P.P. Barros (eds), *Handbook of Health Economics vol. II*, pag. 397-432, Amsterdam: Elsevier.

CPB, 2012, *Nederlandse zakelijke dienstverleners onvoldoende geprikkeld*, CPB Policy Brief 2012/03.

Cutler, D.M. en D.P. Ly, 2011, *The (Paper)Work of Medicine: Understanding International Medical Costs*, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25, nr. 2, pag. 3-25.

Douven, R., R. Mocking en I. Mosca, 2012, *The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatments*, CPB Discussion Paper 208, CPB, Den Haag.

Duchatteau D.C. en M.D.H. Vink, 2011, *Medische technologische ontwikkelingen zorg 20/20*, Achtergrondstudie uitgebracht door RVZ bij het advies: Medisch specialistische zorg in 20/20.

Gaynor, M en R.J. Town, 2012, *Competition in Health Care Markets*, CMPO Working Paper 12/282.

Moseley, J.B. e.a., 2002, *A controlled trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee*, *New England Journal of Medicine*, vol. 347, nr. 2, pag. 81-88.

Phelps, C.E., 1992, *Diffusion of information in medical care*, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, nr. 3, pag. 23-42.

Plexus, 2010, *Reduceren van praktijkvariatie, budgettaire effecten van een scherpere indicatiestelling*, Plexus onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS.

Skinner, J.S. en D. Staiger, 2009, *Technology Diffusion and Productivity Growth in Health Care*, NBER Working Paper 14865.

Vijssel, A.R. van de, P.M. Engelfriet en G.P. Westert, 2011, *Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: does it work?*, *Health Policy*, vol. 100, nr. 1, pag. 60-70.

# 5 Gezondheid als investering voor het leven<sup>70</sup>

Frank van Erp en Bas ter Weel

Keuzes over leefstijl en zorg hangen samen met andere keuzes die mensen in hun leven maken, zoals investeringen in onderwijs. Deze keuzes beïnvloeden niet alleen het heden, maar ook het leven in de toekomst. Een gezonde leefstijl loont en je kunt er niet vroeg genoeg mee beginnen. Kinderen verschillen in startpositie en de omgeving waarin ze opgroeien. Eenieder investeert daarom anders in kennis en gezondheid. Vanuit een economische invalshoek beschouwd maken mensen soms suboptimale keuzes, doordat zij onder meer worden beperkt in hun keuzes en de toekomst onvoldoende gewicht geven.

---

<sup>70</sup> Van Erp en Ter Weel (2013) bevat een uitgebreidere verantwoording van de hier beschreven empirie en economische theorie.

## 5.1 Levensloop van wieg tot graf

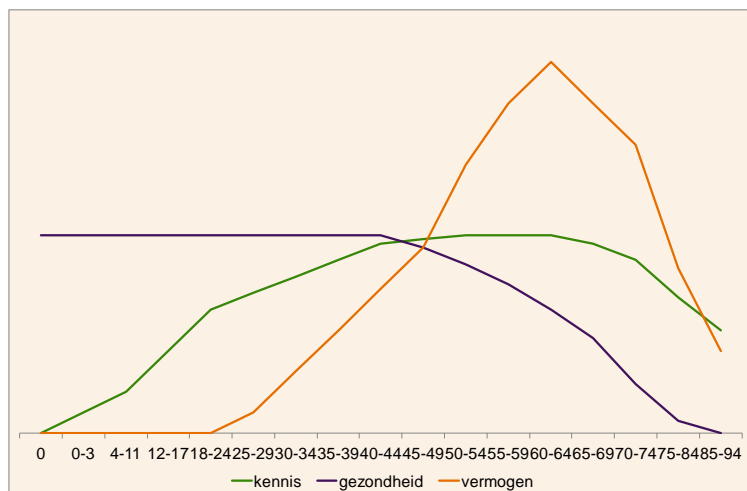
Vandaag zijn in Nederland Lisa, Luca en Sarah geboren. Drie kinderen van wie de levens naar verwachting gemiddeld ruim 80 jaren zullen tellen. Maar ook drie levens die zich verschillend zullen ontwikkelen. De een heeft wellicht talent voor muziek meegekregen, terwijl de ander begunstigd is met veel cognitieve of fysieke vaardigheden. En ook komt het voor dat sommige kinderen al bij de geboorte slechter af zijn als het gaat om psychische en fysieke gezondheid, bijvoorbeeld als gevolg van lichamelijke of verstandelijke handicaps, of worden gehinderd door adhd, dyslexie of autisme.

Vanaf enige afstand beschouwd bestaat het leven uit een aantal fases waarin, conditioneel op de uitgangspositie en omstandigheden, keuzes worden gemaakt. Tijdens de eerste jaren zijn zij daarbij volledig afhankelijk van hun ouders, maar langzaam kunnen zij steeds meer eigen keuzes maken. Eenmaal volwassen staan zij op eigen benen en maken, naast eigen keuzes, keuzes voor hun kinderen. Aan het begin van het leven wordt door ouders vooral geïnvesteerd in de groei van lichaam en geest van het kind. Voeding, aandacht en liefde zijn de belangrijkste ingrediënten voor de lichamelijke ontwikkeling en de ontwikkeling van cognitieve functies en gedrag van het kind. Tijdens de periode op de basisschool wordt hiermee doorgegaan, maar wordt ook steeds meer kennis vergaard. Het kind leert lezen en schrijven, wordt lid van een sportclub of muziekvereniging. Op de middelbare school neemt de invloed van de ouders langzaam af en wordt de sociale omgeving belangrijker voor de eigen keuzes van het kind. Zo komen kinderen bijvoorbeeld voor het eerst in aanraking met alcohol, sigaretten en drugs. Naast verdere cognitieve ontwikkeling wordt in deze periode ook de persoonlijkheid nader gevormd. Eenmaal volwassen worden veelal de vruchten van deze investeringen in kennis en gezondheid geplukt door aan het werk te gaan. Hierdoor wordt in het eigen levensonderhoud voorzien, (financieel) kapitaal opgebouwd voor de oude dag en gezorgd voor kinderen en eigen ouders. De eerste jaren van deze periode worden gekenmerkt door bloei. Later worden mensen in deze levensfase geconfronteerd met de eerste afschrijvingen van kennis, lichaam en geest. Zo komen doorgaans vanaf een jaar of 45 de eerste gezondheidsklachten, zoals een hoge bloeddruk of lage rugpijn, aan het licht. Deze klachten kunnen het gevolg zijn van pech, leefstijl of beroep. Daarnaast veroudert de kennis en daalt de productiviteit met het verstrijken van de jaren. De verminderende gezondheid en kennis beperken geleidelijk aan de inzetbaarheid van mensen. In de periode na het werkzame leven nemen kennis en gezondheid langzaam verder af, totdat we hulp nodig hebben om te kunnen blijven leven. Ten slotte volgt de dood als de gezondheid te ver is gedaald.

Vanuit economische invalshoek bezien zijn gezondheid en kennis twee belangrijke levenslijnen in dit verhaal. Samen bepalen ze het menselijk kapitaal. Figuur 5.1 schetst voor een gemiddelde persoon de lijnen over de levensloop (de periode vanaf geboorte van een nieuw leven tot aan de dood). De paarse lijn illustreert het verloop van de gezondheid, gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte. De groene lijn toont over diezelfde tijdspanne het verloop van kennis. Tot slot illustreert de oranje lijn het verloop van het financiële vermogen. Dit is in de eerste levensfase nihil, omdat kinderen bij hun ouders wonen en

worden onderhouden. In dit hoofdstuk wordt het kennisbegrip ruim gedefinieerd, zodat ook fysieke vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken daartoe gerekend kunnen worden.

**Figuur 5.1** Ontwikkeling van gezondheid en kennis over de levensloop



Net als bij fysiek kapitaal (auto's, machines, gebouwen, woningen) en financieel kapitaal (bijvoorbeeld aandelen, obligaties) is het verloop van het menselijk kapitaal over de levensloop het gevolg van investeringen en afschrijvingen. Deze investeringen komen niet zomaar tot stand. Ze zijn afhankelijk van de tijd en de financiële middelen die worden geïnvesteerd. Investerings in menselijk kapitaal leiden tot levensgeluk. Zo leiden meer investeringen veelal tot een langer leven, tot een hogere kwaliteit van leven en tot een hoger inkomen via langere en betere inzetbaarheid op de arbeidsmarkt. De afschrijvingen op gezondheid in de vorm van slijtage van gewrichten, dichtslibben van bloedvaten, en de afschrijving van kennis als gevolg van veroudering van capaciteiten en nieuwe technologieën, zoals computers, iPads en iPhones, is voor een deel onvermijdelijk. Echter, door goed onderhoud (gezonde leefstijl, bijleren, goede arbeidsomstandigheden) kan de snelheid van het verouderingsproces afgeremd worden.

In dit hoofdstuk zetten we de ontwikkeling van het menselijk kapitaal over de levensloop in een economisch perspectief. We laten daarbij zien dat beide facetten van menselijk kapitaal elkaar versterken: een goede gezondheid stelt mensen in staat meer kennis te verwerven en mensen met een hogere opleiding (meer kennis) hebben meestal een betere gezondheid. We kijken daarbij zowel vanuit de levensloop van een 'gemiddelde persoon' als naar verschillen in levensloop tussen personen. Deze variatie vormt een aanknopingspunt voor de in hoofdstuk 3 beschreven verschillen in zorgkosten tussen mensen. Het gemiddelde sluit aan bij de in hoofdstuk 2 gesignaleerde stijgende zorgkosten in de nabije toekomst. We laten verder in dit hoofdstuk zien dat investeringen in gezondheid en kennis in de vroege fases van de levensloop lonen. En tot slot adresseren we –vanuit een economische invalshoek– de vraag in welke mate de overheid een rol zou moeten spelen bij deze investeringen.

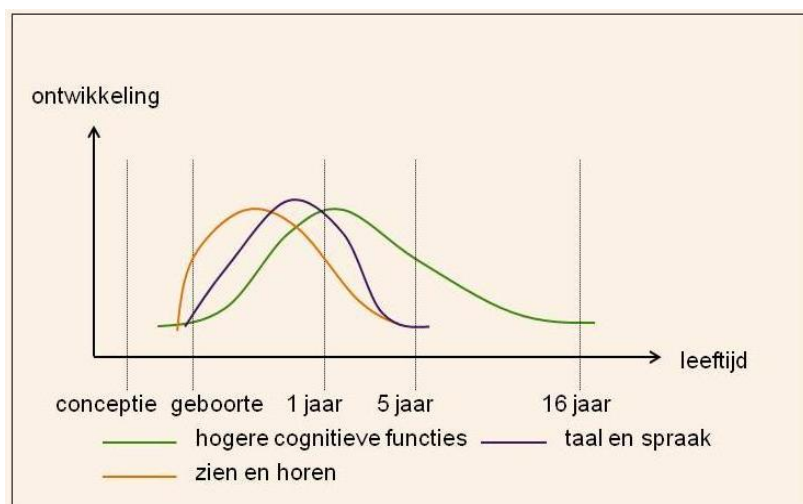


## 5.2 Jong geleerd, oud gedaan

Hoe zien investeringen in menselijk kapitaal er gemiddeld uit? Dit verschilt per levensfase en is afhankelijk van de uitgangspositie en omstandigheden. In de eerste fase gaat het vooral om preventieve investeringen. Zwangere vrouwen worden geholpen door een verloskundige om tijdens de periode van embryo tot bevalling zo goed mogelijk te investeren in hun eigen gezondheid en die van hun kind. Het slikken van foliumzuur voor hersenontwikkeling en het laten staan van alcohol zijn hiervan voorbeelden. Behalve curatieve zorg in geval van complicaties tijdens de zwangerschap, heeft het grootste deel van de geleverde zorg in deze levensfase een preventief karakter gericht op het voorkomen van vroegtijdig afschrijven op gezondheid.

De meeste kinderen hebben een goede gezondheid bij hun geboorte. Dit komt tot uiting in de paarse lijn in figuur 5.1. Na de geboorte gaat de groei in de eerste levensfase sneller dan ooit. In deze periode komen de verbindingen in de hersenen het snelst tot stand. Fundamentele capaciteiten zoals horen, zien en praten worden in deze periode gevormd. Figuur 5.2 laat de ontwikkeling van de hersenen zien. De lijnen beschrijven op welk moment in het leven basale functies als zien en horen, maar ook taalontwikkeling en cognitieve hersenprocessen zich vormen. De grafiek laat zien dat dit proces zich vooral in de eerste vijf jaren van het leven afspeelt. Hersenwetenschappers noemen dit een gevoelige periode voor de ontwikkeling van de hersenen (Nelson, 2000). Wat ze hiermee bedoelen is dat het in deze periode het eenvoudigst is om functies, zoals taalontwikkeling en eetgewoonten, aan te leren. Economen vertalen dit als een periode waarin een investering het meeste rendement oplevert (zie Heckman, 2008).

**Figuur 5.2** Cruciale vaardigheden worden vroeg in het leven gevormd

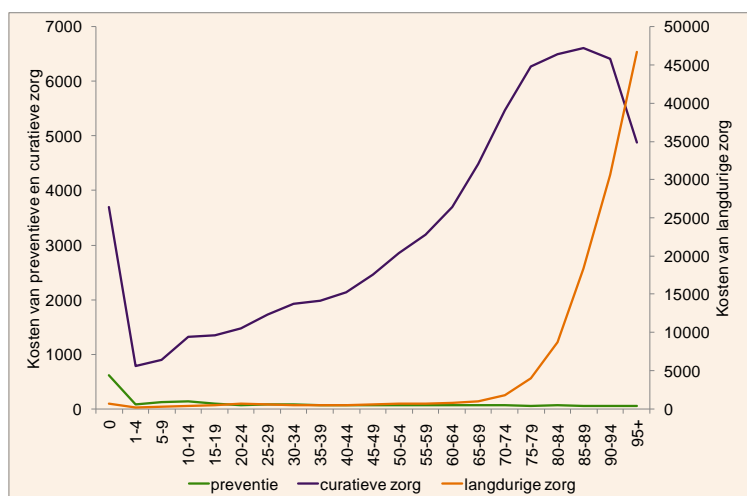


Noot: Deze figuur is gebaseerd op Nelson (2000).

In deze eerste levensfase bezoeken de meeste kinderen met enige regelmaat consultatiebureaus voor vaccinaties en het volgen van de ontwikkeling om achterstanden te voorkomen. Tegelijkertijd bestaat de investering van ouders uit het aanbieden van gezonde voeding en een goede balans tussen rust en prikkels die de ontwikkeling stimuleren. Ook nemen ouders de nodige voorzorgsmaatregelen om een veilige fysieke omgeving te creëren (traphekjes, kinderzitjes et cetera). Ook de leefomgeving is van belang, vooral de luchtkwaliteit. Slechte luchtkwaliteit door fijnstof en toluen is schadelijk voor bijvoorbeeld de longen van jonge kinderen. Samenvattend hebben investeringen in gezondheid in deze fase vooral een preventief karakter (leefstijl, inentingen) ten behoeve van de lengte en kwaliteit van leven en toekomstige inzetbaarheid op de arbeidsmarkt en in het gezin.

De lijnen in figuur 5.3 weerspiegelen de uitgaven voor preventieve zorg (groene lijn, linker-as), curatieve zorg (paarse lijn, linker-as) en langdurige zorg (oranje lijn, rechter-as) van een gemiddelde Nederlander in 2007. Direct in het oog springend zijn de stijging van de kosten voor langdurige zorg op oudere leeftijd en de versnelde toename van curatieve zorgkosten vanaf circa midden veertig. Op beide trends komen we later terug. Voor het eerste levensjaar zien we dat de kosten van preventie (inentingen) in vergelijking met de kosten gedurende de resterende levensloop relatief hoog zijn. Na een piek bij de geboorte (o.a. door neonatale zorg) zijn de curatieve zorgkosten voor 1-4 jarigen minimaal in vergelijking met later in de levensloop.

**Figuur 5.3 Zorgkosten over de levensloop in Nederland (gemiddeld per persoon in 2007, in euro' s)**



Bron: RIVM, Kosten van ziekten in Nederland 2007 (website [www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl)).

Vanaf een jaar of vier worden de cognitieve functies die zich in de prefrontale cortex bevinden, het snelst ontwikkeld. Kinderen leren op school schrijven, lezen, rekenen et cetera. Maar ook vaardigheden als samenwerken, presenteren, plannen en organiseren worden in deze periode ontwikkeld (zie groene lijn in figuur 5.1). Een goede gezondheid is de basis voor een optimale ontwikkeling van deze vaardigheden. Een ziek kind kan nu eenmaal niet naar school. De rol van de ouders is hierbij opnieuw belangrijk. Het prikkelen van prestaties, maar ook het zorgen voor voldoende rust, een stabiele thuissituatie en evenwichtige voeding

is cruciaal. Dit kost tijd en geld, maar levert een bijdrage aan de groei van het menselijk kapitaal. De intensieve preventieve zorg vanuit de consultatiebureaus wordt in deze fase vervangen door de minder intensieve zorg vanuit de gemeentelijke gezondheidsdiensten. Ook preventieve tandartsenzorg wint aan belang ten opzichte van de vorige levensfase. Daarnaast is sprake van curatieve zorg door de eerstelijnszorg en in enkele gevallen vanuit de tweedelijns als gezondheidsklachten moeten worden verholpen.

De pubertijd en de adolescentie kenmerken zich door verbreding en verdieping van kennis. In het lichaam komt de prefrontale cortex langzaam tot wasdom. Dit helpt bij het maken van eigen keuzes en afwegingen. De invloed van de sociale groep waarin het kind verkeert, wordt in deze periode groter. Kinderen komen in aanraking met en worden zich bewust van verschillen in gedrag en maken daarin voor het eerst zelfstandige keuzes. Niet alle keuzes zijn daarbij optimaal voor de ontwikkeling van de gezondheid en kennis. Voorbeelden zijn schooluitval, roken, overmatig alcohol- en drugsgebruik. Preventie van uitval en het stimuleren van gezond gedrag door ouders en omgeving zijn daarom waardevol om voort te bouwen op de eerdere investeringen, deze uit te breiden en te voorkomen dat vroegtijdig op het menselijk kapitaal moet worden afgeschreven. Zoals de paarse lijn uit figuur 5.1 illustreert, zijn er in de levensfase tot ongeveer 25 jaar doorgaans weinig gezondheidsklachten en is de gezondheid veelal maximaal. Na de middelbare school wordt de kennisvoorraad verder uitgebouwd door tijd en geld (studieleningen) te investeren. Daarbij zien we dat capaciteiten elkaar in de tijd versterken en dat de effecten van investeringen persistent zijn. Een kind dat vandaag leert lezen, kan morgen beter rekensommen maken en overmorgen een verhaaltjessom oplossen. Kinderen met het hoogste kennisniveau aan het einde van de basisschool (hoogste Cito-scores) stromen uit naar de hoogste vormen van het voortgezet onderwijs en hoger onderwijs. Eenzelfde trend is zichtbaar bij gezondheid. Een jong kind met obesitas heeft een minder goede basis voor een verder gezond leven (bijvoorbeeld vroegtijdige gewrichtsslijtage) en medische zorg. Zo is de uitvoering van een zware hartoperatie op latere leeftijd mede afhankelijk van de verdere gezondheid op dat moment. Een mindere gezondheid bij geboorte of te weinig kennisopbouw hebben dus consequenties voor de uitkomsten later in het leven. Kennis en gezondheid zijn daarmee zelfproductief. Dat wil zeggen dat capaciteiten die vandaag verworven zijn, behulpzaam zijn bij het verwerven van capaciteiten morgen. Gedurende deze eerste twee decennia van het leven nemen de ouders en de samenleving de meeste kosten van de investeringen in kinderen voor hun rekening. Kinderen hebben daardoor in deze levensfase nauwelijks financieel vermogen (zie oranje lijn in figuur 5.1).

Eenmaal volwassen gaan mensen na het afronden van hun voltijdse studies aan het werk. Het loon dat ze verdienen hangt af van zowel de gezondheid als de opgebouwde kennis. In deze periode bouwen ze voort op eerdere kennis, die het gevolg is van de eerdere leefstijl en opleiding. Verdere grote investeringen in kennis zijn in deze levensfase minder effectief en efficiënt. Allereerst is de resterende levensduur korter waardoor over een kortere periode de opleiding wordt terugverdiend. Daarnaast is ook de periode waarin nog relatief eenvoudig kennis kon worden vergaard door de plasticiteit van de hersenen voorbij, waardoor de directe kosten in de vorm van tijd snel toenemen. Het rendement van grote kennisinvesteringen wordt dus lager. In deze fase ligt het accent dan ook bij de investeringen

in kennis op 'learning by doing' en gerichte trainingen om nieuwe ontwikkelingen bij te benen. De concrete invulling van levenslang leren verandert dus. Omdat de fase tot 45 jaar zich opnieuw kenmerkt door weinig gezondheidsklachten, beperken de meeste investeringen in gezondheid zich tot preventieve zorg. Ten slotte worden opgebouwde schulden afgelost (studieschulden en hypotheek) en vindt vermogensvorming plaats voor toekomstige uitgaven aan gezondheidszorg en de kosten van levensonderhoud in de periode waarin niet meer gewerkt kan worden.

In de laatste fase van het werkzame leven, zeg de periode van 45 tot 70 jaar, neemt de gezondheid af. Voor een deel is dit een autonoom proces gedreven door omstandigheden, maar voor een ander deel het gevolg van eerder gemaakte keuzes. Obesitas-, alcohol- en tabakgerelateerde ziekten zijn hier voorbeelden van. Maar ook fysiek zware beroepen kunnen de oorzaak van een verslechterde gezondheid zijn. De in deze levensfase aan het licht komende gebreken en aftakeling vragen om reparatie en de hieruit volgende vraag naar curatieve zorg zal toenemen met de leeftijd (zie sterke stijging paarse lijn figuur 5.3). Daarnaast wordt het moeilijker om bepaalde fysiek zware taken uit te voeren door afnemende fysieke kracht. Door deze afnemende gezondheid en verouderde kennis gaan mensen minder werken en gaan de zorgkosten per persoon stijgen.

De laatste levensfase start bij het verlaten van de arbeidsmarkt. Vanaf dit moment weegt de productiviteit niet meer op tegen de waarde van vrije tijd of heeft de gezondheid te grote belemmeringen opgeworpen. De gezondheid neemt verder af en vertaalt zich in een toenemende vraag naar curatieve zorg (zie paarse lijn, figuur 5.3). Ook stelt de afnemende gezondheid mensen meer en meer voor problemen als het gaat om het voeren van een eigen huishouding. Een toenemend beroep op verzorging, eerst in de vorm van thuiszorg en later wellicht in de vorm van intramurale verzorging, zijn hiervan het gevolg (zie oranje lijn in figuur 5.3). In de preventieve zorg zien we in deze fase de griepvaccinatie en de aandacht voor valpreventie bij ouderen.

### **5.3 Verschillen tussen mensen**

Hoewel Lisa, Luca en Sarah op dezelfde dag zijn geboren, ontwikkelt hun leven zich verschillend. De een blijft lang gezond, een ander kampt al vroeg met fysieke of psychische beperkingen. De een overlijdt misschien op relatief jonge leeftijd, terwijl een ander wellicht de grens van 100 jaar overschrijdt. En ook in opleiding zien we verschillen. Enkelen van hen zullen moeten ploeteren voor een vmbo-diploma, terwijl anderen misschien met gemak hun gymnasiumdiploma binnenslepen. Dit zien we terug in inkomen. Sommigen van hen zullen een minimuminkomen verdienen. Tegelijkertijd zal het inkomen van een ander wellicht de Balkenendenorm overtreffen.

Verschillen tussen mensen zijn te herleiden tot drie hoofdfactoren. Ten eerste de genetische bagage waarmee men geboren wordt. In economisch: het startkapitaal. Ten tweede de omstandigheden waarmee men tijdens het leven wordt geconfronteerd. Bijvoorbeeld leefomstandigheden, maar ook geluk en pech. Ten derde de keuzes die gedurende het leven worden gemaakt.

Zo ontstaan al direct na de conceptie verschillen tussen mensen. Dit kan het gevolg zijn van de genen van de ouders, de leefstijl van de moeder (voeding en rust) die invloed heeft op de omgeving (baarmoeder) waarin het kind groeit en van de leefomgeving die normen en waarden en keuzes beïnvloedt.

**Tabel 5.1** Verschillen bij geboorte, 2007 (%)

	Nederland	Vogelaarwijken
	%	
Pasgeborenen met extra zorgbehoefte	16	20
Apgarscore <7	1	2
IC-opnames	2	3
Zwangerschap <37 weken	6	6
Te laag geboortegewicht	9	12
Gewicht <2500 gram	5	6
Totaal aantal geboren	167.220	10.210

Bron: CBS, Statline.

Tabel 5.1 illustreert de verschillen bij geboorte in 2007. De cijfers laten het percentage pasgeborenen met problemen voor Nederland als geheel zien en voor kinderen die in achterstandswijken zijn geboren. Het is duidelijk dat kinderen die zijn geboren in achterstandswijken gemiddeld een slechtere start hebben dan andere kinderen. Hun geboortegewicht is gemiddeld lager, hetzelfde geldt voor het percentage problematische apgarscores.<sup>71</sup> Ook hebben deze kinderen gemiddeld vaker medische hulp, in de vorm van curatieve zorg, nodig in de eerste levensfase.

In groep 8 van de basisschool komt het niveau van vaardigheden dat door aanleg en investeringen in en door het kind is bereikt, tot uiting in een schooladvies voor de middelbare school. Een grote verscheidenheid komt in deze adviezen tot uiting variërend van beroepsgericht vmbo tot gymnasium (zie tabel 5.2) Ook blijkt dat kinderen uit lagere inkomensgroepen vaker hun weg vinden naar het vmbo (met name beroepsgericht) in vergelijking met kinderen van rijke ouders. Zo komen bij inkomens van ten minste vier keer het minimumloon relatief veel vwo'ers voor, terwijl de groep met minder dan twee keer het minimumloon oververtegenwoordigd is in het beroepsgerichte vmbo. Of de verschillen veroorzaakt worden door verschillen in (erfelijk) startkapitaal, of door leefomstandigheden van de kinderen, valt niet uit deze cijfers op te maken. Afgaand op de literatuur spelen beide factoren een rol.

<sup>71</sup> De apgarscore geeft een snelle indruk van de algemene toestand van een pasgeboren baby. De meeste baby's worden geboren met een score tussen 7 en de maximale 10 punten. Onder de 4 punten is onmiddellijk ondersteunende medische hulp vereist.

**Tabel 5.2 Cito-schooladviezen van bruggers in augustus 2005 (%)**

	Vmbo-bk	Vmbo-gt	Havo	Vwo
Totaal	31,2	23,1	27,6	18,1
<b>Inkomen ouders</b>				
minder dan 2x minimumloon	41,7	23,8	23,1	11,4
2 - 4x minimumloon	31,5	24,3	28,0	16,3
meer dan 4x minimumloon	18,2	20,4	32,7	28,7

Bron: Stroucken e.a. (2008).

Ook doorstroming in het voortgezet onderwijs en de slagingskansen daar zijn mede afhankelijk van omgevingsfactoren. Kinderen uit de hogere inkomensgroepen en twee-oudergezinnen halen relatief vaker een diploma boven hun oorspronkelijke Cito-advies, terwijl kinderen uit lagere inkomensgroepen en uit eenoudergezinnen oververtegenwoordigd zijn in de groep leerlingen die een niveau zakt. Ook het behalen van een startkwalificatie gaat samen met gezinskenmerken.<sup>72</sup>

Deze verschillen in onderwijsniveau aan het eind van het voortgezet onderwijs vertalen zich in het vervolgonderwijs en worden tijdens het werkende leven uitvergroot door verschillen in inkomen, de opbouw van financieel vermogen, maar ook in gezondheid. De gepercipieerde gezondheid is beter voor hoger dan voor lager opgeleiden, zoals tabel 5.3 laat zien. Mensen met slechts een opleiding in het basisonderwijs vinden bijna drie keer zo vaak dat hun gezondheid minder dan goed is ten opzichte van mensen met een hbo- of wo-opleiding. De laatste groep beoordeelt hun gezondheid veel vaker als zeer goed dan andere groepen. Over de causaliteit tussen gezondheid en kennis is het laatste woord nog niet gesproken. Meest waarschijnlijk is er sprake van een wederzijdse beïnvloeding. Zo zullen verstandelijk gehandicapten (mindere gezondheid) doorgaans een lager opleidingsniveau bereiken. Tegelijkertijd zien we meer mensen met lagere opleidingsniveaus in de zware beroepen (bijvoorbeeld de bouw) met grotere gezondheidsrisico's. Investerings in gezondheid en in kennis hebben daarmee een elkaar versterkend (complementair) karakter.

**Tabel 5.3 Hoger opgeleiden zijn gezonder (%)**

	Zeer goed	Goed	Minder dan goed
Basisonderwijs	17.1	49.0	34.0
VMBO b/k, mbo 1	16.7	56.2	27.1
VMBO g/t, HAVO-VWO onderbouw	21.6	56.6	21.7
HAVO, VWO, MBO 2,3,4	23.4	60.2	16.4
HBO, WO	30.5	57.2	12.2

Bron: CBS, Statline.

<sup>72</sup> Van Gaalen en Stoeldraijer, 2012; Hakkenes en De Wijs, 2012 en Jol e.a., 2012.

Achter deze verschillen in ervaren gezondheid schuilen ook verschillen in leefstijl. Tabel 5.4 laat voor rookgedrag en alcoholgebruik zien dat lager opgeleiden verhoudingsgewijs meer roken of drinken, of dat ze zwaardere rokers en drinkers zijn. Ook zien we bij lager opgeleiden een oververtegenwoordiging van mensen met overgewicht.

**Tabel 5.4 Leefstijl-kenmerken naar opleidingsniveau (%)<sup>a</sup>**

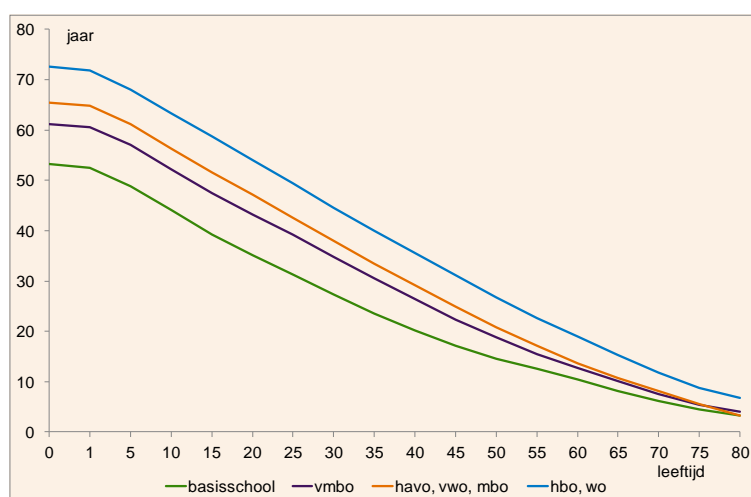
	Rokers	Zware rokers onder de rokers	Dagelijkse rokers	Zware drinkers	Normaal gewicht	Overgewicht
Basisonderwijs	30,7	27,9	28,2	10,0	39,5	59,4
Vmbo, mbo 1, avo	29,7	25,3	25,6	10,4	41,1	58,2
Havo, vwo, mbo	29,3	19,6	23,7	10,5	49,5	49,3
Hbo	20,6	14,6	13,7	7,3	56,8	41,9
Wo	17,2	11,2	9,3	7,3	62,1	35,6

<sup>a</sup> Als percentage van de bevolking. Bij roken en alcoholgebruik de bevolking van 12 jaar of ouder. Bij gewicht de bevolking van 4 jaar of ouder.

Bron: CBS, Statline.

De gezondheidsverschillen zien we terug in de sterftecijfers, levensverwachting en de gezonde levensverwachting. Figuur 5.4 toont de resterende levensverwachting bij een als goed ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Het verschil tussen de blauwe en groene lijn laat zien dat hoger opgeleiden op elk moment in hun levensloop een langere gezonde levensverwachting hebben dan lager opgeleiden. Een verschil dat voor een nuljarige circa twintig jaren is. Bij een 80-jarige bedraagt de resterende levensverwachting met een als goed ervaren gezondheid ruim drie jaar voor lager opgeleiden (alleen basisschool), terwijl dit voor mensen met een hbo- of wo-opleiding ruim zes jaar is. Gezondheid en kennis zijn dus onderling complementair. Verder leren de eerdere voorbeelden dat de opgebouwde kennis afhankelijk is van omstandigheden en uitgangspositie eerder in het leven.

**Figuur 5.4 Verschillen in resterende levensverwachting met een als goed ervaren gezondheid naar opleiding**



Bron: CBS, Statline.

## 5.4 Vroege start loont

Gevoelige periodes, complementariteit en zelfproductie zijn de drie kernbegrippen voor investeringen in menselijk kapitaal, zoals die uit de voorafgaande beschrijving van de levensloop opdoemen. Gevoelige periodes zijn gedefinieerd als periodes waarin bepaalde vaardigheden het best kunnen worden ontwikkeld.

Zelfproductie betekent dat capaciteiten die vandaag zijn verworven, behulpzaam zijn bij het verwerven van capaciteiten morgen. Het behelst het idee dat capaciteiten elkaar in de tijd versterken en dat de effecten van investeringen persistent zijn.

In combinatie met de gevoelige periodes vereist zelfproductie dat investeringen in de juiste volgorde worden uitgevoerd. Een baby heeft allereerst borstvoeding nodig alvorens het sterk genoeg is om te leren lopen. Het heeft dus geen zin een kind van acht weken al te leren lopen. Persistentie strekt zich ook uit over generaties. Immers, een mindere gezondheid van een jong meisje nu, cumulerend in een mindere gezondheid van een jonge zwangere vrouw straks, zal de gezondheid van haar baby negatief beïnvloeden. Gezondheidsverschillen tussen mensen kunnen zich zo generaties lang manifesteren. Ook bij kennisontwikkeling is deze persistentie over de generaties terug te zien (tabel 5.2).

Van complementaire investeringen in menselijk kapitaal is sprake als investeringen in gezondheid (kennis) de opbrengsten van investeringen in kennis (gezondheid) verhogen. Dit betekent dat investeringen niet alleen nuttig zijn voor een hoger gezondheidsniveau, maar ook voor het efficiënter aanleren van andere vaardigheden. Een eerste voorbeeld hiervan is dat een gezonder mens door minder ziekteverzuim beter in staat is kennis te vergaren. Maar ook dat mensen met een hoger kennisniveau en het daaraan gepaard gaande hogere inkomensniveau doorgaans duurder en gezonder voedsel willen en kunnen kopen, of een minder fysiek belastende baan hebben (zware beroepen).

Als gevolg van gevoelige investeringsperiodes, complementariteit tussen verschillende investeringen en zelfproductieve investeringen zijn investeringen in menselijk kapitaal vroeg in het leven het meest efficiënt, mits ze worden gecontinueerd in latere periodes. Dit laat zich goed illustreren aan de hand van obesitas onder jonge kinderen.

Overwicht onder jonge kinderen heeft allereerst negatieve effecten op zelfproductie. Kinderen met overgewicht zijn lichamelijk minder fit en ontwikkelen zich daardoor minder snel. Ze zijn vaker ziek of kampen vaker met lichamelijke problemen die de ontwikkeling van lichaam en geest in de weg staan. Hierdoor daalt de paarse lijn in figuur 5.1 vanaf een eerdere leeftijd en overlijden deze mensen eerder. Gedurende het verdere leven ontstaan hogere medische kosten (mensen met overgewicht gebruiken vaker en meer medicijnen, hebben vaker spoedeisende hulp nodig door hartproblemen en diabetes en hebben een hogere kans op kanker) en een hoger ziekteverzuim tijdens het werkzame leven.

Verder vinden door obesitas minder of te weinig complementaire investeringen plaats. Vanuit een economische invalshoek kan er een verschil ontstaan tussen Luca en Sarah. Stel



dat Sarah door ongezond voedsel overgewicht heeft. Dit betekent dat er onvoldoende in haar gezondheid is geïnvesteerd. Een slechtere gezondheid vermindert Sarah's investeringen in kennis, doordat zij vaker afwezig is op school (door ziekte of gepest worden). Deze onderinvesteringen versterken elkaar, waardoor Sarah's gezondheid, kennisniveau en verdien capaciteit lager zijn in vergelijking met de investeringen van Luca die geen overgewicht heeft. Dit heeft ook gevolgen voor de volgende generatie omdat Sarah minder kan investeren in haar eigen kinderen. Ook is overgewicht niet bevorderlijk voor een zwangerschap. Zo hebben kinderen van moeders met obesitas vaak een lagere apgarscore.

Dat ook bij obesitas sprake lijkt van een gevoelige periode blijkt uit een studie van Cawley (2009). Hij inventariseert de kosten per qaly die kunnen worden bespaard door obesitas te lijf te gaan. Uit zijn samenvatting van de literatuur blijkt dat het voorkomen van overgewicht vele malen goedkoper is dan het achteraf terugdringen van overgewicht. De kosten per qaly in de Verenigde Staten zijn ongeveer 4500 dollar bij kinderen, terwijl deze ruim 27.000 dollar voor volwassen bedragen. De reden is dat opgetreden schade vaak niet te repareren valt. Mensen die eenmaal te dik zijn, hebben zelfs nadat ze zijn afgevallen nog een grotere kans op hartproblemen en diverse soorten kanker. Daarnaast zijn de kosten van hulpmiddelen en diëten erg hoog. Voorlichting aan kinderen en ouders is vanuit dat opzicht vele malen efficiënter.

Tegen deze achtergrond van gevoelige periodes, zelfproductie en complementariteit moeten veel investeringen in menselijk kapitaal dus in de eerste levensjaren plaatsvinden. In de praktijk betekent dit dat de investeringen door de ouders dus cruciaal zijn voor vroeg en later succes. Beperkingen die ouders ondervinden in deze vroege periode van ontwikkeling, kunnen dus vergaande gevolgen hebben voor het kind.

## **5.5 Gezondheid en zorg: eigen of collectieve verantwoordelijkheid?**

Zoals uit vorige hoofdstukken is gebleken, zullen de zorgkosten de komende jaren sterk toenemen en zal dat –bij een ongewijzigde verdeling tussen collectieve en individuele (private) financiering– ook tot een toenemende herverdeling leiden. Dat de zorgkosten stijgen, is deels het gevolg van een vergrijzende samenleving. Toenemende totale kosten van de zorg zijn daarmee gedeeltelijk onvermijdelijk. De verdeling over collectieve en private financiering berust echter op een keuze. Een keuze gebaseerd op economische en niet-economische argumenten. We beperken ons hier tot de economische argumenten.

Eerder in dit hoofdstuk hebben we laten zien dat de ontwikkeling over het leven van gezondheid en zorg samenhangt met het startkapitaal van mensen bij geboorte (uitgangspositie), omstandigheden tijdens het leven en keuzes van mensen. Voor zover een slechte gezondheid en dus hoge zorgkosten het gevolg zijn van een onvermijdbaar startkapitaal en/of van onvermijdbare omstandigheden tijdens het leven, hangt een verdeling van de kosten over collectieve en private financiering vooral samen met de maatschappelijke preferenties (zie hoofdstuk 6). In vergelijking met bijvoorbeeld Amerika, is er in Nederland een grotere maatschappelijke wens deze zorgkosten samen te delen. Omdat

maatschappelijke preferenties niet het werkveld zijn van economen, laten wij deze hier verder buiten beschouwing.

Anders wordt het als gezondheid en zorg het resultaat zijn van keuzes van mensen. Afhankelijk van hoe we tegen mensen en hun omgeving aankijken, leidt dit tot verschillende inzichten over overheidsbemoeyenis met het keuzegerelateerde deel van gezondheid en zorg. Hieronder werken we dit thema vanuit verschillende invalshoeken nader uit.

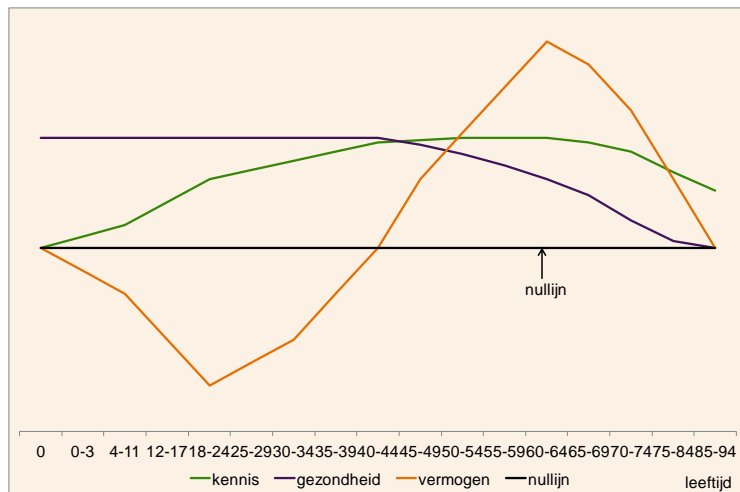
### **Individuele verantwoordelijkheid**

De eerste invalshoek vertrekt vanuit een denkbeeldige mens die op efficiënte en rationele wijze probeert zijn levensgeluk te optimaliseren en vraagt nauwelijks of geen overheidsbemoeyenis. De consumptieve uitgaven, de gewenste vrije tijd (als complement van werken en studeren), de investeringen in gezondheid (kwaliteit en lengte van het leven) en investeringen in kennis zijn dan een integrale afweging van welzijn (plezier) nu en later. Zo zal het plezier van ongezonde consumptieve uitgaven in het heden worden afgewogen tegen een korter leven, of leven in mindere gezondheid. Zal het welzijn van studeren (later hoger inkomen) worden afgewogen tegen meer vrije tijd nu. Ook de lengte van het leven zal op deze wijze een rationele afweging zijn tussen het plezier van dat langere leven en de (eerdere) offers die dat vergt. Te denken valt aan een gezonde leefstijl of minder zwaar beroep in eerdere jaren, of minder consumptie om hogere zorguitgaven mogelijk te maken, meer werken om in het levensonderhoud en zorguitgaven van een langer leven te voorzien et cetera.

Gecombineerd met een perfecte wereld waarin men met zekerheid beschikt over alle relevante informatie en niet belemmerd wordt in de realisatie van zijn wensen, schetst figuur 5.5 het verloop van het hieruit volgende optimale investeringsgedrag over de levensloop.

De optimale ontwikkeling uit deze figuur komt in veel opzichten overeen met de schets van het feitelijke verloop in figuur 5.1. In de eerste 25 jaar van het leven zetten mensen rekening houdend met zelfproductie, complementariteit en gevoelige periodes, vooral in op investeren in het uitbreiden van hun kennis en het behoud van gezondheid nu en later in het leven. In deze levensfase is de horizon waarover investeringen renderen maximaal en verloopt het aanleren van kennis relatief eenvoudiger dan later in het leven (lage kosten). Omdat de gezondheid initieel doorgaans goed is, hebben de investeringen in gezondheid vooral het karakter van preventie (inenting, gezonde leefstijl). In die gevallen dat sprake is van een verslechtering in de gezondheid zal door curatieve zorg een herstel worden nagestreefd. Vooral investeringen in kennis kosten tijd en geld. In de eerste levensfase is tijd niet de belangrijkste belemmering. Geld ontbreekt echter. Wetende dat de investeringen zich later zullen terugbetalen, gaat men hiervoor leningen aan. We zien dit laatste terug in het verloop van de oranje lijn in figuur 5.5.

**Figuur 5.5 Welvaartsoptimale ontwikkeling van gezondheid, kennis en financieel vermogen over levensloop**



In de fase van circa 25 tot 45 jaar volgt een entree op de arbeidsmarkt. Eerder gemaakte schulden worden afgelost en er moet een spaarpotje komen voor consumptie en zorgkosten na het werkzame leven. Dit is het moment waarop de eerdere kennisinvesteringen zich door een hoger loon terugbetalen in de vorm van arbeidsinkomen. Arbeid doet echter ook een beroep op de beschikbare tijd. Dat betekent dat in de concurrentie met vrije tijd de tijdsinvestering in gezondheid minder wordt. Ofwel: een minder gezonde leefstijl (snelle hap, minder bewegen, minder preventieve zorg).

Het patroon van toenemend financieel kapitaal (oranje lijn in figuur 5.5) en verminderde investeringen in kennis zet zich voort in de periode 45-70 jaar. Afhankelijk van de levensloop in de voorafgaande decennia (leeftijd, aard van het werkzame leven) wordt de gezondheid geleidelijk aan minder. Afhankelijk van de resterende horizon en de kosten en mogelijkheden van curatieve zorg om weer opgelapt te worden, wordt een toenemend beroep op curatieve zorg gedaan.

Na het beëindigen van het werkzame leven stelt de gezondheid meer beperkingen aan het functioneren. Het eerder in het leven hiervoor aangelegde spaarpotje voorziet in curatieve uitgaven voor nieuwe gewrichten en/of medicijnen (cholesterol, bloeddruk) en consumptieve uitgaven in deze fase. Door het ontbreken van arbeidsinkomen zal geleidelijk aan worden ingeteerd op het financiële vermogen. Tot slot komt door een gerichte desinvestering in gezondheid, of het achterwege laten van noodzakelijke levensverlengende curatieve zorg een weloverwogen eind aan het leven. Het geld en het lichaam zijn dan op, maar met de eerder gekozen verdeling van investeren in kennis en gezondheid, consumeren en werken (vrije tijd) over de levensloop was het levensgeluk (welvaart) in dat leven optimaal. En zoals bovenstaande beschrijving laat zien, was daarvoor geen overheidsbemoeienis noodzakelijk.

Eerder hebben we betoogd dat de vandaag geboren Lisa, Luca en Sarah een verschillende levensloop kennen afhankelijk van hun startkapitaal, omstandigheden en keuzes. Als alle

drie op efficiënte en rationele wijze proberen hun levensgeluk te optimaliseren, leidt dit tot verschillen in het verloop van de drie lijnen in figuur 5.5. Zo zal iemand van wie de genen resulteren in een levensverwachting van 70 jaar minder investeren in gezondheid en kennis dan iemand met een levensverwachting van 90 jaar. De horizon waarin investeringen kunnen worden terugverdiend is immers korter. Ook is er een kortere periode waarin na het werkzame leven in levensonderhoud moet worden voorzien. Recent empirisch onderzoek van Oster e.a. (2012) vormt hiervan een illustratie. Zij onderzochten verschillen in opleidingsniveau tussen twee groepen mensen. De ene groep omvat dragers van het Huntington-gen en de andere groep niet.<sup>73</sup> Tot de leeftijd waarop de aanwezigheid van dit gen wordt vastgesteld, zijn er nauwelijks verschillen in opleidingsniveau tussen de twee groepen. Maar nadat aanwezigheid van het gen is vastgesteld en daarmee de verwachte levensduur van de drager aanzienlijk is verlaagd, blijkt de Huntington-groep minder in kennisontwikkeling te investeren (gemiddeld lager opleidingsniveau) dan de andere groep. Ook wordt bij de dragers van het Huntington-gen een gemiddeld minder gezonde leefstijl waargenomen. Zij roken relatief meer en bij preventieve bevolkingsonderzoeken naar kankers is de participatiegraad lager.

Naast effecten op de levensverwachting bepalen genen en omgevingsfactoren ook de mogelijkheden van mensen. Zo zullen mensen die als gevolg van hun genen minder gezond zijn (bijvoorbeeld gehandicapt, of chronisch zieken), minder kennis en inkomen kunnen verwerven, of er meer moeite voor moeten doen. Dit betekent dat er minder ruimte is voor consumptie en vrije tijd. Mensen die gemakkelijk kunnen leren, hebben minder tijd nodig om kennis te verwerven (minder kosten) en investeren daardoor ook meer. Zij zullen ook gezonder leven vanwege de complementaire relatie tussen kennis en gezondheid.

Bovenstaande voorbeelden maken duidelijk dat de lijnen in figuur 5.5 voor Lisa, Luca en Sarah verschillend verlopen. Maar, vanuit de eerste invalshoek bezien, elk als het resultaat van een optimale keuze conditioneel op het voor hen geldende startkapitaal en de voor hen geldende omstandigheden. Overheidsbemoeienis kan die optimale keuze niet verbeteren. Van een geheel andere orde is de vraag of het wenselijk is dat verschillen in omstandigheden en startkapitaal aanleiding zijn voor een verschillend verloop van gezondheid, kennis en financieel kapitaal tussen mensen. Verdedigbaar is de opvatting dat minder bedeelden (startkapitaal, omstandigheden) daarvoor gecompenseerd moeten worden. Maar met die opvatting raken we aan maatschappelijke preferenties.

### **Gedeelde verantwoordelijkheid**

In deze eerste invalshoek stond een denkbeeldige mens centraal die prima zijn eigen boontjes kan doppen, omdat hij over alle informatie beschikt, capabel is de voor hem optimale keuzes te maken en bij de uitvoering daarvan geen belemmeringen ondervindt. De praktijk van alledag is echter complexer. Als gevolg daarvan kunnen suboptimale investeringen in menselijk of financieel kapitaal ontstaan. Mensen zijn dan dus slechter af dan ze op basis van hun mogelijkheden (capaciteiten) zouden kunnen zijn. Bijvoorbeeld in termen van figuur 5.5 een mindere gezondheid en kortere levensduur (lager niveau en

---

<sup>73</sup> Als gevolg van het Huntington-gen worden de hersenen vroegtijdig aangetast (doorgaans tussen 35ste en 45ste levensjaar) met, na circa 15 jaar, de dood als gevolg.

snellere daling van paarse lijn) of een lager kennisniveau (groene lijn). Door gericht ingrijpen door een derde partij, bijvoorbeeld de overheid, kan geprobeerd worden het gat tussen optimale en suboptimale investeringen dan geheel of gedeeltelijk te dichten. In het restant van dit hoofdstuk benoemen we een aantal factoren die achter suboptimale investeringen kunnen schuilgaan (externe effecten, beperkingen op gewenste transacties, tijdsinconsistentie, sociale normen, referentiepunten, beperkte vaardigheden). Maar een waarschuwing is op zijn plaats. Ook de overheid is niet onfeilbaar en interventies kunnen ongewenste neveneffecten met zich meebrengen. De welvaartswinst op enig terrein zal dus moeten worden afgewogen tegen mogelijke verliezen elders.

Van externe effecten is sprake als het handelen van een individu gevolgen heeft voor andere burgers. In een ideale wereld worden deze gevolgen in de prijzen van transacties verwerkt. Nadelen voor anderen leiden dan tot hogere prijzen ter compensatie van die ander, voordelen voor derden juist tot lagere prijzen (de ander betaalt mee). Ook bij zorg en gezondheid bestaan externe effecten. Roken en inenting tegen besmettelijke ziekten zijn daar voorbeelden van. Zo leidt het inenten van kinderen niet alleen tot bescherming tegen ziekten voor henzelf, maar verkleint ook het besmettingsgevaar voor andere kinderen. Roken heeft via het passief meeroken een negatief effect op de gezondheid van anderen. Regulering van het roken in openbare ruimtes en het Rijksvaccinatieprogramma zijn concrete uitwerkingen van overheidsinterventies om de externe effecten op efficiënte wijze in te dammen.

Een voor dit hoofdstuk in het bijzonder relevante vorm van externe effecten betreft de ouder-kindrelatie. Omdat kinderen niet zelfstandig over hun investeringen in gezondheid, kennis en financieel kapitaal mogen beslissen, nemen ouders deze taak op zich. Maar daarmee zijn kinderen eerst geheel en later deels afhankelijk van de investeringen van hun ouders. Dit begint al in de baarmoeder en gaat door tot de periode van adolescentie. Ouders zijn echter gebonden door tijd en geld en hebben hun eigen voorkeuren. Daardoor kunnen zij voor hun kinderen suboptimale keuzes maken. Voorbeelden zijn ongezond voedsel, waardoor kinderen dik worden, of het op een te late leeftijd naar school sturen, waardoor achterstanden worden opgelopen. Omdat ouders keuzes voor hun kinderen maken, kan dit resulteren in suboptimale investeringen in het menselijk kapitaal van de kinderen. De gevolgen hiervan zijn dat de gezondheid eerder zal afnemen en kennisinvesteringen te gering zullen zijn. Aan de andere kant kunnen er ook onevenwichtige investeringen plaatsvinden. Wie kent niet de fanatieke voetbalvader die zijn zoon later in de Champions League wil zien spelen, terwijl het ventje maximaal het talent voor de zaterdaghoofdklasse heeft. Of de moeder die in haar dochter de nieuwe Madonna ontwaart. De onevenwichtige aandacht voor het voetballen of het meedoen aan talentenjachten leidt tot te weinig aandacht op andere terreinen met suboptimale uitkomsten als uitkomst.

Op verschillende markten ondervinden individuen beperkingen op hun gewenste transacties. Ten eerste zijn er op de financiële markten liquiditeitsrestricties die grenzen stellen aan het aangaan van schulden. Zo kunnen kinderen geen schulden aangaan ter financiering van hun gezondheid en investeringen. Dit is een beperking voor kinderen die in gezinnen opgroeien met minder financiële middelen. Met gratis onderwijs en zorg voor

kinderen onder de 18 jaar worden de beperkende effecten van liquiditeitsrestricties gereduceerd; als kinderen gaan studeren, neemt de studiebeurs of het sociaal leenstelsel deze restricties weg. Ten tweede stelt de numerus fixus grenzen aan de mogelijkheden te investeren in kennis. Tot slot is er ook bij zorg en gezondheid sprake van onbereikbare zorg. Wachtlijsten in ziekenhuizen en orgaandonatie zijn voorbeelden waarbij individuen beperkt worden in de timing van de gewenste investeringen in hun menselijk kapitaal. Er is vanuit ethisch oogpunt voor gekozen deze schaarste aan doneren niet op te lossen door verschillende prijzen voor organen toe te staan. Vergelijkbaar is het burgerinitiatief 'Voltooid Leven' en het ontbreken van de 'Pil van Drion'. Dit zijn illustraties van ethische beperkingen op de realisatie van tegenovergestelde wensen.

Tijdsinconsistentie duidt op het menselijke gedrag waarin goede voornemens voor de toekomst (minder roken, gezonder eten, meer bewegen, meer sparen, een toets gaan leren) bij het bereiken van die toekomst toch niet worden uitgevoerd, maar naar later worden verschoven. Dit herhaalde uitstelgedrag leidt uiteindelijk tot afstel. Een afstel dat bij kennis tot uiting komt in zittenblijven, schooluitval of een lager onderwijsniveau. Bij gezondheid zal afstel van goede voornemens, zoals preventieve investeringen door een gezonde leefstijl en deelname aan preventieve bevolkingsonderzoeken, de kansen op obesitas, kanker en hart- en vaatziekten vergroten. Door het afstel van besparingen zullen na pensionering beperkingen in consumptieve mogelijkheden ervaren worden. Ex post komen individuen hierdoor slechter uit dan men zich eerder had voorgenomen. Zo is uiteindelijk het bereikte kennisniveau en dus loonniveau en arbeidsinkomen lager dan eerder gewenst. Maar ook zullen de curatieve zorgkosten hoger uitvallen dan wanneer men daadwerkelijk op de voorgenomen leefstijl of op het minder zware beroep was overgestapt. De bestaande collectieve tweedepijlerpensioenregelingen, zijn een voorbeeld van overheidsregulering waarmee de suboptimale uitkomsten als gevolg van tijdsinconsistentie worden beperkt.

Uit onderzoek blijkt verder dat mensen zich bij hun keuzes ook laten leiden door wat anderen er van zullen vinden. Sociale normen van de eigen groep of vanuit de media ('skinny models', de stoere 'Marlboro man') sturen daarmee mede de individuele beslissing. Naast normen die 'goed' gedrag ondersteunen ('elke dag fruit') bestaan er ook normen die tot 'slecht' gedrag aanzetten, zoals comazuipen. Deze laatste leiden tot suboptimale uitkomsten, bijvoorbeeld beschadigingen aan hersenen en daardoor verminderde leerprestaties. Er is een rijke literatuur voorhanden waaruit blijkt dat minder wenselijke sociale normen een rol spelen bij anorexia, obesitas, overmatig alcoholgebruik van jongeren en rookgedrag. Vooral de beslissingen van jongeren (alcohol, roken) en vrouwen (gewicht) zijn gevoelig voor de bestaande normen. In verschillende landen zijn er dan ook leeftijdsgrenzen voor alcoholgebruik, verboden op reclame en sportsponsoring (Frankrijk, Noorwegen) en stringente regelgeving rond de beschikbaarheid van fast food (New York).

Is bij sociale normen de omgeving van invloed, bij referentiepunten is de beslissing van individuen mede afhankelijk van de wijze waarop het beslisprobleem wordt voorgelegd. Bekende voorbeelden hiervan zijn deelname aan pensioenregelingen, de inhoud van het boodschappenmandje als men hongerig is en orgaandonatie. Rond orgaandonatie geldt in Nederland als referentiepunt dat niemand orgaandonor is, tenzij aangegeven van wel. Er

moet dus een expliciete inspanning worden geleverd om donor te worden. In België is het juist andersom. Omdat deze inspanning nauwelijks kosten vergt, zou de bereidheid tot orgaandonorschap –bij gelijke preferenties in België en Nederland– vergelijkbaar moeten zijn. De cijfers wijzen echter anders uit. Er zijn in Nederland veel minder donoren dan in België. Veel Amerikaanse werknemers zijn niet standaard opgenomen in een pensioenregeling. Het vergt van hen dan een extra en expliciete actie om wel daaraan deel te nemen. Evenals bij orgaandonatie leidt deze standaardkeuze tot lagere participatiegraden dan bijvoorbeeld in Nederland. Tot slot heeft onderzoek uitgewezen dat boodschappen doen in hongerige toestand uitmondt in een winkelwagentje met meer ongezonde voeding dan een uitgangssituatie met een gevulde buik.

Tot slot kampen mensen met beperkte vaardigheden. In deze gevallen gaat het niet om een tekort aan informatie, maar om onvoldoende vaardigheden om de verstrekte informatie in adequaat handelen te vertalen. Bij keuzes over vermogensvorming, gezondheid en kennis blijkt niet iedereen in staat of bereid alle informatie te begrijpen of tot zich te nemen. Zo kiezen ouders voor hun kinderen soms de school die het dichtst bij de route naar het werk ligt in plaats van de beste school. Medische informatie, zoals diagnoses of bijsluiters, en voedsletiketten worden slechts beperkt begrepen waardoor mogelijk suboptimale keuzes plaatsvinden. Rond spaarbeslissingen is er veel empirisch onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat veel mensen financiële begrippen als rente en inflatie niet begrijpen en evenmin de gevolgen voor hun vermogen daarvan kunnen overzien.

## De levensloop in vogelvlucht



### *In de kracht van het leven*

- geïnvesteerd in kennis, in eigen levensonderhoud gaan voorzien, nu investeren in behoud van kennis voor later
- nu goede gezondheid, maar later naar verwachting minder, dus nu investeren in behoud van toekomstige gezondheid door o.a. preventieve zorg
- start van opbouw financieel vermogen
- onafhankelijkheid van ouders, maar verantwoordelijkheid voor eigen kinderen



### *Na het pensioen*

- investeren in kennis loont niet meer voor levensonderhoud, beschikbare kennis zal geleidelijk verouderen
- toenemende gezondheidsklachten en daarmee toenemend beroep op curatieve zorg, mogelijk eerste assistentie in vorm van verzorging, effectiviteit van preventieve zorg voor toekomstige gezondheid neemt af
- interen op financieel vermogen
- onafhankelijke positie met afnemende zorg voor eigen kinderen en eigen ouders (vallen weg)



### *De eerste jaren*

- te weinig kennis om later in eigen levensonderhoud te kunnen voorzien, dus nu investeren in kennis voor later door o.a. onderwijs
- nu goede gezondheid, maar later naar verwachting minder, dus nu investeren in behoud van toekomstige gezondheid door o.a. preventieve zorg
- sterke afhankelijkheid van ouders



### *Op de helft*

- de grote groei is uit de carrière, blijven investeren in behoud van kennis voor de tweede helft van het werkzame leven
- eerste gezondheidsklachten komen, via curatieve zorg onder de knie te krijgen, via preventie het proces van achteruitgang proberen te vertragen
- verdere opbouw van financieel vermogen
- onafhankelijke positie met minder zorg voor eigen kinderen, maar wel meer zorg voor eigen ouders



### *De laatste fase*

- investeren in kennis niet meer lonend voor levensonderhoud
- griepvrij en valpreventie moeten acute aandoeningen voorkomen
- toenemende gezondheidsklachten, toenemend beroep op curatieve zorg en langdurige zorg (verzorging, verpleging)
- interen op financieel vermogen
- toenemend afhankelijke positie van eigen kinderen of zorg



## 5.6 Conclusie

Met in het achterhoofd de pasgeboren Lisa, Luca en Sarah hebben we in dit hoofdstuk stilgestaan bij het verloop van gezondheid over hun leven. We hebben daarbij aandacht besteed aan de interacties van hun gezondheid met hun kennisontwikkeling, hun financiële vermogen en hun levensgeluk. Interacties vandaag, maar ook interacties tussen vandaag en de toekomst zijn daarbij aan de orde geweest. Als gevolg van gevoelige periodes waarin investeringen het beste kunnen plaatsvinden, zelfproductie van kennis en gezondheid en interacties tussen gezondheid en kennis, is het cruciaal dat investeringen op zeer jonge leeftijd beginnen. Een vroege start loont, omdat reparatie achteraf duur of soms zelfs onmogelijk is. In gezondheidstermen betekent dit dat preventie en goede zorg voor jonge kinderen belangrijk zijn. Ook hebben we laten zien dat gezondheid en kennis elkaar versterken (complementair). Een goede gezondheid maakt het mogelijk om kennis te verwerven, een hoge opleiding maakt het beter mogelijk een goede gezondheid te behouden (minder fysieke zware beroepen), of meer in een goede gezondheid te investeren (kennis, inkomen). Het tekstkader op de vorige bladzijde vat in vogelvlucht deze levensloop en de interacties tussen gezondheid, kennis en financieel vermogen samen.

Vanuit een economische invalshoek zijn gezondheid en zorg het resultaat van een erfelijk bepaalde uitgangspositie bij geboorte (startkapitaal), omstandigheden tijdens het leven en keuzes van mensen. Tegen deze achtergrond lijken er dan twee economische gronden voor overheidsinterventie in gezondheid en zorg. Ten eerste om, op grond van maatschappelijke preferenties, verschillen tussen de levensloop van Lisa, Luca en Sarah die zijn ontstaan door verschillen in startkapitaal en omstandigheden tijdens het leven, te nivelleren. Ten tweede om het welvaartsverlies te bestrijden dat ontstaat door suboptimale investeringen door Lisa, Luca en Sarah of hun ouders als gevolg van externe effecten, restricties op markten, beperkte informatie, tijdsinconsistentie, suboptimale sociale normen, suboptimale referentiepunten en beperkte vaardigheden. In het Nederland van anno 2013 zijn daarvan al verschillende voorbeelden aanwezig. Maar ook lijkt er nog ruimte voor verdere welvaartswinsten.

## Literatuur

- Becker, G.S., 1964, *Human Capital*, Columbia University Press, New York NY.
- Cawley, J., 2010, The economics of childhood obesity, *Health Affairs*, vol. 29, nr. 3, pp. 364-371.
- Cunha, F. en J.J. Heckman, 2007, The Technology of Skill Formation, *American Economic Review*, vol. 97, nr. 2, pag. 31-47.
- Currie, J., 2011, Inequality at birth: some causes and consequences, NBER Working Paper 16798.
- Erp, F. van, en B. ter Weel, 2013, Gezondheid en kennis over de levensloop: feiten, cijfers en economische theorie, CPB Achtergronddocument.
- Gaalen, R. van, en L. Stoeldraaijer, 2012, Gezinssituatie, ouderlijke inkomsten en schoolniveau van 15-jarigen in Nederland (1999-2008), *CBS Bevolkingstrends* (internetpublicatie te vinden op <http://www.cbs.nl>).
- Grossmann, M., 1972, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, vol. 80, nr. 2, pag. 223-255.
- Hakkenes, A. en A. de Wijs, 2012, Van Citotoets naar brugklas en door naar diploma, *CBS Sociaaleconomische Trends*, eerste kwartaal, pag. 65-79.
- Heckman, J.J., 2008, Schools, Skills and Synapses, *Economic Inquiry*, vol. 46, nr. 3, pag. 289-324.
- Jol, C., G. Mars en F. van der Mooren, 2012, Niet behalen startkwalificatie hangt samen met gezinssituatie, *CBS Sociaaleconomische Trends*, maart, pag. 47-53.
- Murphy, K.M. en R.H. Topel, 2003, *Measuring the Gains from Medical Research, An Economic Approach*, University of Chicago Press, Chicago IL.
- Nelson, C.A., 2000, Neural plasticity and human development: the role of early experience in sculpting memory systems, *Developmental Science*, vol. 33, nr. 2, pag. 115-136.
- Oster, E., I. Shoulson en E.R. Dorsey, 2012, Limited life expectancy, human capital and health investments: evidence from Huntington disease, NBER Working Paper 17931.
- Stroucken, L., D. Takkenberg en A. Béguin, 2008, Citotoets en de overgang van basisonderwijs naar voortgezet onderwijs, *CBS Sociaaleconomische Trends*, tweede kwartaal, pag. 7-15.



## 6 Verschillende mensen; dezelfde zorg

Albert van der Horst en Jasper de Jong

Solidariteit uit zich in het streven naar kwalitatief goede zorg voor iedereen. Hierbij past een breed basispakket voor de Zvw en een voldoende aanbod van AWBZ en Wmo-voorzieningen.

Solidariteit kan zich echter ook uiten in een vangnet voor zorg, vergelijkbaar met bijstand en sociale huurwoningen. Een vangnet sluit beter aan bij argumenten om te differentiëren in zorg, omdat de één meer waarde hecht aan gezondheid en de zorg anders wil invullen dan de ander.

En omdat rijkere mensen meer te besteden hebben en dat deels aan zorg willen doen. En mogelijk ook om rekening te houden met verschillen in inzet en leefstijl. Deze argumenten pleiten voor het aanbieden van verschillende zorgpakketten en een lagere premie voor mensen met een gezonde leefstijl.

## 6.1 Gelijke toegang

Nederland is een van de koplopers in gelijke toegang tot gezondheidszorg, ongeacht inkomen. Minder dan 1% van de mensen geeft aan dat ze geen beroep op zorg doet vanwege afstand, wachtlijsten of financiële belemmeringen. Het laat zien dat Nederlanders nauwelijks zorg mislopen doordat 'ze zich dat niet kunnen veroorloven'. Dat geldt zowel voor mensen met een hoog, als met een laag inkomen. In andere landen is dat anders, zoals figuur 1.3 laat zien. Zo wordt in Frankrijk en Duitsland 4% van de mensen met een laag inkomen medische zorg onthouden, omdat ze het niet kunnen betalen.

In Nederland is iedereen verplicht verzekerd voor de curatieve zorg, met een basispakket dat ruim 80% van de curatieve zorgkosten dekt. In Nederland is iedereen verzekerd voor langdurige zorg; geen enkel ander land besteedt hieraan een groter deel van het bbp. De zorg in Nederland wordt dus gekenmerkt door een grote mate van uniformiteit. Met deze gelijke, of uniforme zorg bedoelen wij dat dezelfde aandoeningen voor iedereen verzekerd zijn en bovendien de kwaliteit van behandelingen voor iedereen gelijk is. Natuurlijk is het niet zo dat iedereen dezelfde zorg ontvangt – zelfs als je ziek bent bepaalt de arts (in overleg met de patiënt) welke zorg het beste past. Maar iedereen die ziek wordt, weet dat hij of zij daarvoor behandeld zal kunnen worden en dat de kwaliteit van de behandeling in principe voor iedereen gelijk is.

Differentiatie is wel mogelijk, tot op zekere hoogte. Bij de curatieve zorg kan men zich aanvullend verzekeren, of kiezen voor een hogere eigen risico. Bij de langdurige zorg kan gekozen worden voor particuliere verzorgings- of verpleegtehuizen in plaats van de AWBZ-gefinancierde instellingen. Maar opties als een soberder basispakket of een pakket waarbij alleen de hoge zorgkosten worden vergoed (en lage kosten uit eigen zak worden betaald), worden in Nederland niet aangeboden. Zou een vangnetvoorziening vergelijkbaar met bijstand en sociale huur een alternatief kunnen zijn voor de huidige collectieve zorgverzekeringen?

Dit hoofdstuk verkent de wens tot gelijkheid in gezondheidszorg en zet deze af tegen argumenten die pleiten voor variatie. Deze discussie mondt uit in twee beleidsopties die beter aansluiten bij individuele voorkeuren: differentiatie in het zorgpakket en een zorgpremie die afhankelijk is van leefstijl.

## 6.2 Argumenten voor differentiatie in zorg

Anno 2012 kent Nederland een verplichte zorgverzekering voor alle burgers, waarin niet alleen iedereen hetzelfde verzekerde pakket heeft, maar ook de kwaliteit van behandelingen weinig verschilt. Toch zijn er goede argumenten om te differentiëren in de gezondheidszorg, niet alleen in de preventieve sfeer maar ook voor de curatieve en langdurige zorg. Het eerste argument grijpt terug op het vorige hoofdstuk: zorg is een investering in gezondheid en het loont om deze investering af te stemmen met de opleiding en arbeidsinzet van mensen. Het tweede argument is vanuit individuele voorkeuren over hoe mensen hun geld zouden willen besteden: rijkere mensen zijn bereid om meer aan zorg uit te geven. Het derde argument is

dat inzet toeneemt als het meer oplevert. Dat geldt ook voor gezondheid, zowel in termen van leefstijl als van het werken aan herstel. Gezond gedrag neemt toe als mensen daarvoor worden beloond.

### 6.2.1 Werken aan goede gezondheid

Een deel van de zorg is te beschouwen als een investering in gezondheid. Dat geldt in eerste instantie voor preventie, zoals inentingen en preventieve tandzorg. Ook delen van de curatieve zorg kunnen als investering worden beschouwd, of beter gezegd, als het onderhouden van je gezondheid.

Mensen zetten zich verschillend in voor hun gezondheid, mede afhankelijk van de levensfase en werksituatie. Jonge mensen hebben een heel leven voor zich, en hebben daarom een groot belang in het behoud van hun gezondheid. Voor mensen met lichamelijk zware beroepen zijn een goede fysieke gezondheid en het voorkomen van slijtage van groot belang. En mensen met een hoge productiviteit (en dus hoger loon) hebben meer te verliezen als ze om gezondheidsredenen niet meer kunnen werken. Zij hebben dus goede redenen om gezond te leven en een beroep te doen op curatieve zorg van de hoogste kwaliteit.

Het verlengen van de verwachte levensduur door curatieve zorg is waardevol: het stelt mensen in staat om langer te werken en meer te consumeren, of om meer vrije tijd te genieten. Deze waarde is het grootst voor mensen met een hoog inkomen. Deze waarde is op jonge leeftijd hoog en neemt af naarmate mensen ouder worden en het einde hun carrière nadert. Recent onderzoek geeft aan dat het efficiënt is om jonge mensen met een hoge opleiding twee keer zoveel te laten investeren in hun gezondheid als jonge mensen met een lagere opleiding.<sup>74</sup> Op dit precieze verhoudingsgetal valt veel af te dingen. Wel is duidelijk dat vanuit het perspectief dat zorg een investering in gezondheid is, het optimaal is om vooral aan jonge mensen met goede carrièrekansen zorg van de hoogste kwaliteit te verlenen. Vanzelfsprekend staat deze vorm van efficiëntie op gespannen voet met solidariteit.

### 6.2.2 Betere zorg gewenst

In vergelijking tussen landen is het duidelijk: rijkere landen geven meer uit aan zorg.<sup>75</sup> En dat niet alleen, er zijn ook aanwijzingen dat rijkere landen een groter deel van hun inkomen aan zorg besteden. Dit duidt erop dat in rijkere landen de waarde van extra zorg groter is dan de waarde van andere bestedingen. Met extra zorg kunnen betere gezondheid en extra levensjaren worden 'gekocht'. De waarde hiervan (het marginaal nut) is hoger dan de waarde van extra uitgaven aan reizen, voedsel en andere consumptiegoederen.

Belangrijke vraag is of dit positieve verband tussen inkomen en zorg ook binnen een land geldt. Zijn rijkere mensen bereid om geld uit te geven aan kwalitatief betere maar ook duurder behandelingen? Het is lastig om deze vraag naar het *gewenste* zorggebruik te

---

<sup>74</sup> Ales, Hosseini en Jones (2012).

<sup>75</sup> Zie Getzen (2000) en Costa-Font e.a. (2011) voor twee overzichten van empirische schattingen naar de relatie tussen inkomen en zorg. Costa-Font e.a. (2011) presenteren een overzicht van de empirische schattingen op basis van regionale en nationale paneldata en vinden dat de schattingen uiteenlopen van 0 tot 2, met een gemiddelde van ongeveer 1.

beantwoorden op basis van beschikbare cijfers over het *feitelijke* zorggebruik. Daarvoor zijn twee belangrijke redenen. Allereerst hangt de gezondheid van personen op systematische wijze samen met het inkomen. Mensen met lage inkomens hebben in doorsnee een slechtere gezondheid en zullen daarom een groter beroep op zorg doen. Wanneer we het werkelijke verband tussen inkomen en zorgvraag proberen te bepalen, willen we dat juist doen voor een gegeven niveau van gezondheid. De tweede reden is dat de individuele vraag naar zorg moeilijk te meten valt, omdat bijna alle zorg verzekerd is. De hoogte van iemands inkomen speelt daarom in de praktijk nauwelijks een rol bij de beslissing om gebruik te maken van gezondheidszorg. Maar misschien zou iemand met een hoger inkomen wel gebruik willen maken van betere (en duurdere) technieken en medicijnen. Ook dat is in het huidige stelsel nauwelijks mogelijk, maar op individueel niveau wel wenselijk. Dit blijkt onder andere uit ouder onderzoek.<sup>76</sup> Vóór 1960 waren in de VS relatief weinig mensen verzekerd tegen zorguitgaven en moesten ze die uitgaven zelf betalen wanneer ze een behandeling kregen. Analyses van de relatie tussen inkomen en zorguitgaven vóór 1960 tonen aan dat zorggebruik positief samenhangt met inkomen. Dit beeld wordt bevestigd door meer recente studies. Zo geven in de VS de 20% rijkste huishoudens tweeënhalf keer zoveel uit eigen zak uit aan zorg als de 20% armste huishoudens, vooral aan ouderenzorg en thuiszorg.

Ook opinieonderzoek van het SCP (2012) laat zien dat ‘vrijwel iedereen (..) van mening is dat mensen met meer geld luxere zorg mogen kopen dan beschikbaar is in het collectieve pakket.’ Wel wijzen mensen op verschillen tussen typen zorg. Ook door mensen in de lage inkomensgroep wordt naar voren gebracht dat het momenteel al zo is dat mensen met meer geld naar privéklinieken gaan of een behandeling in het buitenland ondergaan. Aan de andere kant komt naar voren dat het bestaan van luxe zorg niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de basiszorg. Ook heel schaarse goederen als een donorhart mogen niet met voorrang aan de rijken worden verstrekt.

Mensen met een hoger inkomen hebben meer te besteden. Zij willen dat niet alleen uitgeven aan reizen en een groter huis, maar ook aan betere zorgvoorzieningen. Als mensen kunnen kiezen tussen twee zorgpakketten, een smal en sober pakket met een lage premie en een breed en luxe pakket met een hoge premie, dan kiezen rijkere mensen gemiddeld genomen voor het duurdere pakket.

### 6.2.3 Inzet mag lonen

Mensen veranderen hun gedrag als de opbrengst van dat gedrag wijzigt. Dat geldt niet alleen voor inkomen en de inzet voor scholing en werk, maar ook voor gezondheid en een gezonde leefstijl. Ook een gezonde leefstijl mag lonen.

Mensen zijn bereid om te gaan werken, of meer uren te maken als de beloning toeneemt. Maar het omgekeerde geldt ook: de arbeidsparticipatie wordt geremd door hogere belastingen en premies. Recent CPB-onderzoek geeft zicht op de mate waarin de arbeidsparticipatie van verschillende groepen reageert op financiële prikkels.<sup>77</sup> Zo blijken

---

<sup>76</sup> Zie de overzichten van Getzen (2000) en Chandra e.a. (2012).

<sup>77</sup> Jongen e.a. (2012).

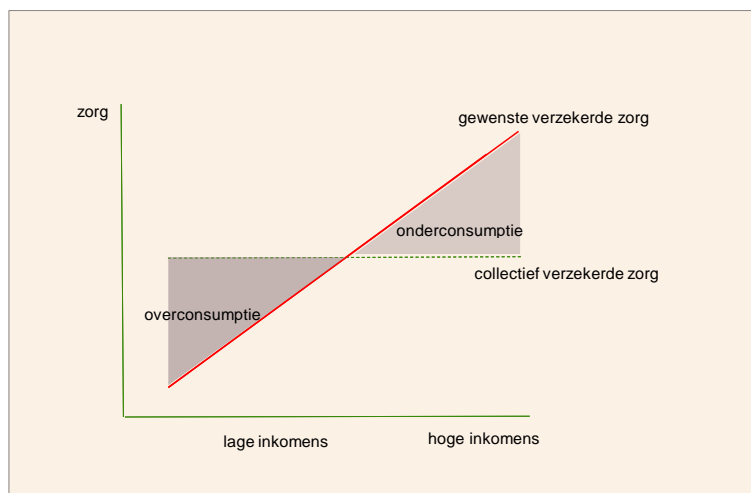
binnen de groep laagopgeleiden vooral alleenstaanden en alleenstaande ouders sterk te reageren op financiële prikkels. Verder beïnvloeden financiële prikkels vooral de keuze om te gaan werken, en veel minder de keuze voor het aantal uren per week.

Voor gezondheid geldt iets vergelijkbaars. Mensen zullen zich gemiddeld genomen gezonder gedragen, als hun dat iets oplevert (zie de hoofdstukken 5 en 8). Hoe minder inspanning een gezonde leefstijl kost en hoe groter de opbrengst, hoe gezonder men zal leven. Empirisch onderzoek ondersteunt dit, bijvoorbeeld voor sigaretten en alcohol. Het gebruik van beide verslavende producten neemt af als de prijs ervan verhoogd wordt. Zo mag ook verwacht worden dat een premiekorting voor mensen met een gezonde leefstijl bevorderend werkt. Het omgekeerde geldt dan ook: een systeem met gelijke zorg en gelijke premies biedt geen stimulans voor een gezonde leefstijl.

#### 6.2.4 Kosten van herverdeling

Het spiegelbeeld van ‘inzet mag lonen’ is dat herverdeling ten koste gaat van inzet. Uniforme zorg, waarover de volgende paragraaf gaat, heeft een prijskaartje. Een breed zorgpakket garandeert een hoge mate van risicosolidariteit, maar sluit niet goed aan bij de keuzevrijheid van consumenten. Dat komt niet alleen naar voren in ethische discussies, waarbij mensen principieel voor of tegen opname van bepaalde medicijnen of behandelingen in het basispakket zijn. Er speelt ook een economisch argument, waarbij mensen –als ze vrij zouden kunnen kiezen– uiteenlopende keuzes maken over de inhoud en kwaliteit van hun zorgpakket. Deze keuzes hangen onder andere samen met de hoogte van het inkomen.

**Figuur 6.1** Inkomen en gewenste zorg



Een breed uniform pakket is noodzakelijkerwijs een compromis tussen de voorkeuren van de hoge inkomens en de lage inkomens. Wanneer het pakket wordt afgestemd op de gemiddelde voorkeuren, is er sprake van ‘onderconsumptie’ van zorg voor de hoge inkomens en ‘overconsumptie’ van zorg voor de lage inkomens. Dit wordt weergegeven in figuur 6.1. De groene stippellijn illustreert het niveau van het verplichte pakket, terwijl de rode lijn laat zien dat de gewenste kwaliteit van zorg toeneemt met het inkomen. Voor zowel lage als hoge inkomensgroepen wijkt het brede uniforme pakket af van hun gewenste zorg, wat leidt tot



een welvaartsverlies. Het welvaartsverlies door de afwijking tussen gewenste zorg en feitelijke zorg neemt kwadratisch toe met de mate van onder- of overconsumptie.

Mensen met een laag inkomen zullen mogelijk kiezen voor een relatief sober pakket als daar een verhoging van het beschikbare inkomen tegenover staat. Rijkere mensen willen hun inkomen niet alleen aan een duurdere auto, maar ook aan betere zorg besteden. Stel dat iedereen kan kiezen uit twee zorgpakketten; een sober basispakket met een basispremie of een luxe pakket met betere kwaliteit zorg (bijvoorbeeld een eenpersoonskamer en vrije keuze van de arts) tegen een meerprijs van honderd euro op jaarbasis. Nu zijn we solidair met de minima en bieden hun twee keuzes: optie A –het basispakket plus honderd euro contant, of optie B– het luxe pakket. Te verwachten valt dat zeker een deel van de minima zal kiezen voor optie A, maar dat mensen met een hoger inkomen overwegend voor het luxe pakket zullen kiezen. Iedereen verplichten tot het luxe collectieve zorgpakket leidt dus tot een welvaartsverlies, vooral voor mensen met een laag inkomen.

Tegelijkertijd zullen mensen met een hoger inkomen kiezen voor een pakket met relatief hoge eigen betalingen. Relatief goedkope behandelingen zijn daarbij niet verzekerd, maar worden uit eigen zak betaald. De gedachte hierachter is dat het goed is om je te verzekeren tegen onverwachte grote uitgaven, maar dat het voordeliger is om kleine uitgaven uit eigen zak te betalen en daarvoor een premiekorting te krijgen. Het delen van risico's is de belangrijkste baat van verzekeren. Hier staan kosten tegenover, zoals administratiekosten en moreel gevaar, zie hoofdstuk 7. Voor grote onverwachte uitgaven is het optimaal om je te verzekeren, terwijl je lage onverwachte kosten beter niet kunt verzekeren en de verzekeringskosten kunt uitsparen. De vraag is nu waar de grens ligt tussen hoge ziektekosten waartegen je wilt verzekeren en lage kosten die je beter uit eigen zak kunt betalen. Deze grens zal voor mensen met een hoog inkomen een stuk hoger liggen dan voor mensen met een lager inkomen.

In het huidige zorgstelsel is de keuzevrijheid gering: kiezen voor een soberder pakket dan de basisverzekering is niet mogelijk. Dat geldt voor zowel de Zvw als voor de AWBZ. Kiezen voor betere of luxe zorg is wel mogelijk, maar vaak erg duur. Aanvullende verzekeringen voor de curatieve zorg zijn vaak onaantrekkelijk omdat ze weinig vergoeden tegen een hoge premie (zie hoofdstuk 9) en private langdurige zorg moet (bijna) volledig uit eigen zak worden betaald. Deze geringe keuzevrijheid, terwijl de wens tot differentiatie wel aanwezig is, is een voorbeeld van allocatieve inefficiëntie (zie het tekstkader 'Welvaartsverlies door allocatieve inefficiëntie bij uniform pakket'), waarbij de geleverde zorg niet altijd bij de juiste mensen terechtkomt.

## Welvaartsverlies door allocatieve inefficiëntie bij uniform pakket

Allocatieve efficiëntie geeft aan in hoeverre het verzekerde pakket aansluit bij de voorkeuren van mensen. Bij afwijking tussen de gewenste en feitelijke zorgverzekering spreken we van allocatieve inefficiëntie, dat leidt tot een verlies aan welvaart. Deze allocatieve inefficiëntie is een aspect van het volledige welvaartseffect van een uniforme zorgverzekering.

Dit tekstkader presenteert een illustratieve berekening van het welvaartsverlies doordat zorg via een uniforme verzekering in plaats van gedifferentieerde pakketten wordt aangeboden. Deze berekening gaat uit van een uniforme zorgverzekering die is afgestemd op een burger met een modaal inkomen. Voor lage inkomens is dit pakket te breed – voor hen is het efficiënter om meer inkomen vrij te kunnen besteden. Voor hoge inkomens is dit pakket te smal, voor hen is het efficiënter om een groter deel van het inkomen aan zorg te besteden. Voor beide groepen gaan wij uit van een inkomenselasticiteit van 1.

De kosten van allocatieve inefficiëntie kan worden benaderd als:

$$\frac{L}{Y^m} = \frac{1}{2} \frac{1}{e} \frac{Z^u}{Y^m} \sum_i \left( \frac{Z_i - Z^u}{Z^u} \right)^2$$

Hierin staat  $e$  voor de prijselasticiteit van de vraag naar zorg waarvoor wij de waarde 0,5 nemen (zie Van Elk e.a. (2009)).

$\frac{Z^u}{Y^m}$  is het aandeel van uniforme zorg in een modaal inkomen, wat op basis van de berekening uit hoofdstuk 2 wordt benaderd door 23,5% van het inkomen. In 2040 loopt dit op tot 36% in het scenario Trendmatige groei en tot 47% in het scenario Betere Zorg.

De laatste term meet de afwijking van de gewenste zorg van de uniforme zorg. Deze gewenste zorg hangt af van het inkomen, waarbij wij uitgaan van een inkomenselasticiteit van 1.

### Welvaartsverlies - illustratieve berekening

Inkomensbegrip	Huishoudinkomen	Persoonlijk inkomen	
	zorgaandeel	welvaartsverlies, % inkomen	
2011	23,5	0,6	6,1
2040, laag	36,0	0,8	9,3
2040, hoog	47,0	1,1	12,2

De tabel laat zien dat het welvaartsverlies sterk afhangt van het gekozen inkomensbegrip. Het welvaartsverlies blijft beperkt tot 1 à 2% als de zorgvraag afhangt van het huishoudinkomen. Het welvaartsverlies is veel groter als persoonlijk inkomen een rol speelt. Bij uniforme zorg loopt het welvaartsverlies in deze illustratieve berekening op tot maximaal 12% in 2040.

Een veel bekender nadeel van een collectieve zorgverzekering is dat premiesolidariteit, vormgegeven via een inkomensafhankelijke belasting of premie, ten koste gaat van de prikkel om hard te werken en zo meer inkomen te verdienen. Dit nadeel is uitgebreid besproken in hoofdstuk 3, waarin wij laten zien dat de verhoging van de inkomensafhankelijke zorgpremies met 14% gepaard gaat met een afname van de werkgelegenheid met 5%. Dit geldt overigens alleen als tegenover de hogere absolute premie voor de rijken niet ook betere zorg staat, zoals bij het huidige stelsel van uniforme zorg het geval is. Bij differentiatie in de zorg vervalt dit negatieve effect op de werkgelegenheid; in dat

geval staat tegenover de hogere premie ook werkelijk betere zorg. De hogere premie is dan 'fair' in verhouding tot de kosten.

Conclusie van deze paragraaf is dat een goede gezondheidszorg waardevol is, omdat zorg over het algemeen leidt tot een betere gezondheid en daarmee bijdraagt aan ons welbevinden en onze inzetbaarheid. Zowel het individuele nut, als de maatschappelijke welvaart hangt positief af van ieders gezondheid. Tegelijk wegen individuen het belang van een goede gezondheid af tegen de inspanning die daarvoor geleverd moet worden. Hun inspanning in termen van een gezonde leefstijl neemt toe als zij ook de vruchten van deze inzet kunnen plukken. Dit zet vraagtekens bij een stelsel waarin zowel de toegang tot, als de kwaliteit van zorg voor iedereen in grote mate gelijk is.

### **6.3 Argumenten voor uniforme zorg**

Wat zijn dan de argumenten om toch de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk en op een uniforme wijze te organiseren, zonder keuze in samenstelling en kwaliteit van het basispakket? Het eerste motief dat wij bespreken, en dat in dit hoofdstuk de meeste aandacht krijgt, is solidariteit. Daarbij beperken wij ons niet alleen tot de zorg, maar gaan we ook in op de (on)wenselijkheid van verschillen in gezondheid. Een alternatieve verklaring voor uniforme zorg is vanuit zorgaanbod en zorgverzekering: uniforme zorg heeft namelijk schaalvoordelen. Dit argument komt uitgebreider aan bod in hoofdstuk 7.

#### **6.3.1 Solidair**

Solidariteit gaat over de gewenste mate van gelijkheid, en over de bereidheid om aan gelijkheid bij te dragen. Solidariteit betekent dat de leden van een groep een gemeenschappelijk belang onderschrijven ten gunste van de groepsleden, maar soms ten koste van zichzelf. In een solidaire samenleving worden al te grote verschillen in inkomen of gezondheid negatief gewaardeerd. Deze solidariteit kan voortkomen uit een aantal overwegingen, waarvan we er een aantal noemen zonder uitputtend te willen zijn.

Een eerste overweging is dat wat een ander is overkomen ook jou had kunnen gebeuren. Denk daarbij aan aangeboren handicaps. Hiertegen kan niemand zich verzekeren, maar we kunnen wel compassie met onze minderbedeelde medemens voelen. Ook als we proberen van een afstand de ideale samenleving in te richten, waarbij niemand weet in welke positie hij of zij terecht zal komen, zal omgezien worden naar minderbedeelden.

Steun voor de arme en minder gezonde medemens kan ook voortkomen uit welbegrepen eigenbelang, bijvoorbeeld vanuit de wetenschap dat de criminaliteit kleiner is in een egalitaire samenleving, of vanuit een altruïstisch motief, waarbij mensen waarderen dat een ander geholpen wordt.

Ten slotte speelt ook het argument van rechtvaardigheid een rol. Het is onrechtvaardig als iemand buiten zijn schuld om het slechter getroffen heeft dan jij. Voorbeelden hiervan zijn aangeboren afwijkingen, een virus dat je oploopt of een erfelijke ziekte.<sup>78</sup>

Een solidaire samenleving streeft daarom naar uniforme zorg. Bij deze constatering willen wij echter drie nuanceringen plaatsen. Geldt dat voor alle zorg? Geldt dat voor zorg in het bijzonder? En tegen welke kosten?

### Omstandigheden en inzet – conceptueel

Vanuit solidariteit volgt een sterk pleidooi voor goede zorg die voor iedereen toegankelijk is. Maar daarmee is het laatste woord nog niet gezegd. Neem het argument van rechtvaardigheid. Het is onrechtvaardig als iemand grote nadelen ondervindt van iets waar hij of zij geen invloed op kan uitoefenen. Maar evengoed is het onrechtvaardig als iemand voor zijn inzet niet wordt beloond.

Bij de waardering van ongelijkheid wordt in de literatuur een belangrijk onderscheid gemaakt tussen omstandigheden en inzet.<sup>79</sup> Omstandigheden zijn factoren waar een individu geen invloed op heeft, of geen schuld aan heeft. Zo bepaalt je talent het maximale opleidingsniveau dat je kunt bereiken en daarmee ook je inkomen. Bij gezondheid en ziekte kan je bij omstandigheden denken aan aangeboren handicaps, verwondingen na een aanrijding of een blindedarmontsteking. Inzet gaat gepaard met bewuste actie, met bewust gedrag dat invloed heeft op de uitkomsten. Inzet op het gebied van inkomen is bijvoorbeeld hard werken en blijven investeren in kennis. In het geval van gezondheid zijn voldoende bewegen, niet roken en gezond eten voorbeelden van gedrag dat tot betere gezondheid leidt.

Er is een aantal redenen te geven waarom de maatschappij ongelijkheid als gevolg van omstandigheden (pech of geluk) anders waardeert dan ongelijkheid die het resultaat is van verschillen in inzet. Allereerst vanuit ethisch oogpunt, waarbij het recht op de vruchten van eigen inzet groter is dan het recht op toevallige meevallers. Vaak wordt in dit kader verwezen naar Dworkin (1981), die ervoor pleit om ongelijkheden in uitgangssituatie wel te nivelleren, maar verschillen als gevolg van eigen keuzes (zoals inzet) niet. Volgens hem zouden we het achter de 'sluier van onwetendheid' eens kunnen worden over deze maatregel. In economentermen leiden deze ethische overwegingen tot een verschillend gewicht van 'uitkomsten door omstandigheden' dan 'uitkomsten door inzet' in de sociale welvaartsfunctie.

De tweede reden kan zijn dat de inspanning of investering die gepaard gaat met inzet, wordt meegewogen in de voorkeuren voor herverdeling. Herverdeling gaat dan over ongelijkheid in het welzijn van mensen. In dit welzijn wordt zowel de uitkomst (ongelijke verdeling van gezondheid of inkomen) als de hiervoor geleverde inspanning (leefstijl en arbeidsinzet) meegewogen. Als gezondheid het gevolg is van omstandigheden waarvoor geen inspanning geleverd is, dan vertaalt ongelijkheid in gezondheid zich een op een in ongelijkheid in welzijn. Maar als gezondheid samenhangt met inzet waarvoor op de een of andere manier

---

<sup>78</sup> Zie Corneo en Grüner (2002); Kakes en De Winter (2008).

<sup>79</sup> Fleurbaey en Schokkaert, 2012.

kosten zijn gemaakt, dan is de ongelijkheid in welzijn kleiner dan de ongelijkheid in gezondheid.

Dit onderscheid tussen inzet en omstandigheden sluit sterk aan bij de stroming die bekend staat als *luck egalitarianism*. Deze stroming stelt individuele verantwoordelijkheid centraal bij een rechtvaardige verdeling, waardoor pech een belangrijker reden voor herverdeling is dan slechte keuzes van de benadeelde. Onrechtvaardig is alle ongelijkheid die het gevolg is van factoren waar het individu geen controle over heeft. Deze ongelijkheid dient te worden rechtgezet. Deze stroming stelt dat de maatschappij medische behandelingen moet vergoeden voor elke aandoening of conditie die: nadelig is voor het individu; door medisch ingrijpen verholpen of verminderd kan worden; en waarvan het onredelijk is van het individu te verwachten dat hij/zij de aandoening vermijdt.<sup>80</sup> Vooral het derde punt is kenmerkend voor *luck egalitarianism*.

### Omstandigheden en inzet in de praktijk

Een groot deel van de gezondheidsverschillen is echter vermijdbaar en deels het gevolg van individuele keuzes. De Rotterdamse hoogleraar Johan Mackenbach laat in zijn boek *Ziekte in Nederland* zien dat minstens de helft van de ziektegevallen in ons land vermijdbaar is door een gezonde leefstijl. Een aantal voorbeelden illustreert dit. Veel eten en weinig bewegen leiden tot overgewicht. Overgewicht verhoogt het risico op aandoeningen als diabetes type 2, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, sommige vormen van kanker, galziekten en gewrichtsaandoeningen. Recent onderzoek voor de VS toont aan dat obesitas leidt tot \$2500 hogere zorgkosten.<sup>81</sup> Roken verhoogt vooral het risico op longkanker, strottenhoofdkeuter, COPD, mondholte-, keel- en slokdarmkanker. Ook is bij rokers het risico op allerlei luchtwegklachten groter en kan roken het verloop van een ziekte ongunstig beïnvloeden. Roken gaat ook gepaard met een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik. Ten opzichte van niet-rokers verliezen rokers in Nederland gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren.<sup>82</sup> Overigens is het geen eenvoudige keuze om af te vallen, obesitas te voorkomen, te stoppen met roken of daar nooit mee te beginnen. Naast inzet spelen omstandigheden in de vorm van erfelijke aanleg en sociale omgeving daarbij een rol (zie hoofdstuk 5).

Inzet is niet alleen belangrijk, maar wordt ook in onze samenleving gewaardeerd. De empirische literatuur geeft aanwijzingen dat de maatschappij ongelijkheid als gevolg van omstandigheden vervelender vindt dan ongelijkheid die het resultaat is van verschillen in inzet.<sup>83</sup> Tabel 6.1 geeft hiervoor een aantal aanwijzingen vanuit de World Value Survey. Deze informatie is vooral beschikbaar voor het inkomensdomein. Amerikanen zijn meer geneigd succes toe te schrijven aan hard werken dan Nederlanders, Duitsers of Fransen. Amerikanen vinden het daarnaast aanmerkelijk belangrijker dan Nederlanders en Duitsers om kinderen aan te leren dat ze hard moeten werken. Inderdaad zien we verder dat waar succes in sterkere mate wordt toegeschreven aan geluk en connecties, burgers van mening zijn dat

---

<sup>80</sup> Segall (2010).

<sup>81</sup> Cawley en Meyerhoefer (2012).

<sup>82</sup> Mede gebaseerd op de RIVM-studie van Hoeymans e.a., 2010. Hoofdstuk 8 gaat hier verder op in.

<sup>83</sup> Kakes en De Winter, 2008; Alesina en Giuliano, 2009.

inkomensherverdeling een essentieel onderdeel van een democratie is. En omgekeerd is in de Verenigde Staten, waar succes vooral wordt toegeschreven aan inzet, het stelsel van sociale zekerheid beduidend minder uitgebreid dan in de meeste Europese landen.

**Tabel 6.1 Inzet en herverdeling**

	Nederland	VS	Duitsland	Frankrijk
Succes komt door hard werken (lage score) of door geluk en relaties (hoog), schaal 1-10	4,9	3,9	4,8	5,3
Essentieel onderdeel van democratie is dat de overheid rijken belast en armen subsidieert (eens=1, oneens=10)	6,5	5,0	7,2	6,3
Het is belangrijk om kinderen te leren hard te werken (% eens)	29,6	62,0	26,1	62,2
Het is belangrijk om kinderen verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen (% eens)	90,7	72,5	85,6	78,9

Bron: World Values Survey 2005 <http://www.wvsevsdb.com/wvs/WVSAalyzeQuestion.jsp>

Over het belang van inzet en omstandigheden wordt verschillend gedacht. Mensen die succes vooral als een gevolg van inzet zien, wensen minder herverdeling dan personen die succes vooral toeschrijven aan omstandigheden. Bovendien kunnen opvattingen over het belang van toeval en inzet het gevolg zijn van eigen ervaringen uit het verleden. Zo zijn burgers die beter af zijn dan hun ouders, over het algemeen minder voorstander van inkomensherverdeling. En personen die tijdens een recessie hun 'vormende' jaren (18 tot 25 jaar) doormaakten, zijn relatief vaak van mening dat succes in het leven een kwestie van geluk is.<sup>84</sup>

Recent opinieonderzoek van het SCP (2012) bevestigt dat mensen verschillend aankijken tegen ziekte door omstandigheden of door een ongezonde leefstijl. Meer dan de helft van de bevolking (55%) vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl mogen worden verplicht om een hogere zorgpremie te betalen. Bijna de helft van de mensen (48%) vindt het acceptabel om mensen financieel zelf verantwoordelijk te stellen voor de gevolgen van ongezond gedrag. Daartegenover staat dat ook de helft van de respondenten in het SCP-onderzoek vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl net zoveel recht hebben op een medische behandeling als mensen met een gezonde leefstijl. Kortom, mensen denken verschillend over solidariteit met mensen die 'on gezond leven'.

In de praktijk is het niet eenvoudig om inzet en omstandigheden van elkaar los te koppelen, doordat inzet (door overheid of verzekeraar) moeilijk observeerbaar is, of doordat keuzes mede van omstandigheden afhangen. Zo speelt bij roken naast de vrije keuze om een sigaret op te steken ook de sociale omgeving een rol. En omdat gezonder ook vaak duurder is, kunnen mensen met een hoger inkomen de keuze voor gezond voedsel eenvoudiger maken. In situaties waarin de lijn tussen inzet en omstandigheden niet scherp getrokken kan worden, wordt herverdeling een keuze tussen twee kwaden. Gelijke behandeling (basisverzekering) gaat voorbij aan het verschil in inzet, terwijl zorg voor eigen rekening geen recht doet aan verschillen in omstandigheden.

<sup>84</sup> Piketty, 1995, Corneo en Grüner, 2002; Giuliano en Spilimbergo, 2008

De conclusie is dat solidariteit, de wens tot herverdeling, vooral gaat over ongelijkheid die door omstandigheden is ontstaan. Economen zijn geneigd dit te vertalen in termen van maatschappelijke welvaart. Deze maatschappelijke welvaart hangt positief af van ieders gezondheid, zoals we in paragraaf 6.2 constateren. Deze welvaart wordt echter kleiner als de gezondheid sterk ongelijk is, zeker voor zover dat ontstaan is door toevallige omstandigheden. Dit betekent dat de keuze voor uniforme zorg, gezien vanuit het oogpunt van solidariteit, gerechtvaardigd zou zijn als inzet geen rol speelt bij het beroep op zorg. Het belang van een gezonde leefstijl laat echter zien dat inzet een belangrijke factor is in de gezondheid en de zorg die mensen nodig hebben.

### 6.3.2 Schaalvoordelen

Sinds Ford weten we al dat standaardisatie leidt tot lagere kosten: auto's die aan de lopende band worden geproduceerd zijn goedkoper. Ook in de zorg geldt dat medicijnen die in groten getale worden geproduceerd, goedkoper zijn en hetzelfde geldt voor gestandaardiseerde behandelingen zoals ooglaseren. Een belangrijke reden hiervoor is dat gemaakte kosten voor de ontwikkeling van nieuwe behandelingen en voor investeringen in medische technologie over een groter aantal behandelingen kunnen worden uitgespreid. Een ander belangrijk argument is specialisatie. Een chirurg wordt ervarener en beter naarmate hij een bepaalde operatie vaker uitvoert. Dit argument is echter niet doorslaggevend, om een aantal redenen. Allereerst is iedere patiënt uniek, en is voor veel behandelingen maatwerk vereist. Bovendien verschillen patiënten in hun voorkeuren, in het belang dat zij hechten aan een goede gezondheid en een bepaalde behandeling. Veel variatie is mogelijk, van het aantal behandelingen bij een fysiotherapeut, de beschikbaarheid van goedkopere en duurdere medicijnen, tot de luxe van een kamer in een ziekenhuis. Dus net zoals Ford verschillende typen auto's aanbiedt van verschillende kwaliteit en prijs, zo kan dat ook in de zorgsector.

Toegepast op de zorg impliceert dit dat uniformiteit vanuit verzekeringsoogpunt efficiënt is (meer hierover in hoofdstuk 7). Een fundamenteel probleem op de markt voor zorgverzekeringen is dat patiënten meer en betere informatie hebben over hun eigen gezondheid dan de verzekeraar. Dat lokt averechtse selectie uit. Een uniforme verzekering met bijbehorende gelijke premie is onaantrekkelijk voor het gezonde deel van de bevolking. Alleen relatief ongezonde personen sluiten een dergelijke verzekering af, zodat de premie omhoog moet. Dat maakt de verzekering voor nog meer mensen onaantrekkelijk, de premie gaat verder omhoog, et cetera. Het gevaar bestaat dat uiteindelijk alleen een klein deel van de bevolking, namelijk de mensen met de hoogste risico's op ziekte, zich kunnen verzekeren. Andere groepen worden dus blootgesteld aan meer risico dan ze lief is. Het opleggen van een verplichte, uniforme verzekering biedt dan mogelijk uitkomst. De vraag blijft nog wel of we de verzekering in dit geval niet enigszins kunnen differentiëren langs exogene factoren, zoals inkomen of leeftijd. Deze exogene factoren worden niet of nauwelijks door burgers veranderd met het verkrijgen van het betere zorgpakket als enig doel.

## 6.4 Welzijn, gezondheid en zorg

Vanuit solidariteit streven we naar een uniforme zorgverzekering, zodat iedereen die ziek wordt alle zorg kan ontvangen die hij of zij nodig heeft. Hierbij wordt gekeken naar medische doelmatigheid, kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid, maar niet naar iemands portemonnee. Vergelijk dat met andere voorzieningen, zoals voedsel, kleding en wonen. Daar garanderen wij als samenleving een bepaald minimumniveau, zonder te streven naar gelijkheid voor iedereen. Is zorg zo bijzonder, meer dan voedsel, kleding en wonen?

Wij starten met een aantal argumenten waarom gezondheid en zorg zo bijzonder zijn. Het belangrijkste argument is dat gezondheidszorg bepalend kan zijn voor leven en dood. Ook in tijden van slechte gezondheid is weinig zo belangrijk als het verbeteren van die gezondheid, het bestrijden van pijn of een goede verpleging. Met het ouder worden neemt de waarde van bestedingen zoals reizen of een uitgebreid diner af, maar de waarde van aandacht en verzorging neemt toe.<sup>85</sup> Het is moeilijk te meten hoe groot deze verschillen zijn. Maar als het inderdaad zo is dat extra consumptie pas belangrijk is als mensen gezond zijn, dan is het streven naar gelijke gezondheid waardevoller dan het streven naar gelijk inkomen en consumptie. Dit bijzondere van gezondheid komt ook tot uiting in de vorm waarin de samenleving solidair is met zieken, niet door het geven van geld, maar via het verstrekken van zorg. Het tekstkader 'Uitkering in geld of zorg in natura' gaat hier dieper op in.

Een tweede argument is dat het verkleinen van gezondheidsverschillen een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verkleinen van sociaaleconomische verschillen. Door te streven naar een goede gezondheid van kinderen, geef je hun de mogelijkheid om zich te ontwikkelen, te leren en later te werken. Een goede gezondheid draagt bij aan een goed inkomen, zodat het verkleinen van inkomensongelijkheid begint bij het streven naar een goede gezondheid voor alle kinderen en een vervolg krijgt in goede en breed toegankelijke curatieve zorg.

Zorg is ook bijzonder als omstandigheden een veel grotere rol spelen dan bij andere vormen van herverdeling, maar dit verschilt sterk tussen verschillende aandoeningen. Longkanker en COPD hangen sterk samen met roken. Maar het is niet gegarandeerd dat niet-rokers gevrijwaard blijven van longkanker, zoals het evenmin zeker is dat elke roker aan longkanker zal overlijden. Obesitas en de ziekten die daarmee samenhangen, zijn het gevolg van overmatig eten en te weinig bewegen, maar hangen ook af van erfelijke factoren. Aan de andere kant kan iedereen getroffen worden door acute blindedarmonsteking en is de speurtocht naar de oorzaken van dementie nog lang niet afgerond. Vergelijk dit met inkomen, waar ook inzet en omstandigheden beide belangrijk zijn. Het afronden van een opleiding en een grotere arbeidsinzet leiden, gemiddeld genomen, tot een hoger inkomen. Maar ook omstandigheden, zoals aangeboren intelligentie en geluk bij het vinden van een baan, spelen een rol bij het inkomen dat iemand verdient.

---

<sup>85</sup> Meer hierover in hoofdstuk 7.



## Uitkering in geld of zorg in natura

Een schadeverzekering is een verzekering die tot doel heeft een verzekerde na het optreden van een verzekerd risico schadeloos te stellen. Bij veel verzekeringen, zoals voor brand of diefstal, gebeurt dat in de vorm van geld. Bij ziekte keert de verzekering vooral uit in natura, dus in de vorm van zorg. Wat zijn hierbij belangrijke overwegingen?<sup>a</sup>

Stel dat de verwachte 'schade' bij een ziekte 20.000 euro is, waarvan de helft bestaat uit zorgkosten die leiden tot genezing en de andere helft uit gederfde inkomsten. In Nederland is deze patiënt op twee manieren verzekerd: de ziektewet waardoor het loon wordt doorbetaald en een zorgverzekering waarin deze patiënt een beroep kan doen op zorg. Waarom ontvangt deze patiënt niet de volle 20.000 euro als schade-uitkering op zijn of haar bankrekening?

De eerste overweging is vanuit paternalisme. De samenleving of overheid is ervan overtuigd dat zij beter weet wat goed is dan patiënten zelf. Net zoals ouders hun kinderen gezond voedsel geven in plaats van een paar centen, zo geeft de overheid zorg in plaats van een financiële vergoeding.

De tweede overweging is vanuit een specifieke invulling van solidariteit, waarbij de bereidheid om hulp te verschaffen in de vorm van zorg groter is dan in de vorm van financiële steun. De maatschappij is niet bereid om de schadelast te vergoeden in de vorm van geld, waarbij de patiënt de keuze kan maken om een reis van 10.000 euro te boeken in plaats van een beroep te doen op zorg. Het nadeel van deze gerichte vorm van solidariteit is een inperking van de keuzevrijheid van mensen: zieke mensen kunnen niet zelf kiezen hoe zij de schade-uitkering besteden.

De derde reden voor zorg in natura heeft te maken met het vaststellen van de schadelast. Bij veel aandoeningen is het moeilijk om de schadelast goed vast te stellen. Mensen zullen eerder geneigd zijn om bepaalde aandoeningen voor te wenden als zij daarvoor een financiële vergoeding krijgen dan wanneer zij daarvoor onder het mes moeten. Door de vergoeding aan te bieden in de vorm van zorg, zullen alleen mensen die dat echt nodig hebben hierop een beroep doen. Deze *self-targeting* werkt goed bij behandelingen die 'pijnlijk' zijn, zoals bij een medische ingreep of bij medicijnen met bijwerkingen. Het nadeel van deze *self-targeting* is echter dat mensen die zelf hun ziekte oplossen of dragen, geen vergoeding voor hun schadelast krijgen. Dit voordeel geldt wel voor de persoonsgebonden budgetten (pgb's), waarbij mensen met het geld zelf hun zorg regelen.

<sup>a</sup> Zie Currie en Gahvari (2008) voor een uitgebreide discussie over uitkering in natura.

Dan een aantal argumenten waarom zorg niet bijzonder is. Het eerste is dat delen van de gezondheidszorg, zoals preventie, maar ook delen van de curatieve zorg *investeringen* zijn en bijdragen aan een goede gezondheid, wat het verwerven van inkomen mede mogelijk maakt. Net als bij onderwijs is de investering deels publiek (scholen en ziekenhuizen) en deels privaat (huiswerk en leefstijl). En net als bij onderwijs verschillen zowel de capaciteiten als de inzet van persoon tot persoon. Andere delen van de gezondheidszorg, zoals huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging, hebben het karakter van een *consumptiegoed*, net zoals eten (ook zeer noodzakelijk) of de huishoudelijke hulp, en draagt bij aan ons welbevinden. De consequentie hiervan is dat uitgaven aan zorg afgewogen moeten worden tegenover andere waardevolle bestedingen.

Vervolgens is zorg slechts een van de factoren die bijdraagt aan onze gezondheid. En uiteindelijk gaat het vooral om gezondheid, die naast zorg afhangt van voeding, woonomstandigheden, milieu en leefstijl. Mogelijk hebben mensen in achterstandswijken meer baat bij steun op sociaaleconomisch terrein, dan bij de nieuwste medische technologie. Zelfs als het om leven en dood gaat, is de gezondheidszorg niet uniek. Ook diverse vormen van veiligheidsbeleid, met betrekking tot voedsel, verkeer of dijken, gaan over leven en dood.

Maatschappelijke welvaart hangt af van meerdere dimensies en niet van gezondheid alleen. Het streven naar gelijke zorg en naar kleinere gezondheidsverschillen moet dus altijd worden afgewogen tegen andere nuttige bestedingen van publieke en private middelen. In Trouw van 21 september 2012 verwoordt ethicus Theo de Boer dit zo: “Alles domweg vergoeden met een beroep op solidariteit en beschaving, no matter what, is even realistisch als het leger opheffen met een beroep op de liefde.”

## 6.5 Meer differentiatie mogelijk

Iedereen in Nederland heeft toegang tot kwalitatief goede gezondheidszorg en langdurige zorg. Die verplichte gelijkheid heeft voordelen, onder andere vanuit de gedachte van solidariteit. Maar zij heeft ook nadelen. In een situatie zonder collectief verplichte verzekering zouden waarschijnlijk weinig mensen precies het verzekeringspakket kiezen dat nu ons basispakket is. Bovendien vermindert uniforme zorg met een uniforme premie de prikkel om te investeren in eigen gezondheid. Meer variatie in zorgverzekering, zowel in termen van pakket als door middel van premiedifferentiatie, biedt een antwoord op deze nadelen.

Nederland kent een basisverzekering voor de curatieve zorg, waarin een groot deel van de ziektekosten zijn ondergebracht. Kiezen voor een andere samenstelling van de verzekerde zorg is niet mogelijk. Aanvullende verzekeringen bieden daarvoor enige ruimte. Meer variatie in zorgverzekering zou vormgegeven kunnen worden door een verkleining van het basispakket ten gunste van aanvullende verzekering of door alternatieve basispakketten toe te staan. Het tekstkader ‘Solidariteit, inkomen en pakketafbakening’ biedt hiervan een gestileerde uitwerking, waarop hoofdstuk 9 verder zal ingaan.

Australië kent een systeem met een basisverzekering en een aanvullende private verzekering. De particuliere verzekering geeft toegang tot private ziekenhuizen, waarbij de verzekerden keuze hebben van arts en waarvoor wachttijden aanmerkelijk korter zijn. Bij opname in een publiek ziekenhuis krijgen privaat verzekerden een luxe hotelvoorziening en keuze van arts.<sup>86</sup>

Een mogelijkheid voor variatie in zorgaanbod is het aanbieden van verschillende verzekerde pakketten naar rato van inkomen. Dit heeft als voordeel dat het pakket en de bijbehorende premie beter aansluiten bij de voorkeuren van mensen. Het ene pakket combineert goede zorg met een relatief lage premie en daardoor een groter besteedbaar inkomen. Het andere pakket is uitgebreider en duurder en leidt daarmee tot een verschuiving van bestedingen in de richting van meer zorg. Het eerste pakket sluit beter aan bij de gemiddelde voorkeuren van mensen met een laag inkomen. Het tweede pakket geeft invulling aan de wensen van mensen met een hoger inkomen. Bij vrije keuze leidt deze variatie in pakketten tot averechtse selectie. Dit kan grotendeels worden voorkomen door het ene pakket verplicht te stellen voor lage inkomensgroepen en het andere pakket voor hoge inkomensgroepen.

---

<sup>86</sup> Colombo en Tapay, 2003.

## Solidariteit, inkomen en pakketafbakening

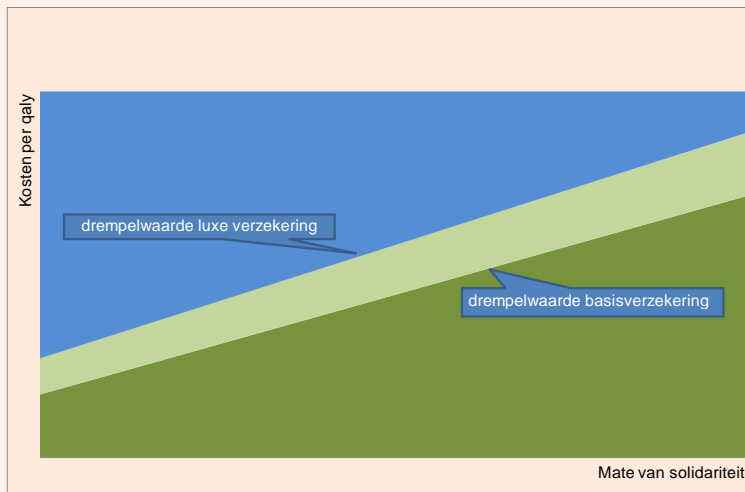
De argumenten in dit hoofdstuk hebben belangrijke implicaties voor pakketafbakening. Belangrijk startpunt bij het bepalen van het pakket is dat de baten van behandelen moeten opwegen tegen de kosten. De baten hangen vooral samen met gezondheidswinst, zowel in termen van levensjaren als in termen van de kwaliteit van leven. De waarde van een qaly (zie hoofdstuk 2) geven wij weer met  $WQ$ . Een behandeling moet dan worden uitgevoerd als  $WQ * qaly-winst > zorgkosten$ .

Vanuit solidariteit geeft de samenleving aan sommige behandelingen meer waarde dan aan andere behandelingen. Behandelingen die te maken hebben met 'ziekte door pech' hebben een hogere waarde dan behandelingen voor 'ziekten door eigen schuld'. Behandelingen voor 'leven of dood' hebben een hogere waarde dan behandelingen die minder noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de waarde van een qaly niet voor elke behandeling of aandoening gelijk is, maar dat  $WQ$  groter is voor behandelingen waarbij solidariteitsoverwegingen een grote rol spelen. Een behandeling moet dan worden uitgevoerd als  $WQ(s) * qaly-winst > zorgkosten$ , waarbij  $s$  staat voor het belang vanuit solidariteit.

Individen verschillen echter ook. Gemiddeld genomen zullen mensen met een hoger inkomen meer geld aan betere zorg willen uitgeven dan mensen met een lager inkomen. Bovendien is het rendement van een medische behandeling, in termen van productiviteit, voor de één hoger dan voor de ander. En er zijn meer argumenten te geven, zoals leeftijd of verschillende voorkeuren, waarom mensen verschillende keuzes ten aanzien van hun zorgpakket willen maken. Dit betekent dat de waarde van een qaly niet voor iedereen gelijk is, maar dat  $WQ(i)$  voor individuen  $i$  verschillend kan zijn en onder andere voor hoger opgeleiden in het algemeen groter zal zijn dan voor mensen met een lagere opleiding.

Onderstaande figuur illustreert de gevolgen voor de samenstelling van het zorgverzekeringspakket. Het donkergroene gebied geeft behandelingen aan waarvan in het basispakket de zorgkosten per qaly niet hoger mogen zijn dan de drempelwaarde. Deze drempelwaarde is hoger voor behandelingen waaraan de maatschappij, vanuit het oogpunt van solidariteit, grote waarde hecht. Voor mensen met een hogere opleiding ligt de drempelwaarde hoger: ook behandelingen die duurder zijn per gewonnen qaly (het lichtgroene gebied), zitten nog in dit pakket. De behandelingen in het blauwe gebied, met hoge kosten per qaly en een lage waarde vanuit solidariteit vallen buiten het verzekerde zorgpakket. Deze pakketafbakening wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 9.

### Pakketafbakening, afweging tussen solidariteit en waarde van zorg



Gezond gedrag kan worden beloond door de premie afhankelijk te maken van leefstijl of gezondheidskenmerken. Naast gelijkheid in de toegang tot zorg is er momenteel ook sprake van gelijkheid in de financiering van de zorg, in ieder geval bij de Zvw. Daarmee bedoelen we dat de betaling voor zorg(verzekering) nagenoeg onafhankelijk is van het –feitelijke of verwachte– zorggebruik. Het zorggebruik hangt niet af van het inkomen. De enige vorm van betaling bij curatief zorggebruik is het eigen risico, dat met 350 euro per jaar slechts een klein deel van de zorguitgaven dekt.

‘De gebruiker betaalt’ kan op twee manieren worden vormgegeven. Allereerst doordat een patiënt direct meebetaalt aan zijn of haar zorgkosten. Dit heeft als nadeel dat niet alleen inzet, maar ook omstandigheden worden bestraft. Ook mensen die buiten hun schuld om een behandeling nodig hebben, moeten betalen voor hun zorg. Zij worden dubbel ‘gepakt’: hun gezondheid verslechtert en daar bovenop neemt hun beschikbare inkomen af. Een ander nadeel is dat het jaarlijkse eigen risico beperkt zal zijn, waarbij het maximumbedrag al snel wordt bereikt bij een serieuze aandoening. Ten slotte leidt een hoger eigen risico tot meer onzekerheid. Je weet immers niet hoe hoog je zorguitgaven komend jaar zullen zijn.

Een betere vorm om gezond gedrag te belonen is via een korting op de verzekeringspremie bij gezond gedrag. Iedereen die zich gezond gedraagt wordt daarvoor beloond. Er is ook geen extra onzekerheid over de zorguitgaven, die worden volledig vergoed. Het nadeel is dat veel gedragingen niet observeerbaar zijn en dus niet als basis voor premiedifferentiatie kunnen dienen. Een tweede nadeel is dat veel gezondheidskenmerken, zoals BMI, de uitkomst is van zowel aanleg als gedrag – dus van zowel omstandigheden als inzet. Premiekorting ligt niet voor de hand als het belang van omstandigheden zwaar weegt, maar wel als inzet belangrijk is. Mede om deze redenen bieden Amerikaanse zorgverzekeringen wel kortingen voor mensen die niet roken (of omgekeerd, rokers betalen een hogere premie), maar zijn ze terughoudend in premieverschil op basis van BMI. Tegelijk kijken Nederlandse verzekeraars wel steeds vaker naar overgewicht (naast roken) om de premie van de levensverzekering vast te stellen.

## 6.6 Conclusie

Solidariteit gaat over de gewenste mate van gelijkheid en over de bereidheid om aan gelijkheid bij te dragen. Een samenleving die solidariteit hoog in het vaandel heeft, en dus een hoge mate van gelijkheid nastreeft met ruime sociale voorzieningen, streeft naar kwalitatief goede zorg voor iedereen. Hierbij past een breed basispakket voor de Zvw en een voldoende aanbod van AWBZ en Wmo-voorzieningen. In het boek noemen wij dit zorgsolidariteit.

Deze zorgsolidariteit kan zich echter ook uiten in een vangnet voor zorg, vergelijkbaar met bijstand en sociale huurwoningen. Een vangnet sluit beter aan bij argumenten om meer te differentiëren in zorg, zodat rekening wordt gehouden met verschil in inzet, zoals een gezonde leefstijl. En met verschil in voorkeuren, waarbij de ene persoon meer waarde hecht aan gezondheid en verzorging dan een ander. En met verschil in bestedingspatronen, waarbij rijkere mensen meer te besteden hebben en dat deels aan betere en luxe zorg willen

uitgeven. Deze argumenten pleiten voor het aanbieden van verschillende zorgpakketten en een lagere premie voor mensen met een gezonde leefstijl.

## Literatuur

Ales, L., R. Hosseini en L.E. Jones, 2012, Is There “Too Much” Inequality in Health Spending Across Income Groups?, NBER Working Paper 17937.

Alesina, A. F. en P. Giuliano, 2009, Preferences for Redistribution, NBER Working Paper 14825.

Cawley, J. en C. Meyerhoefer, 2012, The medical care costs of obesity: An instrumental variables approach, *Journal of Health Economics*, vol. 31, nr. 1, pag. 219-230.

Chandra, A., D. Cutler en Z. Song, 2012, Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care, in: M. Pauly, T. McGuire en P. Barros (eds), *Health Economics*, Elsevier, pag. 397-432.

Colombo, F. en N. Tapay, 2003, Private Health Insurance in Australia; A Case Study, OECD, Parijs.

Corneo, G. en H.P. Grüner, 2002, Individual preferences for political redistribution, *Journal of Public Economics*, vol. 83, nr. 1, pag. 83-107.

Costa-Font, J., M. Gemmill en G. Rubert, 2011, Biases in the healthcare luxury good hypothesis?: A meta-regression analysis, *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 174, nr. 1, pag. 95-107.

Currie, J. en F. Gahvari, 2008, Transfers in Cash and In-Kind: Theory Meets the Data, *Journal of Economic Literature*, vol. 46, nr. 2, pag. 333-383.

Dworkin, R., 1993, Justice in the distribution of health care, *McGill Law Journal*, vol. 38, nr. 4, pag. 883-898.

Elk, Roel van, Esther Mot en Philip Hans Franses, 2009, Modelling health care expenditures, CPB discussion Paper 121.

Fleurbaey, M. en E. Schokkaert, 2012, Equity in Health and Health Care, in: M. Pauly, T. McGuire en P. Barros (eds), *Health Economics*, Elsevier, pag. 1003-1092.

Getzen, T., 2000, Forecasting health care expenditures: short, medium and long (long) term, *Journal of Health Care Finance*, vol. 26, nr. 3, pag. 56-72.

Giuliano, Paola en Antonio Spilimbergo, 2009, Growing Up in a Recession: Beliefs and the Macroeconomy, NBER Working Paper 15321.

Grossman, M., 1972, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, vol. 80, nr. 1, pag. 223-255.

Hoeymans, N., J. Melse en C. Schoemaker, 2010, Gezondheid en determinanten, Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter, RIVM.

Jongen, E., M. Mastrogiacomo en B. ter Weel, 2011, Hoe prikkelbaar zijn Nederlanders, CPB Policy Brief 2011/14.

Kakes, J. en J. de Winter, 2008, Preferences for redistribution in the Netherlands, DNB Working Paper 179.

Piketty, T., 1995, Social Mobility and Redistributive Policies, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 90, pag. 551-584.

SCP, 2012, Meebetalen aan de zorg, Den Haag.

Segall, S., 2010, Is Health (Really) Special? Health Policy between Rawlsian and Luck Egalitarian Justice, *Journal of Applied Philosophy*, vol. 27, nr. 4, pag. 344-358.



# 7 Verzekeren

Paul de Bijl, Jan Boone en Casper van Ewijk

Verzekeren van zorg heeft grote waarde, vooral als de zorgkosten hoog zijn en het inkomen laag is. De optimale verzekering biedt echter geen vergoeding voor lage zorgkosten, ook niet voor zorg die moeilijk te indiceren is, en niet voor kosten die in de plaats komen van normale consumptie. Door averechtse selectie is een vrijwillige zorgverzekering niet efficiënt, overheidsregulering is nodig, bijvoorbeeld in de vorm van een verplichte collectieve verzekering. Uitdaging is om een collectieve verzekering op maat te bieden.



## 7.1 Gezondheid is onzeker

Iedereen kan ziek worden. Maar of dat gebeurt en wanneer, is onzeker. Ziekte kan mensen met forse kosten confronteren. In beginsel kunnen mensen daarvoor sparen, maar dan nog kunnen de kosten van sommige behandelingen veel hoger zijn dan wat redelijkerwijs bij elkaar te sparen is. Om dat probleem te omzeilen, kunnen mensen hun krachten bundelen – dit staat bekend als het *poolen* van risico's. Dat kan door middel van een verzekering. Omdat niet iedereen ziek wordt, kan de gezamenlijke pot dienen om behandelingen van mensen die wel ziek worden te betalen. Door individuele risico's te spreiden neemt de inkomenszekerheid van mensen toe; dat levert welvaartswinst op.

Voor de meeste verzekeringen kan men gewoon op de private markt terecht. Neem de inboedel-, opstal- of autoverzekering. Hier kan de consument zelf beslissen of en voor hoeveel hij zich verzekert. Bij de zorg ligt dat anders. Overal in de landen om ons heen bestaan collectieve zorgverzekeringen, zo ook in Nederland. Kennelijk kan deze verzekering niet zomaar aan de vrije keuze van consumenten worden overgelaten. Dit heeft te maken met twee problemen. In de eerste plaats zullen onverzekerden die ernstig ziek worden, in de regel toch worden geholpen, ook als zij niet kunnen betalen. Consumenten kunnen hierop speculeren en daarom van verzekering afzien. Dit ongewenste gedrag is een van de vormen van 'moreel gevaar' (*moral hazard*). Verzekeringsplicht is een manier om deze vorm van moreel gevaar tegen te gaan. Een tweede probleem – dat ook door verzekeringsplicht wordt opgelost – is dat van 'averechtere selectie' (*adverse selection*): bij vrije keuze van verzekeringen kiezen vooral mensen die hoge kosten verwachten ervoor om zich te verzekeren. Dat maakt de verzekering duur en onaantrekkelijk voor mensen met lagere verwachte kosten. Als zij besluiten uit de verzekering te stappen, dan ontstaat een spiraal waarbij steeds minder mensen zich verzekeren en tot slot alleen mensen met hoge verwachte kosten overblijven. De verzekeringsmarkt faalt dan. Overheidsregulering kan dit tegengaan, bijvoorbeeld in de vorm van een verplichting om zich te verzekeren.

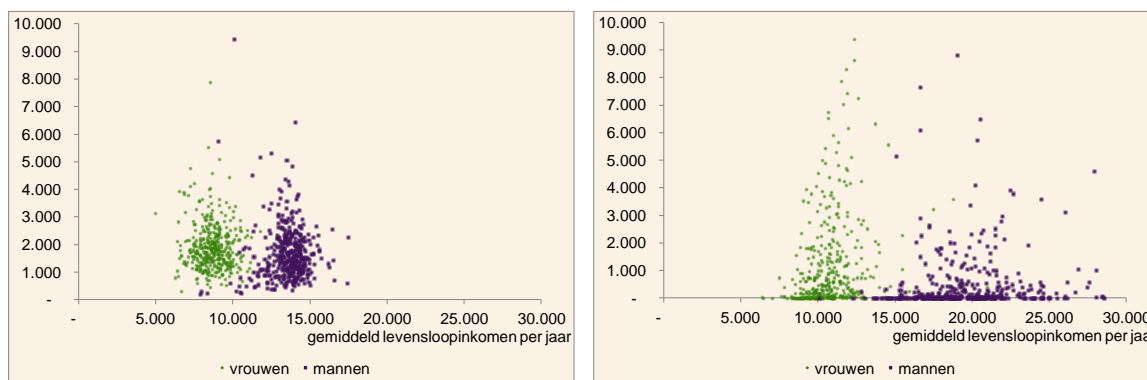
## 7.2 Waarde van zekerheid

Verzekeren levert economisch waarde op. Niet alleen voorkomt het dat mensen bij ziekte in de financiële problemen komen door hoge kosten, of dat zij vanwege hoge kosten afzien van noodzakelijke zorg. Het is ook een efficiënte manier om onzekerheid weg te nemen. Wij betalen graag een vaste premie van 30 euro per jaar om daarmee de kans op een tegenvaller van 30.000 euro te voorkomen in het geval wij de pech hebben kanker te krijgen. Door het risico over velen te spreiden, worden alle deelnemers verlost van de onzekerheid. Dit staat bekend als het *poolen* van risico's. Omdat niet iedereen ziek wordt, kan de gezamenlijke pot dienen om behandelingen van mensen die wél ziek worden, te betalen. Dit wordt risicosolidariteit genoemd. Niet solidariteit in de zin van 'begaan zijn met de ander', zoals besproken in hoofdstuk 6, maar als collectief belang. Economen spreken meestal van verzekeren.

Figuur 7.1 geeft de spreiding weer in de kosten voor de collectief verzekerde curatieve zorg en langdurige zorg voor Nederland afgezet tegen het inkomen, zowel voor mannen als voor

vrouwen. Hierbij zijn kosten en inkomens beide gemeten als gemiddelde over de levensloop. De figuur laat zien dat de kosten van zorg zeer ongelijk zijn verdeeld. Vooral bij de ouderenzorg (de rechterfiguur) valt op dat de meeste mensen nauwelijks kosten hebben gedurende hun leven, terwijl voor een kleine groep de kosten enorm oplopen. Bij de curatieve zorg (de linkerfiguur) is de spreiding minder scheef, maar ook daar zijn de verschillen aanzienlijk. De gehandicaptenzorg is in de cijfers buiten beschouwing gelaten; de langdurige zorg betreft alleen de ouderenzorg, voor zover gefinancierd uit de AWBZ.

**Figuur 7.1** Uitgaven voor curatieve zorg (links) en ouderenzorg over de levensloop (euro)<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Bron: Eigen berekeningen op basis van data van Wong (2011), gebaseerd op een steekproef uit de ziekenfondspopulatie (inkomen lager dan circa 30.000 euro) voor ziektekosten, en steekproef hele bevolking voor ouderenzorg. Punten geven gemiddeld inkomen en zorgkosten per persoon per jaar (standen van zorg en inkomens 2012).

Tijdens het leven heeft iedereen wel eens contact met een arts en ook wel eens behoefte aan medicijnen, maar de een nou eenmaal meer dan de ander. De linkerfiguur geeft een indruk van de verdeling van de kosten voor curatieve zorg. Driekwart van de bevolking gebruikt gemiddeld per jaar tussen de 1000 euro en 3000 euro curatieve zorg. Een groep van 15% van de mensen gebruikt minder zorg, 10% van de mensen gebruikt meer zorg, sommigen heel veel meer.

Bij de langdurige zorg is de verdeling van de kosten uiterst scheef. Een groot deel van de mensen overlijdt zonder ooit een beroep te hebben gedaan op collectief gefinancierde ouderenzorg. Een groep van 80% van de mensen neemt slechts 20% van de kosten van ouderenzorg voor hun rekening. De mediaan (over mannen en vrouwen samen) ligt bij 175 euro per jaar, dus ongeveer 14.000 euro gecumuleerd over de levensloop. Dat wil zeggen dat 50% van de bevolking lagere kosten heeft dan dit bedrag. De verdeling is echter zeer scheef naar boven. De kans op zorgkosten die gemiddeld groter zijn dan 100.000 euro gecumuleerd over de levenscyclus, bedraagt 25%. Ter vergelijking, opname in een verpleegtehuis kost gemiddeld 60.000 euro per jaar; een bedrag van 100.000 euro komt dus overeen met bijna twee jaar opname in een verpleeginstelling. Dit is een bedrag dat ook voor hogere inkomens niet zomaar opgehoest kan worden, zeker wanneer men al ouder is en dus niet meer kan gaan bijverdienen.

Deze scheve verdeling in de kosten voor ouderenzorg heeft een belangrijke implicatie. Het is onjuist om te denken dat iedereen op zijn of haar oude dag te maken krijgt met vergelijkbare

kosten voor verzorging en verpleging. Sparen voor de ouderenzorg is daardoor niet efficiënt. De grote verschillen maken verzekeren noodzakelijk.

### Waarde van verzekeren

Mensen hebben een hekel aan onzekerheid. Een kans van 1% op een tegenvaller van 30.000 euro kopen mensen graag af door middel van een verzekering met een premie van meer dan 300 euro (dat is 1% van 30.000). Men is al gauw bereid een premie van 330 euro te betalen. Die 30 euro extra is de prijs die men bereid is te betalen om van de onzekerheid af te zijn. Mensen die erg afkerig zijn van risico zullen zelfs bereid zijn 60 euro of meer extra te betalen om van de onzekerheid verlost te worden. Het wegnemen van onzekerheid is waardevol, want mensen zijn bereid daarvoor te betalen. En verzekeringen nemen onzekerheid weg, daarom zijn ze waardevol.

De welvaartswinst van verzekeren hangt globaal af van drie factoren. De hoogte van de winst kan indicatief worden berekend met de volgende formule:

$$\frac{1}{2}az^2\sigma^2$$

De drie fundamentele determinanten van de winst van het wegnemen van onzekerheid zijn: de mate van risicoafkeer  $a$  de verhouding van de zorguitgaven ten opzichte van de consumptie  $z$  en de spreiding in de zorguitgaven  $\sigma$  (gemeten als de standaarddeviatie in de kosten ten opzichte van het gemiddelde). Voor de risicoafkeer wordt meestal een waarde van 2 à 5 aangenomen. De fractie van de zorgkosten in de consumptie  $z$  bedraagt voor Nederland gemiddeld rond 0,20, waarvan twee derde voor de curatieve zorg en een derde voor de langdurige zorg. Voor de ouderenzorg rekenen we met een relatieve spreiding van 5, voor de curatieve zorg 2.

**Tabel 7.1 Waarde van verzekeren – illustratieve berekening<sup>a,b</sup>**

	Ouderenzorg	Curatieve zorg	Totale zorg <sup>c</sup>	Totale zorg hoge risicoafkeer
<b>Parameters</b>				
$a$	2	2	2	5
$z$	0,07	0,13	0,20	0,20
$\sigma$	5	2	3	3
<b>Waarde van verzekeren</b>				
Percentage van de consumptie	11	7	36	90
Miljard euro, heel Nederland	56	36	180	450

<sup>a</sup> Moreno (2011) hanteert vergelijkbare veronderstellingen voor curatieve zorg en vindt een welvaartswinst variërend van enkele procenten tot 20% van de consumptie.

<sup>b</sup> De  $a$  is de risico afkeer, de  $z$  het aandeel van zorg in het inkomen over de levenscyclus, de  $\sigma$  de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde van de kansverdeling.

<sup>c</sup> Uitgaande van perfecte correlatie tussen curatieve zorg en langdurige zorg, de bovengrens van de verzekeringswaarde.

Tabel 7.1 geeft een indruk van de mogelijke welvaartswinst van verzekeren wanneer wij deze benadering toepassen op de ouderenzorg en de curatieve zorg in Nederland anno 2012. De uitkomsten zijn louter illustratief, het is een ruwe en partiële benadering. Zo wordt verondersteld dat de kosten volledig over de levenscyclus worden uitgesmeerd; er wordt dus geen rekening gehouden met liquiditeitsbeperkingen voor huishoudens. Zouden we dat wel doen, dan valt de waarde van verzekeren hoger uit. Anderzijds wordt geen rekening gehouden met andere manieren om risico's te spreiden, bijvoorbeeld door binnen een huishouden de kosten tussen partners te delen, of door de hulp van kinderen in te roepen bij de verzorging op latere leeftijd. Ook wordt niet gerekend met de nadelen van verzekeren, zoals het optreden van moreel gevaar.

Met deze kanttekeningen in het achterhoofd levert de tabel toch enkele interessante inzichten op. In de eerste plaats valt op dat verzekeren in potentie veel welvaart op kan leveren; voor de totale zorg mogelijk oplopend tot 90% van de consumptie, dus in totaal meer dan 400 miljard per jaar voor Nederland als geheel. Ook bij een lagere risicoafkeer (eerste drie kolommen) kan de welvaartswinst van verzekeren nog steeds aanzienlijk zijn, namelijk 36% van de consumptie, bijna 200 miljard. Verder valt op dat verzekeren extra belangrijk is voor de langdurige zorg. De hoge verzekeringswaarde van ouderenzorg hangt samen met de grotere onzekerheid over de kosten, zoals ook al uit figuur 7.1 bleek. Daarbij is nog geen rekening gehouden met het feit dat bij ouderenzorg de resterende levenscyclus waarover de kosten kunnen worden uitgesmeerd, korter is en daardoor de waarde van verzekeren nog hoger zou uitvallen. Dat het aandeel van ouderenzorg in het inkomen kleiner is, weegt daar niet tegenop.

### De waarde van verzekeren en toegang tot zorg

In de hoofdttekst benaderen we de waarde van verzekeren op de manier die gebruikelijk is in de economie. We kijken naar de waarde van het terugdringen van inkomensschokken die voortvloeien uit onzekerheid over de zorgkosten. Dit is een goede benadering voor niet te dure behandelingen. Zorgverzekeringen hebben echter nog een andere functie. De zorgverzekering geeft ook toegang tot zorg (*access to care*) wanneer het om behandelingen gaat die –zonder verzekering– buiten het financiële bereik van mensen liggen.

Nyman (1999) legt het verschil tussen zorg en andere verzekeringen zo uit. Bij, zeg, een schadeverzekering voor de auto is iemand -normaal gesproken- in staat de schade zelf te betalen. Immers, de eigenaar heeft de auto zelf gekocht, het lag binnen de grenzen van zijn financiële middelen. Schade verzekeren is dan het opvangen van inkomensschokken.

Bij gezondheid ligt dit anders. Een mens heeft zijn leven niet eerst 'gekocht'. De waarde die men aan zijn leven en (goede) gezondheid hecht, kan dus boven de eigen financiële middelen liggen. Dan koopt men een verzekering om toegang te hebben tot een behandeling die men zich zonder verzekering niet zou kunnen permitteren. Dit maakt de vraag naar zorg anders dan bij veel andere goederen: de waardering van een behandeling kan veel hoger liggen dan iemand met zijn koopkracht kan financieren. De waarde van een verzekering is dan hoger dan op grond van het terugdringen van onzekerheid alleen berekend kan worden

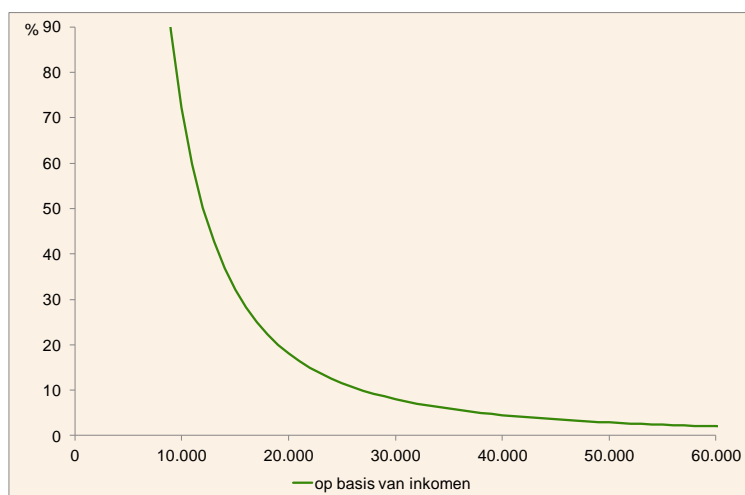
### Welvaartswinst van verzekeren vooral groot voor lage inkomens

De formule voor de waarde van verzekeren biedt nog enkele andere interessante inzichten. In de eerste plaats neemt de waarde van zekerheid scherp toe naarmate de onzekerheid groter is. Dat blijkt uit de spreidingsterm  $\sigma^2$  in de formule: dit is een kwadratische

spreidingsmaat waarin de grote schaden extra zwaar meetellen. Kleine schaden kunnen mensen goed zelf opvangen. Bijvoorbeeld, een behandeling van 1000 euro komt – uitgesmeerd over de hele levenscyclus– neer op een jaarlijkse kostenpost van 16 euro, namelijk 1000 euro over 60 volwassen levensjaren. Voor een dergelijke kleine post is verzekeren nauwelijks de moeite. Dit kan een argument zijn om voor kleinere schaden een eigen risico ‘aan de voet’ te hanteren.

In de tweede plaats zien wij dat ook het verband met de zorgquote  $z$  kwadratisch is. Een verdubbeling in het aandeel van de zorguitgaven in de totale bestedingen van een huishouden leidt tot een verviervoudiging van de waarde van zekerheid. Dit heeft direct gevolgen voor de waarde van de zorgverzekering voor hoge en lage inkomens. In het huidige stelsel met uniforme zorg is het voor lage inkomens veel belangrijker om zich te verzekeren dan voor hoge inkomens. Dit wordt geïllustreerd in figuur 7.2, die de waarde van de verzekering weergeeft voor verschillende inkomens van 10.000 tot 60.000 gemiddeld per jaar over de levenscyclus.<sup>87</sup> Voor het laagste inkomen levert verzekering van de zorgkosten een welvaartswinst op van 75% van de consumptie. Voor een modaal inkomen –tegen de 15.000 euro over de levensloop– bedraagt de welvaartswinst 30%. Voor een inkomen van tweemaal modaal daalt de waarde van verzekeren tot 8% van de consumptie.

**Figuur 7.2 De waarde van verzekeren (in procenten van de consumptie) naar inkomensniveaus (euro, gemiddeld over de levensloop)**



### **Toenemend belang van verzekeren in de toekomst**

Het verband tussen verzekeringswaarde en zorgquote houdt ook in dat verzekeren in de toekomst belangrijker wordt wanneer de zorgkosten verder zullen stijgen. Volgens de twee omgevingsscenario's in hoofdstuk 2 (tabel 2.3) zullen de individuele zorguitgaven in 2040 met respectievelijk 50% en 80% stijgen ten opzichte van het huidige niveau, dus van een zorgquote  $z$  van circa 20% in 2010 tot een zorgquote van 30% in het lage scenario en 40% in

<sup>87</sup> Deze figuur is gebaseerd op dezelfde gegevens voor de totale zorgkosten als in de derde kolom van tabel 7.1. In deze figuur is de financieringskant van de zorgverzekering buiten beschouwing gelaten. In de praktijk gaat de zorgverzekering in Nederland samen met herverdeling tussen inkomens via de inkomensafhankelijke premie (zie hoofdstuk 3).

het hoge scenario in 2040. De waarde van de verzekering wordt dan nog anderhalf, resp. tweënhalf keer zo groot als vermeld in tabel 7.1.

### 7.3 Optimale verzekeringsgraad is lager dan 100%

Dat het terugdringen van onzekerheid een grote waarde heeft, betekent niet dat wij ons volledig moeten verzekeren tegen alle mogelijke risico's. In de praktijk dekken verzekeringen meestal minder dan 100% van de schade en wij sluiten ook geen verzekering af voor alles. Aan verzekeringen en de afhandeling van schade zijn allerlei administratieve kosten verbonden. De aanwezigheid van deze zogeheten *loading factors* maakt dat het niet per definitie efficiënt is om iedereen te verzekeren, zelfs wanneer iedereen afkeer van risico heeft.

#### Afbakening van het verzekerde pakket economisch gezien

De economische theorie biedt een eenvoudig criterium voor de afbakening van het verzekerde pakket. Een criterium dat kan afwijken van het criterium van noodzakelijkheid of ziektelast dat nu een belangrijke rol speelt bij de pakketafbakening in de Zvw. Een voorbeeld kan dit toelichten.<sup>a</sup>

Neem Elisabeth: zij is dit jaar een van de 12 procent vrouwen in Nederland die in hun leven de diagnose borstkanker krijgen. Zonder verzekering zou Elisabeth voor 20.000 euro een borstoperatie laten uitvoeren inclusief chemotherapie die nodig is om de kanker uit haar lichaam te verwijderen. Omdat een borstbesparende operatie niet mogelijk was, overweegt zij ook een borstreconstructie te laten uitvoeren voor 10.000 euro meer. Zonder verzekering zou zij echter van deze laatste ingreep afzien; temeer omdat zij al flink heeft ingeleverd om de kankerbehandeling van 20.000 euro te betalen.

Gelukkig is Elisabeth verzekerd voor zowel de operatie als de borstreconstructie. In de premie zijn de verwachte kosten voor de behandeling van borstkanker verwerkt, wat ongeveer 30 euro per jaar kost.<sup>b</sup> Deze verzekering keert dus effectief 30.000 euro uit wanneer bij iemand borstkanker wordt vastgesteld. Dankzij deze verzekering hoeft Elisabeth niet in te leveren op haar normale levenspatroon. Ook als de verzekeringsmaatschappij het bedrag van 30.000 euro in de vorm van geld aan Elisabeth had uitgekeerd, zou zij het hebben uitgegeven aan de kankerbehandeling en de borstreconstructie. Zij zou er niet van op vakantie zijn gegaan en er ook geen schoolboeken voor de kinderen van hebben gekocht. De verzekering sluit dan precies aan bij de voorkeuren van Elisabeth. De verzekering is maatschappelijk efficiënt, omdat zij de werkelijk gekozen behandeling verzekert.

Hoewel de borstreconstructie medisch misschien niet strikt noodzakelijk is, is Elisabeth blij dat de verzekering deze extra ingreep dekt. De verzekering is economisch gezien optimaal. Dat verandert als Elisabeth liever de 10.000 euro voor de borstreconstructie zou houden en aan een vakantie of schoolboeken zou besteden. In dat geval had ze zich achteraf gezien beter niet voor deze reconstructie kunnen verzekeren. Je wilt de schoolboeken voor je kinderen niet afhankelijk maken van de vraag of je borstkanker krijgt. De verzekering is in dit geval niet maatschappelijk efficiënt.

<sup>a</sup> Dit voorbeeld is vrijwel letterlijk overgenomen uit Nyman (2005).

<sup>b</sup> Bij een gemiddelde levensduur van 60 volwassen jaren bedragen de verwachte kosten 60 euro per jaar, namelijk 12 procent van 30.000 euro gedeeld door 60 voor het aantal jaren. Omdat de kosten ook over mannen worden omgeslagen, halveren deze kosten nog eens tot 30 euro.

Ook keren verzekeraars meestal maar een deel van de schade uit. Dat is nodig om overmatig beroep op de verzekering te voorkomen. Al in de jaren 1970-1980 toonden onderzoekers aan dat het verzekeren een opstuwend effect heeft op zorguitgaven.<sup>88</sup> Recent onderzoek in

---

<sup>88</sup> Aron-Dine e.a. (2013).

de VS liet zien dat de overgang van onverzekerd zijn naar een zorgverzekering leidt tot een substantieel groter beroep op zorg (behandelingen, preventie, controles en gebruik van geneesmiddelen). De zorguitgaven namen in totaal met 25 procent toe.<sup>89</sup> Mensen gaan zich anders gedragen wanneer de financiële prikkels veranderen. Dit heet het 'moreel gevaar' (*moral hazard*). Dat doet denken aan de leaseautorijder die minder voorzichtig met zijn auto omgaat of duurder onderhoud laat verrichten, dan een autobezitter die de kosten zelf betaalt.

Niet al het extra gebruik van zorg is ongewenst. Verzekeren kan ook juist nodig zijn om ervoor te zorgen dat mensen de juiste hoeveelheid zorg afnemen. Bij een optimale verzekering is dit al bij de pakketafbakening ingecalculleerd. Zie hierover het tekstkader 'Afbakening van het verzekerde pakket economisch bezien'.

Een zekere mate van moreel gevaar is in de praktijk echter onvermijdelijk. Het is ondoenlijk voor verzekeraars om voor iedere behandeling te verifiëren of deze voldoet aan de polisvoorwaarden of niet. Verzekeraars beschikken niet over de informatie die tussen patiënt en arts wordt uitgewisseld. Dit laat ruimte voor ongewenst of overmatig gebruik van de zorg, aan de kant van zowel de consument (de patiënt) als de aanbieder van de zorg (de arts). Verzekeraars zetten daarom eigen betalingen in als instrument om ongewenst gebruik tegen te gaan. De eigen betalingen fungeren als 'remgeld' op het gebruik van regelingen. Hoe groter het moreel gevaar, hoe lager de verzekeringsdekking moet zijn. Dit geldt voor iedere verzekering.

### Het zelfselecterend vermogen van uitkeringen in natura

Veel verzekeringen keren na schade een vergoeding uit in geld, waarna de consument zelf mag beslissen waar hij het aan besteedt. Er is geen controle of het werkelijk wordt gebruikt voor reparatie van de schade of voor iets heel anders. Zorgverzekeringen, zeker in de curatieve zorg, doen dit anders en vergoeden meestal alleen de rekening van de werkelijk verleende zorg. Het is een uitkering in natura. Vanuit verzekeringsoogpunt is een uitkering in natura een manier om het moreel gevaar in het zorggebruik te beperken.

Een uitkering in natura is restrictiever dan een uitkering in geld. Door de uitkering in natura richt de verzekering zich op de mensen die de zorg echt nodig hebben. De uitkering is immers alleen interessant als je ook werkelijk de behandeling wilt ondergaan, en dat is in de zorg meestal niet iets wat je voor je plezier doet. Dat ligt anders bij een uitkering in geld; die is voor iedereen interessant, want je kunt haar voor andere doeleinden gebruiken dan alleen zorg. Een uitkering in natura verlicht ook de druk op de indicatiesteller. Bij uitkeringen in geld komt er grote druk op de indicatiesteller, de arts, om dure behandelingen voor te schrijven, want het levert de patiënt direct geld op dat vrij besteedbaar is.

Er zijn ook nadelen aan uitkeringen in natura; het sluit uit dat mensen zelf een betere oplossing gaan zoeken voor hun probleem. Dit was het idee achter de persoonsgebonden budgetten (pgb's); laat mensen met het geld zelf hun zorg regelen, dat is goedkoper en beter afgestemd op de individuele situatie. Dit is zonder meer waar. Helaas leidde het ook tot moreel gevaar, veel zelfs (zie hoofdstuk 10). Een middenweg kan gevonden worden door aanpassing van de verzekeringsgraad. Een uitkering in geld, zoals het pgb, kan efficiënt zijn maar wel met een aanmerkelijk lagere uitkering dan bij een vergoeding in natura. Een systeem van uitkeringen in geld vereist wel dat de indicatiestelling losgekoppeld is van de behandeling, zoals bij de AWBZ nu nog het geval is. Toepassing in de curatieve zorg zou vereisen dat ook daar de indicatiestelling en de behandeling twee aparte activiteiten worden.

---

<sup>89</sup> Finkelstein e.a. (2012).

### Geld minder waard bij een blijvende teruggang in de gezondheid

Naast moreel gevaar is er een tweede reden om te kiezen voor een lagere verzekeringsgraad dan 100%. Deze reden hangt samen met het feit dat een blijvende teruggang in de gezondheid ook invloed heeft op de waarde van geld voor het individu. Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Neem Henk: hij heeft ernstig hartfalen. Hij heeft hoge zorgkosten voor medicijnen en wordt regelmatig medisch gecontroleerd. Bovendien heeft hij hulp nodig bij het doen van inkopen en het schoonhouden van zijn huis. Dit kost de verzekering jaarlijks 10.000 euro. Vanwege zijn ziekte is hij aan huis gekluisterd, deed de auto de deur uit, heeft de sportvereniging opgezegd en gaat ook minder op vakantie. Dat bespaart hem jaarlijks 5000 euro.

Voor hoeveel had Henk zich willen verzekeren als hij –vooraf– de keuze had gehad? Bij een verzekering die het gehele bedrag van 10.000 euro vergoedt bij hartfalen, houdt hij nu geld over. De vraag is of zo'n verzekering efficiënt is. De verzekering keert veel geld uit op een moment dan Henk eigenlijk aan minder genoeg had gehad; hij had het geld beter kunnen gebruiken toen hij nog gezond was, veel sportte en met zijn auto naar het buitenland reisde. Dat wil zeggen, hij had meer gehad aan een lagere premie. De dure verzekering hevelt dus het geld over van de gezonde perioden (via een hoge premie) naar perioden van ongezondheid (via de uitkering). Dit is niet efficiënt. Het was verstandiger geweest, toen Henk nog niet wist dat hij hartfalen zou krijgen, om een goedkopere verzekering af te sluiten die bij hartfalen de helft van de kosten van 5000 euro zou vergoeden. De andere helft kan hij zelf opbrengen, dankzij de besparing op de gewone consumptie van 5000 euro.

De optimale verzekeringsgraad van de zorguitgaven is in dit voorbeeld niet 100% maar slechts 50%. De rest komt uit besparing op consumptie. Onderzoek bevestigt dat mensen met een slechte gezondheid meestal minder geld uitgeven aan gewone consumptie dan gezonde mensen. Voor de Verenigde Staten schatten Finkelstein e.a. (2008) in dat vanwege dit effect de zorgverzekering voor de curatieve zorg wel 10%-punt lager kan zijn. In de ouderenzorg zou het om een groter percentage kunnen gaan.

Als wij de benadering van Finkelstein op Nederland toepassen, dan vinden wij een optimale verzekeringsgraad van 89% voor de lage inkomens (vmbo, zie de eerste kolom in tabel 7.2). Dit is gebaseerd op het zorgaandeel (z) van 34% van vmbo'ers (zie hoofdstuk 6). Mensen met een hbo/wo opleiding (de tweede kolom) hebben een lager zorgaandeel van 11% in hun consumptie, waardoor de optimale verzekeringsgraad voor hen slechts 66% bedraagt.

Het effect van ziekte op de waarde van geld wordt geïllustreerd in de derde en vierde kolom: de verzekeringsgraad voor vmbo'ers daalt van 89% naar 83% wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat een deel van de zorg betaald kan worden uit de lagere behoefte aan gewone consumptie. Voor de hoger opgeleiden daalt de optimale verzekeringsgraad zelfs van 66% naar 49%.<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> Deze uitkomsten zijn berekend met een hoge risicoafkeer van 5 en met plausibele waarden voor moreel gevaar, zoals ook door Finkelstein e.a. (2008) worden gebruikt. Bij een lagere risicoafkeer komt de optimale verzekeringsgraad lager uit.



**Tabel 7.2 Optimale verzekeringsgraad voor hoge en lage inkomens, met en zonder effect van ziekte op overige consumptie**

	Zonder effect van blijvende ziekte		Met effect van blijvende ziekte	
	Vmbo	Hbo/wo	Vmbo	Hbo/wo
Zorgaandeel	34%	11%	34%	11%
Substitutie consumptie door zorg	0	0	>0	>0
Optimale verzekeringsgraad (%)	89	66	83	49

Dit zijn opnieuw zuiver illustratieve berekeningen. Over de te hanteren parameters bestaat grote onzekerheid. Deze berekeningen geven echter wel inzicht in de onderliggende factoren die van belang zijn bij de vormgeving van de verzekering voor de langdurige zorg.

## 7.4 Waarom verplicht en collectief verzekeren?

Mensen hebben uiteenlopende kansen en risico's op ziekte en ongevallen. Voor een deel krijgen mensen die al mee met de geboorte; voor een ander deel is het een kwestie van geluk of pech gedurende het leven. Verschillen in gezondheid kunnen wij niet wegnemen; wel kunnen wij ervoor zorgen dat de kosten van de zorg worden gedeeld door allen. Het verzekeren of 'poolen' van risico levert, zoals wij gezien hebben, welvaartswinst op. Verzekeren kan in beginsel op de private markt. Bij de zorg doen zich hier echter bijzondere problemen voor, die de reden vormen waarom ingrijpen door de overheid nodig is. In de kern gaat het om twee problemen: op de markt kun je geen schade verzekeren die al gerealiseerd is, en er is vaak sprake van asymmetrische informatie.

### 7.4.1 Bestaande gezondheidsverschillen

Brandende huizen kun je op een vrije markt niet verzekeren; er is immers geen onzekerheid meer. Dit speelt ook bij de zorg. Van veel mensen is al bekend of zij een zwakkere of sterkere gezondheid hebben en dus meer of minder kosten zullen maken voor zorg. Of je bij geboorte een goed of een zwakker gestel meekrijgt is een kwestie van geluk of pech. Een verzekeraar op een vrije markt zal echter de verwachte schade verdisconteren in de premie; een pechvogel met een zwak gestel betaalt daardoor meer dan iemand die het geluk heeft met een goed gestel geboren te zijn. Er zijn goede argumenten om de pechvogels te willen compenseren voor het nadeel dat zij hebben in het leven (zie ook hoofdstuk 6 'Verschillende mensen, dezelfde zorg'). Ook vanuit de verzekeringsgedachte: als mensen de kans hadden gehad zich reeds voor de geboorte –toen de gezondheidstoestand nog niet bekend was– te verzekeren, dan was dat optimaal geweest. De overheid kan deze rol overnemen door iedereen verplicht te verzekeren, ook voor gezondheidsverschillen bij geboorte.

De manier waarop men pechvogels compenseert is dan een belangrijk vraagstuk. Doorgaans kiest men ervoor compensatie te bieden als onderdeel van een collectieve zorgverzekering. Dat kan door een landelijk verplichte verzekering aan te bieden met een uniforme premie. Of, bij uitvoering door meerdere zorgverzekeraars, zorgverzekeraars te verbieden premiedifferentiatie toe te passen. Concreet verbiedt men verzekeraars informatie over de

gezondheidsrisico's van hun klanten te gebruiken bij de premiestelling. Dat stuit echter op twee nieuwe problemen:

1. *Averechtse selectie door consumenten*: bij een uniforme prijs voor de verzekering willen met name de mensen met de grootste risico's zich verzekeren. Voor de gezonde mensen is de verzekering minder aantrekkelijk, waardoor zij kunnen besluiten om zich niet te verzekeren.
2. *Risicoselectie door verzekeraars*: verzekeraars willen bij voorkeur klanten met lagere risico's omdat die –bij een gegeven premie– gemiddeld meer winst opleveren. Deze 'risicoselectie' kan ertoe leiden dat verzekeren voor minder gezonde mensen minder aantrekkelijk wordt gemaakt en daardoor toch effectief duurder dan voor gezonde mensen.

#### 7.4.2 Averechtse selectie door consumenten

Het probleem van averechtse selectie (*adverse selection*) heeft te maken met het feit dat consumenten hun gezondheid beter kunnen inschatten dan verzekeraars; er is sprake van asymmetrische informatie. Dit kan met het volgende voorbeeld worden toegelicht. Wij nemen aan dat mensen alléén verschillen in ziektekansen: sommige mensen hebben een hogere kans om ziek te worden dan anderen. De mensen weten dit zelf wel maar de verzekeraars niet of –wat op hetzelfde neerkomt– zij mogen deze informatie niet gebruiken. Verder veronderstellen wij dat er één verzekeraar is die één polis aanbiedt tegen één prijs. De verzekeraar kan door gebrek aan informatie niet discrimineren tussen mensen met een verschillende kans om ziek te worden. Een zorgverzekering is (vooralsnog) niet verplicht.

Omdat de polis uitgaat van een gemiddeld risicoprofiel, vinden gezonde mensen deze al snel te duur. Voor hen weegt de waarde van de verzekering niet op tegen de premie. Zij haken dan af. Voor de verzekeraar blijven dan de gemiddeld duurdere klanten over. De premie stijgt, waardoor opnieuw mensen kunnen afhaken. Door deze averechtse selectie kan een spiraal ontstaan waarbij tot slot alleen nog de zwaarste gevallen zich kunnen verzekeren. De verzekeringsmarkt stort dan feitelijk in elkaar. De markt faalt dan, omdat gezondere personen die zich wel willen verzekeren, bot vangen. Dat is inefficiënt, omdat zij daardoor onderverzekerd zijn; er resteert alleen een dure verzekering voor de minst gezonde mensen.

Het is de vraag of averechtse selectie in de praktijk werkelijk zwaar telt. Uit de berekeningen eerder in dit hoofdstuk blijkt dat verzekeren grote welvaartswinst oplevert voor de verzekerden. Het is daarom niet zeker dat averechtse selectie werkelijk optreedt. Als mensen een voldoende grote risicoafkeer hebben, vinden gezonde mensen een heel dure verzekering mogelijk nog steeds de moeite waard; in dat geval blijft iedereen zich verzekeren. Ook hangt de keuze van een verzekering niet alleen af van de eigen inschatting van het risico, maar ook van andere voorkeuren, zie de box over 'gunstige selectie'.

## Gunstige selectie

De theorie van averechtse selectie is gebaseerd op gestileerde argumenten die niet geheel recht doen aan de praktijk.<sup>a</sup> Zo is de economische theorie grotendeels gebaseerd op de veronderstelling dat consumenten alleen van elkaar verschillen qua schadekansen. Dat is niet realistisch. Zij verschillen immers ook in termen van preferenties op allerlei vlakken, zoals ten aanzien van de aard van de zorg en de behoefte aan zekerheid. Of in termen van cognitieve capaciteiten. Modeluitkomsten worden veel minder eenduidig wanneer men dergelijke verschillen meeneemt in de analyse. Het is ook mogelijk dat mensen met hoge ziektekansen zich in de praktijk juist minder verzekeren, bijvoorbeeld omdat het om mensen gaat die zowel minder op hun gezondheid als op hun verzekering letten. Of omdat het om mensen met lage inkomens gaat die minder gezond zijn en ook minder geld hebben om zich te verzekeren. Een dergelijke omkering van averechtse selectie staat bekend als *advantageous selection*, ofwel gunstige selectie.<sup>b</sup> Zoals bij averechtse selectie onderverzekering een probleem is, kan bij gunstige selectie oververzekering optreden. In theorie zou het dan zelfs optimaal kunnen zijn om het aangaan van een verzekering af te remmen.

<sup>a</sup> Zie Chetty en Finkelstein (2012) voor een uitgebreide bespreking.

<sup>b</sup> Einav en Finkelstein (2011).

## Verzekeraars niet zo machteloos

Bovendien zijn verzekeraars minder machteloos dan in het voorbeeld wordt gesteld. Zij kunnen op verschillende manieren informatie inwinnen over de gezondheidstoestand van hun --potentiële-- klanten. De eenvoudigste manier is om een gezondheidsverklaring in te laten vullen. Feitelijk proberen verzekeraars te achterhalen wie 'een brandend huis' is. Door een hogere premie te vragen aan minder gezonde mensen, kan deze voor gezondere mensen laag genoeg blijven, zodanig dat verzekeren ook voor hen aantrekkelijk blijft. Averechtse selectie wordt zo voorkomen. Er wordt voorkomen dat de verzekeringsmarkt faalt. Dit gaat wel ten koste van de solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen; het is niet langer mogelijk om ook de gezondheidsverschillen bij geboorte te 'verzekeren'.

Een andere aanpak –met vergelijkbare uitkomst– is om polissen met collectiviteiten te sluiten. Vaak hebben verzekeraars geen informatie over de individuele gezondheid van mensen, maar wel over de gemiddelde gezondheid van een groep mensen. Op grond daarvan kunnen verzekeraars proberen de consumenten zo in te delen dat het voor ieder aantrekkelijk blijft om zich te verzekeren. Er vindt prijsdiscriminatie plaats op basis van indirecte kenmerken. Gesloten collectiviteiten, zoals een polis voor hoger opgeleiden, zijn ook mogelijk. Omdat hoger opgeleiden gemiddeld lagere ziektekansen hebben, kan de verzekeraar ook met een dergelijke polis selecteren op gezondheidsrisico's. Binnen deze groep blijft een volledige risicosolidariteit gehandhaafd, ook de solidariteit met minder gezonde deelnemers. Maar tussen groepen ontstaan premieverschillen op basis van gemiddelde gezondheidsverschillen wat, zoals gezegd, op gespannen voet staat met de wens om iedereen tegen eenzelfde premie te verzekeren.

Verzekeraars kunnen ook op een meer subtiele, indirecte manier gezondheidsinformatie proberen te achterhalen, namelijk door gebruik te maken van het keuzegedrag van consumenten. Dit kunnen wij opnieuw met een voorbeeld toelichten. Neem aan dat consumenten kunnen kiezen uit twee polissen: een sobere polis met een lage premie en hoog eigen risico en een ruime polis met hogere premie en laag eigen risico. Nu zullen gezonde mensen met lage kans op ziekte meestal voor de goedkope polis kiezen, en minder gezonde

mensen met hoge verwachte kosten voor de duurdere polis. Op deze manier kan de verzekeraar toch onderscheid maken tussen gezonde en minder gezonde mensen, ook wanneer expliciete prijsdiscriminatie op basis van persoonskenmerken niet is toegestaan. Verzekeraars maken gebruik van de informatie die consumenten 'weggeven' door hun keuzegedrag. Immers, consumenten maken een keuze voor meer of minder dekking, passend bij hun profiel (zelfselectie).<sup>91</sup>

In theorie kan dit verder worden uitgebreid door het menu van polissen zó te ontwerpen, dat de verzekeraar precies weet welk risicoprofiel iedere consument heeft.<sup>92</sup> Daarbij is het van belang dat de polissen voldoende onderscheidend zijn. Om te zorgen dat de 'minder gezonden' niet alsnog voor de goedkope polis kiezen, dient het goedkope pakket voldoende uitgekleeft te zijn. De polis voor de gezonde groep moet dus wat 'overdreven' sober zijn, dat wil zeggen nog soberder dan zij eigenlijk zelf zouden willen. Dat is de prijs die zij moeten betalen om de minder gezonde mensen buiten de deur te houden.

Twee zaken vallen op. Ten eerste, de groep van gezonde mensen met een lage ziektekans raakt onderverzekerd, hun polis is soberder dan zij eigenlijk zouden wensen. Ten tweede, de uitkomst scoort opnieuw slecht op risicosolidariteit. Immers, er vindt prijsdiscriminatie plaats: de polis voor de minder gezonde mensen is duurder dan die voor de gezonde mensen. Er ontstaat dus een tweedeling in de verzekering, waarbij iedereen slechter af is. De oorzaak van dit marktfalen is asymmetrische informatie: de verzekeraar kan niet waarnemen hoe gezond mensen zijn.

In een ongereguleerde markt verwacht men misschien dat mensen met een hoge ziektekans (zoals chronisch zieken of hiv-patiënten) geen verzekering kunnen krijgen. Maar door averechtse selectie is de voorspelling juist dat chronisch zieke mensen een uitgebreide, maar dure, verzekering kunnen kopen. Voor de verzekeraar kan een consument met een hoge ziektekans wel degelijk winstgevend zijn, zolang deze maar voldoende premie betaalt. Pas wanneer mensen met hoge ziektekansen deze polis niet kunnen betalen, ontstaat een situatie met ongezonde onderverzekerden.

#### 7.4.3 Verplichte collectieve verzekering en het gevaar van risicoselectie

De overheid kan het marktfalen door averechtse selectie aanpakken door ervoor te zorgen dat iedereen zich verzekert en tegen een uniforme premie. Dat kan op twee manieren.

1. *Verplichte verzekering opleggen met een uniforme premie.* Dit is de klassieke oplossing. De verzekeraar baseert de premie dan op een bredere verzekeringsbasis zonder onderscheid te maken tussen gezonde en minder gezonde personen. Iedereen is nu verzekerd tegen een uniforme premie; dit verhoogt de welvaart. De risicosolidariteit neemt toe.
2. *Uniforme premie voorschrijven en subsidie van de overheid.* De overheid kan een uniforme premie voorschrijven en via subsidie ervoor zorgen dat de verzekering voor iedereen

---

<sup>91</sup> Dit staat bekend als tweedegraads prijsdiscriminatie.

<sup>92</sup> Deze eigenschap heet *incentive compatibility*. Of dit mogelijk is, hangt af van de modelparameters.

aantrekkelijk blijft. Daarmee wordt voorkomen dat de mensen met de lagere risico's uitstappen. In veel landen zijn de premies voor ziektekostenverzekering aftrekbaar voor de belastingen. In Nederland is dat niet het geval, anders dan bijvoorbeeld voor pensioenpremies die wel aftrekbaar zijn (en daardoor helpen om te voorkomen dat sommige deelnemers uitstappen). In Australië wordt de subsidie voor aanvullende zorgverzekeringen gecombineerd met een boete voor al degenen boven een bepaalde inkomensgrens die zich niet aanvullend verzekeren. Effectief is dit een andere manier om de verzekering af te dwingen, net als bij de verzekeringsplicht.

Deze maatregelen lossen inderdaad het probleem van averechtse selectie op; iedereen verzekert zich, ook de mensen met lagere risico's. Er doet zich echter een nieuw probleem voor, nu aan de kant van de verzekeraars. Er ontstaan verschillen tussen verzekeraars die meer gezonde mensen onder hun klanten hebben en verzekeraars die relatief meer ongezonde mensen hebben. Bovendien krijgen verzekeraars een prikkel om –binnen de grenzen van de wet– toch risicoselectie toe te passen. Dat kan op verschillende manieren. Een verzekeraar kan zich minder aantrekkelijk maken voor mensen met een slechtere gezondheid. Zo kan de verzekeraar ‘tussen neus en lippen’ door vragen of een aankomende klant ook belangstelling heeft voor thuiszorg. Dergelijke informatie zegt iets over de te verwachten zorgkosten. Een bekend voorbeeld uit vroeger tijden is dat van een verzekeraar die kantoor hield op de derde verdieping van een gebouw zonder lift. Ook dat is een manier om de gezondere consumenten te selecteren. Een moderne variant is om kortingen aan te bieden voor een lidmaatschap bij een sportvereniging.

Ook kunnen verzekeraars via collectieve contracten proberen vooral gezonde personen als klant binnen te halen. Ten slotte kunnen verzekeraars weer kenmerken van de verzekering inzetten om via zelfselectie onderscheid te maken tussen hogere en lagere risico's. Dat is ook relevant voor het huidige stelsel zoals wij dat in Nederland kennen. Wij geven drie illustraties:

1. *Risicoselectie via het aanvullende pakket.* Ook bij een verplichte basisverzekering kunnen verzekeraars risicoselectie toepassen, namelijk via de aanvullende verzekering die vrijwillig is. In beginsel is het vooral voor minder gezonden aantrekkelijk om zich aanvullend te verzekeren. De verzekeraar kan hier gebruik van maken door deze aanvullende polis relatief duur te maken, om het kostenverschil in de verplichte basisverzekering te compenseren. Dit gaat ervan uit dat de meeste mensen, uit automatisme, de basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar kopen, wat voor Nederland realistisch lijkt. Op dit moment zien we deze selectie nog nauwelijks in Nederland. Circa 90% van de verzekerden koopt op dit moment nog een aanvullende verzekering. Dit kan veranderen. Bijvoorbeeld wanneer een versobering van het basispakket de aanvullende polissen belangrijker maakt. Men moet zich ervan bewust zijn dat vanwege averechtse selectie het vooral minder gezonde mensen zijn die zich duur zullen bijverzekeren.
2. *Eigen betalingen en eigen risico.* Deze instrumenten helpen om overmatige consumptie van (verzekerde) zorg terug te dringen. Het is de vraag of de vormgeving van eigen betalingen aan verzekeraars kan worden overgelaten. Verzekeraars kunnen eigen

betalingen inzetten om onderscheid te maken tussen mensen met hoge en met lage ziektekansen. Dat kan via een menu van polissen met verschillende eigen risico's. Dit kan reden zijn om eigen risico en eigen betalingen door de overheid te laten reguleren.

3. *Selectief contracteren*. Vrijwel alle zorgverzekeringen contracteren momenteel met alle ziekenhuizen. Er vindt nog vrijwel geen 'selectieve contractering' plaats. Dit kan in de toekomst veranderen, wanneer verzekeraars scherper gaan inkopen en hun cliënten vooral naar ziekenhuizen sturen met een goede prijs-kwaliteitverhouding. Daar is ongetwijfeld efficiëntiewinst uit te halen. Echter, het selectief contracteren kan ongewenste bijwerkingen hebben. Stel een verzekeraar contracteert met een beperkt aantal ziekenhuizen en biedt daardoor een goedkopere polis. Vooral mensen met hoge ziektekans willen echter alle opties open houden. De goedkope polis van deze verzekeraar is daarom vooral aantrekkelijk voor mensen met een lage ziektekans. Hoe meer verzekeraars selectief contracteren, hoe sterker de scheiding tussen gezonde en minder gezonde mensen. Dat is ongunstig voor de risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen in de verzekeringsmarkt, zoals we eerder ook al zagen. Verschillen in gezondheid zijn echter niet de enige reden tot differentiatie in polissen. Mensen kunnen ook andere voorkeuren hebben, bijvoorbeeld ten aanzien van wachtlijsten of kwaliteit van de zorg. Zo is het goed denkbaar dat er polissen gaan ontstaan die meer zijn afgestemd op de voorkeuren van de hoge inkomens en andere –goedkopere– polissen afgestemd op de voorkeuren van de lage inkomens. Dit draagt juist weer bij aan de welvaart.

Zoals we hierboven zagen, leidt het marktfalen door averechtse selectie tot inefficiëntie (gezonde mensen blijven onderverzekerd) en aantasting van de risicosolidariteit (minder gezonde mensen gaan een hogere premie betalen). De afgelopen jaren hebben diverse aanbieders goedkope polissen aangeboden voor specifieke marktsegmenten, zoals studenten en hoogopgeleiden. De politiek is zich bewust van het gevaar van risicoselectie die deze ontwikkeling –logischerwijs voortvloeiend uit de stelselwijziging van 2006– met zich meebrengt.<sup>93</sup> Dat gevaar kan zich bijvoorbeeld uiten in het impliciet weren van chronisch zieken. Betekent dit dat iedereen dezelfde polis moet hebben? Dat is niet noodzakelijk het geval. Wel is duidelijk dat keuzevrijheid voor het individu verzekeraars helpt om gezondheidsrisico's te *screenen*, in het bijzonder wanneer de keuzes die consumenten maken, samenhangen met hun risicoprofiel. Keuzevrijheid is daarom niet noodzakelijkerwijs in het belang van consumenten.

#### 7.4.4 Onderscheid op basis van inkomensverschillen

Voorkeuren voor verzekeringen hangen niet alleen samen met gezondheid. Ook hogere en lagere inkomens kunnen verschillende voorkeuren hebben voor de verzekerde zorg. Lagere inkomens zijn gemiddeld beter af met een soberder pakket tegen een lagere premie, terwijl hogere inkomens aan een duurder pakket de voorkeur kunnen geven. Averechtse selectie levert hier een bijzonder probleem op, omdat de dure verzekering ook mensen zal aantrekken met hoge gezondheidsrisico's die een lager inkomen hebben. Dat maakt het dure pakket nog duurder, waardoor er weer een proces van averechtse selectie zal ontstaan. Om

---

<sup>93</sup> Van de Ven (2012).

dit te voorkomen, zien wij in een aantal landen –bijvoorbeeld Duitsland en Australië– dat er een verplichte scheiding is in verzekeringen tussen hogere en lagere inkomens.

Voor de ouderenzorg is een dergelijke differentiatie ook denkbaar door zowel premie als uitkering te koppelen aan het inkomen.

#### 7.4.5 Risicoverevening

Een stelsel met verzekeringsplicht, uniforme premies en acceptatieplicht voor verzekeraars, legt wel heel veel druk op het systeem. De druk tot risicoselectie door verzekeraars leidt vroeger of later tot differentiatie in verzekeringen en zet de risicosolidariteit onder druk. Om dit tegen te gaan is een systeem van risicoverevening essentieel.

Risicoverevening vermindert de prikkel tot risicoselectie door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden. Dat gebeurt op grond van observeerbare karakteristieken (zoals leeftijd, geslacht, medicijngebruik in het verleden), die een indicatie geven van verwachte zorgkosten. Het idee is om op grond van die observeerbare karakteristieken de verwachte kosten van verzekerden dichter bij elkaar te brengen, zodat premieverschillen of risicoselectie niet nodig zijn. Oudere mensen hebben hogere verwachte kosten dan jongere mensen. Een diabetespatiënt die in het verleden insuline heeft gebruikt, zal dit ook dit jaar weer nodig hebben. In de huidige praktijk kunnen verzekeraars dergelijke kenmerken waarnemen, maar zij mogen, om selectie te voorkomen, niet de premies daarop baseren. De verzekeraar zal ook geen behoefte hebben om de premie te gaan differentiëren als zij voor de diabetespatiënt een compenserende uitkering uit het vereveningsfonds krijgt. Dat is het doel van verevenen.

Risicoverevening kan echter nooit perfect zijn. Niet alles is vast te leggen in de verevening.<sup>94</sup> In de basisverzekering van de Zvw is momenteel voor circa 10% van de bevolking bij verzekeraars sprake van substantiële verliezen (gemiddeld meer dan honderden euro's per jaar per persoon) en zijn er naar schatting tussen de 5000 en 8000 zeldzame aandoeningen (betreft naar schatting één miljoen verzekerden) die thans niet expliciet in de ex-ante risicoverevening zijn opgenomen. Op deze verzekerden maakt een verzekeraar dus een voorspelbaar verlies en dat kan gaan leiden tot selectiegedrag. Dit hoeft niet; verzekeraars kunnen hier ook van afzien. De Commissie Don (2012) heeft dit onderzocht en stelt dat in de huidige Zvw nog geen signalen zijn dat verliesgevende categorieën verzekerden worden geweerd, maar constateert wel dat het systeem kwetsbaar is voor risicoselectie en pleit daarom voor een voortdurende aanpassing van het systeem van risicoverevening. Daarbij dient scherp en gericht toezicht te worden gehouden op het marktgedrag van verzekeraars om tijdig te kunnen ingrijpen wanneer selectiegedrag daadwerkelijk optreedt. Risicoselectie is in de praktijk vaak moeilijk te onderscheiden van doelgericht inspelen door verzekeraars op wensen van verzekerden. Bijvoorbeeld, sommige verzekeraars richten hun marketing op winstgevende doelgroepen, zoals jonge en hoogopgeleide verzekerden. Toch hoeft dit niet altijd risicoselectie te impliceren. Het kan ook eenvoudigweg betekenen dat ze juist willen

---

<sup>94</sup> Van de Ven (2012).

inspelen op de behoeften van deze groepen en op die manier hun marktaandeel willen proberen te vergroten.

## 7.5 Conclusie

Drie jaar geleden schreef *The Economist*:

*“Governments want to spur private insurance in the hope of solving three big problems bedevilling their national systems of health care: inadequate access to care; soaring costs; and a paucity of innovation. [...] The evidence so far suggests that relying on private insurance may help in some respects. But it will not solve all these problems, and may even be making some of them worse.”<sup>95</sup>*

Dit citaat is geïnspireerd door de situatie in het Verenigd Koninkrijk, maar maakt ook voor Nederland duidelijk dat zorgverzekeringen lastig meerdere doelen tegelijk kunnen dienen.

Verzekeren is van grote waarde en wordt nog belangrijker wanneer de uitgaven aan zorg in de toekomst verder groeien. Het verzekeringsstelsel is helaas noodzakelijkerwijs imperfect. Asymmetrische informatie tussen consumenten en verzekeraars maakt dat beleid altijd zal moeten schipperen. Een brede verzekering helpt om de schaderisico's voor deelnemers te beperken. Dat levert grote welvaartswinst op. Daar staat tegenover dat een ruime verzekering een opdrijvend effect heeft op de uitgaven. In een wereld waarin consumenten kritischer en mondiger worden, zijn eigen betalingen en pakketbeperking noodzakelijk om de vraag naar zorg af te remmen. Meer dan bij andere verzekeringen is claimbeoordeling de zwakke schakel in de zorgverzekering. Het is ondoenlijk voor verzekeraars om iedere diagnose en de daaraan verbonden behandeling te controleren. Verzekeraars werken hard aan het opzetten van informatiesystemen om beter grip te krijgen op de indicatiestelling. Dat zal zeker bijdragen aan betere beheersing van de kosten en het terugdringen van 'moreel gevaar' in de vorm van een maatschappelijk inefficiënt beroep op de zorg.

Overheidsingrijpen op de markt van zorgverzekering is onvermijdelijk. Zonder regulering zou de verzekeringsmarkt tekortschieten. Niet alleen leidt averechtse selectie ertoe dat verzekeren voor veel mensen onmogelijk zal zijn. Dat geldt vooral voor gezonde mensen, die lagere ziektekansen hebben. Een vrije markt zal ook nooit ongelijkheid tussen gezonde mensen en mensen met chronische ziekten en daardoor hogere kosten kunnen wegnemen. Volledige risicosolidariteit is alleen mogelijk als iedereen verzekerd is tegen een premie die geen onderscheid maakt tussen gezonde en minder gezonde mensen.

Het probleem van averechtse selectie maakt het moeilijk om verzekeringen af te stemmen op individuele voorkeuren. Door deze imperfectie op de verzekeringsmarkt is het welvaartsverhogend om de keuzevrijheid in te perken, bijvoorbeeld door het opleggen van een uniforme verzekering voor allen. Dat kan efficiënt zijn omdat verzekeraars anders de keuzevrijheid kunnen gebruiken voor selectie van hun klanten. Enige spanning tussen

---

<sup>95</sup> “Health insurance: Clear diagnosis, uncertain remedy”, *The Economist*, 18 februari 2010.



keuzevrijheid en risicosolidariteit is daarom onvermijdelijk. Hoe hiermee wordt omgegaan kan van land tot land verschillen. Ook kan voor bijvoorbeeld de ouderenzorg een andere oplossing worden gekozen dan voor de curatieve zorg, omdat bij curatieve zorg keuzevrijheid wellicht minder belangrijk is dan bij ouderenzorg.

In de volgende hoofdstukken wordt hier nader op ingegaan voor de preventie, de curatieve zorg en de ouderenzorg. In het slothoofdstuk worden de verschillende lijnen weer bij elkaar gebracht en worden vier mogelijke beleidsscenario's voor de toekomst geschetst. Deze scenario's variëren precies langs de in dit hoofdstuk besproken fundamentele afwegingen: die tussen verzekeren en het voorkomen van overmatig gebruik (moreel gevaar) enerzijds, en die tussen het bieden van keuzevrijheid en het opleggen van een uniforme verzekering (averechtse selectie) anderzijds.

## Literatuur

Aron-Dine, A., L. Einav en A. Finkelstein (te verschijnen in 2013), The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later, *Journal of Economic Perspectives*.

Chetty, R. en A. Finkelstein, 2012, Social Insurance: Connecting Theory to Data, NBER Working Paper 18433, (te verschijnen in *Handbook of Public Economics*).

Einav, L. en A. Finkelstein, 2011, Selection in Insurance Markets: Theory and Empirics in Pictures, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25, nr. 1, pag. 115-138.

Finkelstein, A., E. Luttmer, M. Notowidigdo, 2008, What good is wealth without health? The effect of health on the marginal utility of consumption, NBER Working Paper 14089.

Finkelstein, A., S. Taubman, B. Wright, M. Bernstein, J. Gruber, J.P. Newhouse, H. Allen, K. Baicker en de Oregon Health Study Group, 2012, The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, nr. 3, pag. 1057-1106.

Moreno, Jorge O., 2011, Welfare Gains from Withdrawing Consumption Risk: Measuring the Benefits Distribution from the Public Health Insurance Expansion in Mexico, ITAM - School of Business Administration.

Nyman, J., 1999, The value of health insurance: the access motive, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 18, nr. 2, pag. 141-152.

Nyman, John A., 2005, Health Insurance Theory: The Case of the Missing Welfare Gain University of Minnesota, mimeo.

Ven, W. van de, 2012, Risicoselectie bedreiging voor kwaliteit van zorg, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 97, nr. 4637, pag. 358-361.

Wong, A., 2011, *Describing, Explaining and Predicting Health Care Expenditures with Statistical Methods*, Proefschrift, UvT.

## 8 Leefstijl en preventie

Albert van der Horst en Jasper de Jong

Er valt nog veel te winnen als alle Nederlanders gezond zouden leven. De baten van een gezonde leefstijl komen allereerst aan henzelf ten goede: gemiddeld genomen leven gezonde mensen langer en hebben ze een hoger inkomen. De overheid heeft baat bij iemand die gezonder is en langer leeft, leert en werkt. Voor een pensioenfonds is een hogere levensverwachting echter wel nadelig. De overheid of verzekeraars kunnen ervoor kiezen om een gezonde leefstijl te belonen via een korting op de zorgpremie.

## 8.1 Zomaar twee mensen

Ellen is als gezonde baby geboren in 1965, kreeg van haar ouders genoeg groente en fruit en moest vaak buiten spelen. Als puber heeft ze wel eens een peuk opgestoken, maar ze is daar snel mee gestopt. Ellen heeft haar opleiding afgerond, is gaan werken en blijft bewegen. Ze voelt zich gezond en verdient 40.000 euro per jaar.

Anne is in hetzelfde jaar geboren, ook als gezonde baby, maar kreeg een heel andere opvoeding. Ze at veel patat, kreeg weinig groente en rookte op haar 16e een half pakje sigaretten per dag. Haar opleiding heeft ze met enige vertraging afgerond. Een goede baan bleek moeilijk te vinden, ze verdient nu parttime 10.000 euro. Anne voelt zich redelijk gezond, maar is af en toe kortademig en haar BMI durft ze niet te vertellen.

Zomaar twee mensen van eind 40, met heel verschillende levenspaden. Deze verschillen zijn niet pas op hun 40ste begonnen, maar al veel eerder. In dit voorbeeld hangt een gezonde leefstijl samen met een hoger inkomen, je gezonder voelen, en dan hebben we het nog niet eens gehad over de zorgkosten.

Preventie begint bij een gezonde leefstijl. Bij preventie denken wij al snel aan maatregelen, aan beleid dat genomen kan worden om gezondheid te bevorderen of te beschermen. Zo formuleert het RIVM als doel van preventie "(...) te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen".<sup>96</sup> En ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ, 2011) richt zich in zijn recente advies over preventie van welvaartsziekten sterk op de organisatie van preventie en op maatregelen die een gezonde leefstijl kunnen bevorderen. In dit hoofdstuk beginnen wij een stap eerder, bij de leefstijl van mensen. Het voorkomen van ziekte en bevorderen van gezondheid beginnen immers bij keuzes die mensen zelf maken.

Preventie begint aan het begin van het leven en zelfs al eerder. Het begint bij de leefstijl van de moeder tijdens de zwangerschap en krijgt een vervolg in het gezondheidsgedrag van kinderen en hun ouders. Preventie gaat door tot aan het einde van het leven, wanneer valpreventie en het voorkomen van ziekteverergering belangrijk zijn. Preventie begint dus bij het gedrag van individuen, bij hun leefstijl gericht op het voorkómen van een aandoening of het beperken van de gevolgen ervan. In tweede instantie kan preventie ook vormgegeven worden door de overheid of andere instellingen, door mensen te stimuleren om hun gezondheid te bevorderen en te beschermen.

Hierover gaat dit hoofdstuk. De winst die te behalen valt door een gezonde leefstijl, is groot. Een gezonde leefstijl is dan ook een voor de hand liggende keuze, maar wordt niet door iedereen gemaakt. Waardoor leven veel mensen toch nog steeds ongezond? En waarom zijn dat gemiddeld vaker mensen met een lagere opleiding en lager inkomen? Welke taak ligt daar voor de overheid, hoe kan zij gezond gedrag stimuleren?

---

<sup>96</sup> RIVM, Wat is preventie? Nationaal Kompas Volksgezondheid.

## 8.2 Preventie loont

### Preventie, een investering

Preventie is een investering in gezondheid. Het kenmerk van een investering is dat de kost voor de baat uitgaat. Iemand die in preventie investeert, offert tijd, moeite en geld op. Tijd die aan preventie wordt besteed, in de vorm van een rondje hardlopen bijvoorbeeld, is niet meer beschikbaar voor het kijken naar een leuke film of uit eten gaan. Van geld dat aan gezond, maar duur, eten en drinken wordt uitgegeven, kan geen friet of snoep meer worden gekocht. Soms bespaart preventie wel geld, zoals bij stoppen met roken of met (te veel) drinken, maar zit de opoffering in de moeite die een gezonde leefstijl kost. Het genot van een sigaret of een drankje wordt opgeofferd ten bate van de gezondheidsvoordelen in de toekomst. Ook valpreventie kost soms geld voor de aanschaf van hulpmiddelen, maar kan ook betekenen dat het mooie tapijtje uit de kamer weg moet.

De baat van preventie is gezondheid in de vorm van langer leven of een betere kwaliteit van leven. Deze gezondheid wordt hoog gewaardeerd, zowel de sensatie van een gezond gevoel als de mogelijkheid tot participeren. Kenmerkend voor veel investeringen, en dat geldt zeker voor preventie, is dat de baten vaak minder zichtbaar zijn dan de kosten. Dit heeft een aantal oorzaken. Allereerst liggen de baten in de toekomst, soms in de verre toekomst. Zo is bij ongezond eten, drinken of roken het effect op gezondheid pas na een aantal jaren of soms decennia zichtbaar. De tweede oorzaak van de 'onzichtbaarheid van de baten' is dat deze onzeker zijn, in tegenstelling tot de kosten. Door gezond te eten en te bewegen, verminder je de kans op obesitas en de kans op ziekten zoals een infarct, maar het zijn en blijven kansen. Iedereen kent wel voorbeelden van positieve uitzonderingen, van mensen die ondanks een ongezonde levensstijl toch gezond oud worden.

De baat van een gezonde leefstijl wordt zichtbaar in een breed scala van effecten. De eerste baat is natuurlijk de gezondheid zelf, waarbij mensen zich gezonder voelen en hun levensverwachting toeneemt. De tweede baat is een hogere inzetbaarheid, wat mensen in staat stelt om langer te werken, te zorgen voor hun medemens en zelf voor hun huishouding te zorgen. De derde baat is een samenspel tussen gezondheid en kennis, waar hoofdstuk 5 op ingaat. Een goede gezondheid maakt leren mogelijk (zowel in de studiebanken als 'on the job') en verhoogt tevens het rendement op deze investeringen in kennis. Immers, door de grotere inzetbaarheid kan de opgedane kennis langer worden ingezet. De vierde baat zou kunnen liggen in lagere zorgkosten, maar empirisch onderzoek toont aan dat een gezonde leefstijl niet zozeer tot afstel, maar veel meer tot uitstel van zorgkosten leidt.

Het RIVM heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de directe baten van preventie en laat zien dat de directe baten voor het individu groot zijn, maar ook onzeker. Neem als voorbeeld roken. Stoppen met roken verlengt de levensduur gemiddeld genomen met 4,1 jaar (zie tabel 8.1). De kwaliteit van leven neemt bovendien toe. Gemeten in voor gezondheid gecorrigeerde levensjaren is de winst van stoppen met roken daarom 4,6 jaren: ruim vier jaar, omdat het leven langer duurt, plus een half jaar, omdat de kwaliteit van leven verbetert. Op vergelijkbare wijze dragen een gezond lichaamsgewicht, matig alcoholgebruik en voldoende beweging bij aan een betere gezondheid. De baten zijn echter ook onzeker. Een gezonde

leefstijl vermindert de kans op hartfalen, maar neemt die kans niet weg. Een ideale leefstijl vermindert de prevalentie bij hartfalen van 1,5% naar 1,1%, maar de belangrijkste risicofactor (leeftijd) blijft bestaan.<sup>97</sup>

**Tabel 8.1 Roken en overgewicht hebben zeer nadelige gevolgen voor de levensverwachting**

	Verlies aan levensjaren		Verlies aan gezonde levensjaren <sup>a</sup>	
	Gemiddeld	Onzekerheid <sup>b</sup>	Gemiddeld	Onzekerheid <sup>b</sup>
Rokers (incl. ex-rokers)	4,1	(3,7-4,6)	4,6	(4,1-5,4)
Overgewicht	1,2	(1,0-1,5)	2,1	(1,8-2,3)
Ernstig overgewicht	3,0	(2,3-3,6)	5,1	(4,5-5,6)
Overmatig alcoholgebruik	0,6	(0,5-0,7)	0,9	(0,8-1,0)
Te weinig lichaamsbeweging	0,9	(0,8-1,1)	1,2	(1,1-1,4)

<sup>a</sup> Uitgedrukt in HALE (Health-Adjusted Life Expectancy): een maat voor het aantal gezonde jaren dat iemand kan verwachten te leven vanaf een bepaalde leeftijd.

<sup>b</sup> Cijfers tussen haakjes geven het 95%-betrouwbaarheidsinterval weer.

Bron: RIVM ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)).

Een goede gezondheid draagt bij aan de inzetbaarheid van mensen, op de arbeidsmarkt en als vrijwilliger. Wij geven hiervan drie voorbeelden. Otten e.a. (2012) hebben het uitgedrag geobserveerd van ruim 4200 oudere werknemers (45 jaar en ouder) over een periode van 10 jaar. Zij stellen vast dat oudere werknemers met een minder goede gezondheid een ruim vijf keer zo grote kans hebben om arbeidsongeschikt te raken dan werknemers met een goede of zeer goede gezondheid. Een ander voorbeeld is de inzetbaarheid van mensen met een chronische ziekte of beperking. Het RIVM laat zien dat zij een lager inkomen hebben, mede doordat ze minder werken. Zij doen minder vrijwilligerswerk en verlenen minder vaak mantelzorg. Het laatste voorbeeld is het ziekteverzuim onder mensen met obesitas, dat groter is dan onder mensen zonder overgewicht. Klink e.a. (2008) laten op basis van Amerikaanse en Engelse studies zien dat de verzuimkosten van obesitas waarschijnlijk net zo hoog zijn als de directe ziektekosten. Voor Nederland maken zij een globale schatting dat de extra verzuimkosten door overgewicht en obesitas (afgerond) 600 miljoen euro bedragen.

Een goede gezondheid draagt tevens bij aan een hogere productiviteit en een hoger loon. In de hoofdstukken 3 en 5 is al naar voren gekomen dat hoger opgeleiden gemiddeld genomen een betere gezondheid hebben. Het is aannemelijk dat de relatie beide kanten opwerkt. Mensen met een hogere opleiding verdienen meer, kunnen zich een gezondere leefstijl veroorloven en leven langer. En omgekeerd, mensen met een betere gezondheid gaan langer naar school, zijn succesvoller op hun werk en verdienen meer. Dit begint al bij de geboorte. Studies voor Noorwegen en Canada laten zien dat er een positief verband is tussen geboortegewicht en een succesvolle afronding van een opleiding. Veel moeilijker is het om de invloed van leefstijl op lonen en productiviteit te bepalen. Het feit dat rokers een lager inkomen hebben, zegt op zich niets over de invloed van roken op inkomen. Dat kan immers ook komen doordat lager opgeleiden vaker roken. Studies die zorgvuldig rekening houden met dit zogeheten selectie-effect, laten zien dat roken, drugsgebruik en overgewicht leiden

<sup>97</sup> Zie RIVM, 2010 en 2012.

tot lagere lonen.<sup>98</sup> Roken leidt tot een inkomensdaling met 10 tot 24% en marihuana tot 10% lager loon. Overgewicht leidt tot lagere lonen in het bijzonder voor mensen met een hogere opleiding en voor werknemers voor wie sociale vaardigheden belangrijk zijn.<sup>99</sup> Opvallend is dat matig alcoholgebruik leidt tot hogere lonen, terwijl zwaar alcoholgebruik niet aantoonbaar tot lagere lonen leidt.

### 8.3 De overheid profiteert van een gezonde leefstijl

Ondanks de lagere zorguitgaven per persoon per jaar hoeven we geen daling van de *totale* jaarlijkse zorguitgaven te verwachten wanneer iedereen er een gezondere leefstijl op na zou houden. Gezonde mensen leven langer en doen gedurende meer jaren een beroep op de (collectieve) zorgvoorziening. Polder, Wong en Wouterse van het RIVM laten zien dat de twee effecten –lagere uitgaven per persoon per jaar vanwege de betere gezondheid en een langer leven– ongeveer tegen elkaar wegvallen. Hoewel gezonde 65-jarigen gemiddeld zeven jaar langer leven dan hun leeftijdsgenoten met een slechte gezondheid, zijn de totale zorguitgaven gedurende de rest van hun leven even hoog. Voor gezonde mensen komen deze zorgkosten wel later in hun leven. Als hiermee rekening wordt gehouden door te disconteren, dan zijn de zorgkosten van gezonde mensen over hun resterende leven wel 10% lager dan van mensen met een slechte gezondheid op 65-jarige leeftijd.<sup>100</sup>

Een andere publicatie van het RIVM wijst er juist op dat radicale eliminatie van ongezonde leefgewoonten kan leiden tot hogere zorgkosten.<sup>101</sup> Met het Chronisch Ziekten Model (CZM) is uitgerekend wat de gevolgen voor de zorgkosten zouden zijn als roken en overgewicht uitgebannen zouden worden. Op korte termijn leidt dit tot een daling van de zorgkosten, maar deze daling is echter beperkt vanwege een relatief klein aandeel in de totale zorgkosten. Door het uitbannen van ongezond gedrag neemt de levensverwachting toe en lopen mensen meer kans om op latere leeftijd nog andere ziekten, zoals dementie, te krijgen. Dit zorggebruik als gevolg van extra levensjaren leidt tot extra kosten en deze kosten overtreffen de kortetermijnbesparingen.<sup>102</sup>

Een gezonder en daardoor langer leven leidt niet tot lagere zorgkosten. De gedachte die hieruit kan ontstaan, is dat preventie dus ook niet belangrijk is voor de overheidsfinanciën. Ten onrechte, een gezonde leefstijl heeft belangrijke gevolgen voor zowel de overheidsfinanciën als voor de pensioenfondsen. In deze paragraaf presenteren wij een beeld van de maatschappelijke voor- en nadelen van een gezonde leefstijl. Wij doen dit met een aantal illustratieve berekeningen met behulp van het CPB-model 'Gamma'. In dit model worden cohorten van wieg tot graf gevolgd. Van elk cohort maakt het model een inschatting van de overlevingskansen en de arbeidsmarktparticipatie. Verder wordt berekend wat elk cohort gedurende de levensloop bijdraagt aan de overheidsfinanciën (belastingen en

---

<sup>98</sup> Cawley en Ruhm, 2012, paragraaf 4.6.

<sup>99</sup> Johar en Katayama, 2012.

<sup>100</sup> Eigen berekening op basis van de cijfers van Polder e.a., met discontovoet van 3% en een groeivoet van 1,5%.

<sup>101</sup> Polder e.a., 2012.

<sup>102</sup> Ook hierbij geldt dat disconteren belangrijk is, omdat de gezonde leefstijl vooral leidt tot uitstel van zorgkosten.

premies) en van de overheid ontvangt (zorg, uitkeringen et cetera). Ook de premies en uitkeringen van pensioenfondsen worden meegenomen.

Stel nu dat iemand gezonder leeft, waardoor zijn levensverwachting toeneemt van 85 naar 86 jaar.<sup>103</sup> De totale zorgkosten over de levensloop veranderen niet, maar de jaarlijkse zorgkosten dalen met ongeveer 1%. De zorgpremies zullen voor deze gezondere persoon niet veranderen, zolang zorgverzekeraars hun premies niet kunnen differentiëren naar leefstijl. Een verhoging van de levensverwachting heeft echter belangrijke andere consequenties voor de overheid en de pensioenfondsen.

Tabel 8.2 laat de gevolgen zien voor de overheid, het pensioenfonds en de burger zelf als iemand besluit om gezonder te gaan leven. De tabel toont drie varianten. In de eerste variant leeft iemand langer, maar gaat niet méér werken. Feitelijk betekent het dat deze persoon een jaar langer van zijn pensioen geniet. In de tweede variant leidt gezondheid niet alleen tot een hogere levensverwachting maar ook tot een grotere arbeidsinzet, door afname van het ziekteverzuim en langer doorwerken. Het extra levensjaar wordt ingevuld met een half jaar werken en een half jaar pensioen. In de derde variant versterken gezondheid en scholing elkaar, zoals hoofdstuk 5 laat zien. Het extra levensjaar wordt nu ingevuld met een kwart jaar scholing, een half jaar werk en een kwart jaar pensioen, waarbij het extra onderwijs leidt tot een hoger loon. Deze invulling is gebaseerd op een doorsnee levensloop, waarbij iemand een kwart van zijn leven leert, de helft werkzaam is en een kwart gepensioneerd. In tabel 8.2 wordt voor elke variant zowel het effect per jaar als de opgetelde effecten over de levensloop gepresenteerd.<sup>104</sup>

**Tabel 8.2 Economische effecten voor iemand die een jaar langer leeft (procentuele verandering)**

	Langer leven		Langer leven, meer werken		Langer leven, extra scholing, meer werken	
	Levensloop	Per jaar	Levensloop	Per jaar	Levensloop	Per jaar
Overheidsbestedingen en uitkeringen	0,4	-0,7	0,4	-0,7	0,6	-0,5
zorg	-0,7	-1,9	-0,7	-1,9	-0,7	-1,9
AOW-uitkeringen	4,3	3,2	4,4	3,2	4,4	3,2
Belastingen en premies	0,7	-0,5	1,8	0,7	2,6	1,5
Pensioenuitkeringen	4,0	2,8	6,3	5,1	7,3	6,1
Pensioenpremies	0,3	-0,8	1,9	0,8	2,4	1,3
Arbeidsaanbod (%-punt)	0,1		0,5		0,6	
Netto loon	0,2	-1,0	1,5	0,3	2,3	1,1
Consumptie	0,6	-0,5	1,7	0,5	2,4	1,2

<sup>103</sup> In Gamma verhogen wij de levensverwachting van 1 cohort. Dit heeft nauwelijks invloed op macroniveau, omdat de levensverwachting van alle andere cohorten niet hoger is. De AOW-leeftijd gaat niet omhoog, want die is gekoppeld aan de gemiddelde levensverwachting (van alle cohorten) en niet aan de levensverwachting van een specifiek cohort. Voor het pensioenfonds betekent het dat 1 cohort een onverwacht hogere uitkering ontvangt, waaraan alle andere cohorten meebetalen.

<sup>104</sup> Technische documentatie van deze berekening is op verzoek beschikbaar.

Als iemand gezond leeft en zijn levensverwachting neemt toe, dan ontvangt hij ongeveer 9.000 euro meer AOW en andere sociale uitkeringen van de overheid en zal zij langer kunnen genieten van zijn aanvullend pensioen (wat een gemiddeld persoon ongeveer 8.000 euro oplevert). Het extra inkomen uit AOW- en pensioenuitkering leidt tot hogere consumptie over de gehele levensloop (0,6% toename), maar is onvoldoende om het consumptiepatroon dat hij had, ook vol te houden gedurende het extra levensjaar (de consumptie per jaar neemt met 0,5% af). Ondanks de aanname dat zorgkosten over de levensloop niet toe- of afnemen, laat tabel 8.2 hier een negatief effect zien. Dat komt doordat in deze tabel alle bedragen, dus ook de zorgkosten, worden verdisconteerd naar het geboortjaar.<sup>105</sup> Voor het pensioenfonds is iemand met een gezonde levensstijl echter een dure klant: hij of zij ontvangt een jaar extra pensioenuitkering, maar de inleg tijdens de werkzame periode is nauwelijks hoger dan van iemand met een kortere levensverwachting.

Als iemand die gezonder leeft ook besluit om langer te leren en meer te werken, zal zijn inkomen stijgen en heeft hij elk jaar meer te besteden. De consumptie neemt toe met ruim 1% op jaarbasis en 2½% in zijn hele leven. De overheid profiteert hiervan mee in de vorm van extra inkomsten uit belastingen en premies. De uitkeringen veranderen niet, omdat wij aannemen dat een volume-effect en een prijseffect elkaar opheffen. De hoogte van een aantal uitkeringen, zoals de WW, stijgen mee met het loon, maar het beroep op uitkeringen (zoals bijstand) neemt af als mensen langer werken en meer verdienen. Het pensioenfonds is nog steeds een grote verliezer: bij een hoger loon nemen weliswaar de premieontvangsten toe, maar de uitkeringen nog sterker.

Tabel 8.3 laat zien in hoeverre de overheid, pensioenfonds en het individu zelf profiteren van een extra levensjaar. In de tabel zijn de effecten vergelijkbaar gemaakt door alles uit te drukken in een percentage van de loonsom van het individu. De overheid profiteert als de netto inkomsten, het verschil tussen extra belastinginkomsten en hogere uitgaven, positief zijn. De netto inkomsten van het pensioenfonds meten het verschil tussen de hogere uitkering die iemand met een hogere levensverwachting krijgt, en de extra premie die hij inlegt. Als deze negatief is moeten de premies van andere mensen omhoog om de extra uitkeringen van een gezonder persoon te financieren. De baten voor het individu worden uitgedrukt als de toename van de consumptie en de waarde van een extra levensjaar.<sup>106</sup> De waarde van een extra levensjaar is met grote onzekerheid omgeven. Net als in hoofdstuk 2 hanteren wij in deze berekening waarden van 20 en 50 duizend euro. Om al deze baten onderling met elkaar te kunnen vergelijken, drukken wij deze uit als percentage van het totale loon dat iemand gedurende zijn leven verdient.

---

<sup>105</sup> Gemiddeld genomen blijven de zorgkosten constant (bij aanname), maar door disconteren wordt veel gewicht gehecht aan zorgkosten op jongere leeftijd en een laag gewicht aan zorgkosten op hoge leeftijd. De kosten op hoge leeftijd stijgen (in het extra levensjaar), terwijl de zorgkosten op jongere leeftijd dalen.

<sup>106</sup> De extra consumptie en de waarde van een qaly kunnen niet zomaar bij elkaar opgeteld worden. Immers, een extra levensjaar is mede waardevol doordat iemand meer te besteden heeft.



**Tabel 8.3 De baten van een jaar langer leven (individueel), voor overheid, pensioenfonds en individu (% loonsom)**

	Langer leven	Langer leven en werken	Langer leven, leren en werken
Overheid, netto inkomsten <sup>a</sup>	0,1	1,1	1,4
Pensioenfonds, netto inkomsten	-0,3	-0,3	-0,3
Individu, consumptie	0,4	1,0	1,4
Individu, extra levensjaar (20 dzd per qaly)	0,7	0,7	0,7
Individu, extra levensjaar (50 dzd per qaly)	1,8	1,8	1,8

<sup>a</sup> 'Netto inkomsten' meet wat de overheid en pensioenfondsen ontvangen van een individu dat langer leeft, uitgedrukt als percentage van de loonsom (in het basispad) van het individu.

De overheid profiteert vooral als iemand langer leeft, leert en werkt (zie eerste rij in tabel 8.3), maar de netto inkomsten zijn ook al positief als iemand langer leeft zonder meer te leren en te werken. In alle varianten stijgen zowel de uitgaven van de overheid als de inkomsten. De uitgaven stijgen doordat iemand die langer leeft, meer AOW en andere uitkeringen ontvangt. Hier staat tegenover dat de zorgkosten, door discontering, dalen. De inkomsten stijgen, doordat het looninkomen en de consumptie toenemen waarover belasting en premies afgedragen worden. Als mensen langer leren en werken, nemen vooral de inkomsten van de overheid toe, zodat de overheid per saldo profiteert van een gezonder en daardoor langer leven.

Een langer leven is nadelig voor het pensioenfonds, dat een jaar extra moet uitkeren terwijl het nauwelijks extra premies ontvangt (zie tweede rij in tabel 8.3). Met andere woorden, als een kleine groep mensen kiest voor een gezondere leefstijl kan het pensioenfonds niet de premies van die groep verhogen (zij weet immers niet wie gezonder of ongezonder leeft), maar zal wel extra moeten uitkeren. Deze hogere uitkering moet dus worden omgeslagen over alle premiebetalers. Langer leren en meer werken verhogen wel de inkomsten van het pensioenfonds (de premiebetalingen nemen toe), maar ook de pensioenuitkering gaat omhoog, zodat het saldo voor het pensioenfonds negatief blijft.<sup>107</sup>

De grote winnaar van een gezondere leefstijl is echter de burger zelf (zie tweede blokje in tabel 8.3). Hij zal meer verdienen, zeker als hij besluit om langer te leren en te werken, en meer uitkering ontvangen, zodat zijn consumptie stijgt. Bovendien is een jaar leven op zichzelf waardevol.

Zelfs als de gezondheidswinst (waarde van de qaly) buiten beschouwing wordt gelaten, is een gezonde leefstijl waardevol. Het besteedbare inkomen neemt toe (met 0,2% bij langer leven tot 2,3% bij langer leven, leren en werken, zie tabel 8.2) en er vindt een kleine besparing plaats op de zorguitgaven. Als het gezondere individu niet besluit om het extra levensjaar ook productief in te zetten (1e variant), dan profiteert het individu wel (+0,4%

<sup>107</sup> Deze analyse gaat uit van een individu of kleine groep mensen die hun leefstijl aanpassen en daardoor langer leven. De gevolgen hiervan kunnen worden afgewenteld op de grote groep mensen die niet langer leeft. Zou echter de levensverwachting van alle mensen toenemen, dan zal het pensioenfonds aanpassingen doen in premies of uitkeringen om het extra uitkeringsjaar te financieren. Dit betekent in termen van tabel 8.3 dat het pensioenfonds het tekort oplost, wat ten koste gaat van consumptie.

van de loonsom), maar levert de collectieve sector in (-0,2% van de loonsom). De baten voor de samenleving zijn positief, zodra een deel van het extra levensjaar besteed wordt aan werk.

De berekening hierboven illustreert de effecten als een persoon (of een kleine groep mensen) gezonder en langer leeft. Stel nu dat de levensverwachting van de hele bevolking met 1 jaar toeneemt door preventieve maatregelen van de overheid. In grote lijnen zien de uitkomsten er nog hetzelfde uit, zeker als mensen hun extra levensjaar productief inzetten. Het grootste verschil met tabellen 8.2 en 8.3 is dat de pensioenleeftijd bij zowel de AOW als bij de aanvullende pensioenen zal stijgen. Het verlies voor het pensioenfonds zal hiermee verdwijnen en de overheid zal een groter overschot laten zien. Door preventieve maatregelen gepaard te laten gaan met verhoging van de pensioenleeftijd zijn de maatschappelijke baten positief, maar de private baten kleiner dan bij een individuele verbetering van de leefstijl.

## 8.4 De beste keuze

De beste keuze die mensen kunnen maken over hun leefstijl, is gebaseerd op een afweging tussen de baten en de inspanning die daarvoor geleverd moet worden. De kosten van preventie zitten in de opgeofferde tijd, moeite en eventuele uitgaven die gezond gedrag met zich meebrengt. De belangrijkste opbrengst van gezond gedrag is natuurlijk gezondheid in de vorm van zowel een betere kwaliteit van leven als een langer leven. Maar ook in financieel opzicht levert preventie wat op, zoals de vorige paragraaf laat zien. De baten zijn zo groot, in termen van gezondheid en inzetbaarheid, dat een gezonde leefstijl voor veel mensen de beste keuze is. De kosten die hier tegenover staan, nooit beginnen met roken, matig eten en drinken, voldoende bewegen et cetera, zullen veelal niet opwegen tegen de baten.

Dit zal in het bijzonder gelden voor mensen met een hogere opleiding. Een grotere inzetbaarheid in de vorm van meer of langer werken levert hen gemiddeld genomen hogere baten op. Verschil in leefstijl naar opleiding is dus deels het gevolg van een weloverwogen keuze en hoeft daarmee niet per se een ongewenst verschil te zijn.

De meeste mensen zijn zelf het beste in staat om de juiste keuze te maken ten aanzien van hun leefstijl. Zij kunnen zelf de keuze maken over wat zij eten en hoeveel. De rol voor de overheid in het stimuleren van preventie is dan beperkt en zelfs nadelig als overheidsingrijpen de keuzes die mensen zelf maken, verstoort. Toch leven veel mensen ongezond, zoals wij in de volgende paragraaf laten zien. Zijn mensen dan toch niet in staat om de juiste keuze te maken en ligt daar een taak voor de overheid?

## 8.5 Toch leven we niet allemaal gezond

Tabel 8.4 geeft een impressie van de leefstijl van Nederlanders. Een kwart van de Nederlanders ouder dan twaalf jaar rookt. Ongeveer de helft van de mensen is te zwaar, één op de tien zelfs veel te zwaar, terwijl bijna de helft van de Nederlanders de norm voor gezond bewegen niet haalt. Bijna 10% is een zware drinker (minstens één keer per week zes glazen alcohol of meer), mannen vaker dan vrouwen.

**Tabel 8.4 De Nederlander leeft niet volledig voor zijn gezondheid**

	%
Rokers	26
Drinkt nooit alcohol	22
Zware drinker	9
Normaal gewicht	56
Ernstig overgewicht	10
Voldoen aan norm gezond bewegen	58

Bron: CBS, Statline; Personen 12 jaar of ouder, 2011.

De gezondheidswinst die nog te boeken valt door een gezondere leefstijl, is aanzienlijk. Volgens Mackenbach (2010) is de helft van alle ziektes potentieel vermijdbaar door primaire preventie. Zo kan een winst van vier tot vijf levensjaren worden geboekt door te stoppen met roken of af te vallen (zie tabel 8.1). Toch roken nog veel mensen en zijn veel personen te zwaar. Hoe komt dat? Heel basaal door twee oorzaken: door gebrek aan kennis en door beperkingen om kennis om te zetten in gezond gedrag.

### Kennis

De eerste reden is gebrek aan kennis. Om gezond te kunnen leven, moet in de eerste plaats bekend zijn welk gedrag goed is voor de gezondheid en welk gedrag niet. Dat begint bij de medische wetenschap, die op een aantal punten een duidelijk verband aantoonde tussen leefstijl en gezondheid. Roken verhoogt het risico op allerlei vormen van kanker, klachten aan de luchtwegen en op hart- en vaatziekten. Zo kan de ziekte-incidentie van COPD en longkanker voor meer dan tachtig procent worden toegewezen aan roken. Voldoende fruit en groente eten vermindert kansen op coronaire hartziekten, beroerte en long-, borst- en maagkanker. Ernstig overgewicht leidt tot een grotere kans op diabetes mellitus type 2, hartziekten en een aantal vormen van kanker. Maar op veel andere vormen van voedsel of leefstijl zijn de uitkomsten veel minder eenduidig, waardoor consumenten geconfronteerd worden met wisselende en zelfs tegenstrijdige informatie.<sup>108</sup>

Vervolgens is van belang in hoeverre deze wetenschappelijke kennis over gezond gedrag bekend is onder burgers. Gegeven de complexiteit van de relatie tussen voedsel en gezondheid, mag je niet van burgers verwachten dat zij deze kennis ook bezitten. Dat blijkt ook uit onderzoek onder de Nederlandse bevolking. Uit een enquête in opdracht van het Voedingscentrum en de Nederlandse Hartstichting blijkt bijvoorbeeld dat negen op de tien Nederlanders weten dat er verschillende soorten vet zijn. Maar ruim 30% weet niet dat onverzadigd vet het gezondst is.<sup>109</sup> Slechts 61% van de Nederlandse rokers is zich ervan bewust dat meer roken schadelijk is, verreweg het laagste percentage in een vergelijking tussen 19 landen. In de Verenigde Staten ligt dit percentage bijvoorbeeld op 80%, in Ierland op 91% en in Frankrijk zelfs op 96%.<sup>110</sup>

<sup>108</sup> Van Gelder e.a., 2011; Oomen e.a., 2001; Van Kreijl en Knaap, 2004.

<sup>109</sup> <http://www.nationaalgezondheidsplan.nl/b2b/nieuws/187/nederlander-weet-niets-van-vetten-en-cholesterol.html>.

<sup>110</sup> Griffith en O'Connell, 2010 en Willemsen, 2011.

Een derde belemmering is de kennis die je bezit ook om te zetten in daden. Het samenstellen van een gezond menu hangt van zoveel factoren af, dat het bijzonder lastig is om daarin altijd de juiste keuze te maken. Topsporters hebben een heel team om zich heen dat hen helpt bij het samenstellen van het juiste pakket. Gewone burgers kunnen zich deze luxe niet permitteren en vallen daarom terug op vuistregels. Bovendien worden zij in deze keuze beïnvloed door reclame (sponsoring van sportevenementen door fastfoodketens of bierbrouwers), door de inrichting van de schappen in de winkel (snoep bij de uitgang) en vele andere factoren.

Het ontwikkelen en verspreiden van kennis is bij uitstek een activiteit waarvan de baten zich enorm kunnen verspreiden. Een verzekeraar zal niet snel een uitgebreide voorlichtingscampagne organiseren, omdat hij niet kan voorkomen dat de klanten van zijn concurrent ook deze kennis tot zich nemen. Bovendien is het zeer de vraag of een voorlichtingscampagne voor hem baten oplevert in termen van een besparing op de zorgkosten. De overheid kan dus een rol vervullen in het verspreiden van kennis over preventie, over leefstijl en de gevolgen daarvan voor de gezondheid.

### **Uitstelgedrag**

Gezonder leven, daar kan je vandaag mee beginnen, maar je kunt het ook tot morgen uitstellen (zie hoofdstuk 5). Uitstel van dit preventieve gedrag is aantrekkelijk, omdat de kosten aan het begin moeten worden gemaakt, terwijl de baten pas jaren later komen en bovendien onzeker zijn. Mensen zijn niet goed in staat om dan toch te kiezen voor een gezonde leefstijl. Ze zijn economisch bijziend en stellen moeilijke keuzes uit tot morgen. Maar als 'morgen' is aangebroken, wordt de keuze opnieuw uitgesteld, totdat uitstel uiteindelijk leidt tot afstel en mensen ongezonder leven dan zij eigenlijk zouden willen. Achteraf hebben ze spijt dat ze niet eerder hun leefstijl hebben aangepast, hun keuzes zijn tijdsinconsistent.<sup>111</sup>

Mensen die zich bewust zijn van hun tijdsinconsistente voorkeuren kunnen proberen zichzelf te committeren. Odysseus beval zijn mannen bijenwas in hun oren te stoppen en liet zichzelf aan de mast van zijn schip vastbinden om zo de Sirenen en hun mooie gezang veilig te passeren. Op deze wijze konden ze de verleiding weerstaan naar de Sirenen toe te varen. Tegenwoordig binden we onze handen meer in figuurlijke zin. We verkondigen breed te gaan stoppen met roken, om de drempel om toch weer te gaan roken groter te maken. We spreken af met vrienden om te gaan sporten, zodat afzeggen moeilijker wordt. Maar deze mechanismen zijn niet altijd en voor iedereen even krachtig en veel mensen zullen zich daarom ongezonder gedragen dan ze eigenlijk zouden willen.

Uitstelgedrag speelt een belangrijke rol bij verslavingen, zowel in het ontstaan van een verslaving als in de moeite die het kost om met een verslaving te breken. Maar uitstelgedrag is niet de enige mogelijke verklaring: verslaving kan ook een welbewuste keuze zijn. Neem iemand die begint te roken. Hij weet dat dit gedrag twee consequenties heeft. Allereerst wordt roken steeds lekkerder (natuurlijk binnen grenzen) en neemt het nut van roken

---

<sup>111</sup> DellaVigna, 2009.

geleidelijk toe. Iets vergelijkbaars geldt voor muziek, waarbij je gewend kunt raken aan een bepaalde muziekstijl en daar steeds meer van wil horen. De tweede consequentie van roken (en dat geldt ook voor harde muziek) is dat de gezondheid op lange termijn hierdoor kan afnemen. Roken kan dus een welbewuste keuze zijn, waarbij de toenemende baten en de langetermijnkosten tegen elkaar worden afgewogen.<sup>112</sup>

Mensen worden gelukkiger, zeker achteraf, als zij zich kunnen committeren aan hun keuzes en zich daarvan niet laten afleiden door impulsief, kortzichtig gedrag. Net zoals Odysseus zich liet vastbinden aan de mast, kunnen mensen zich proberen te binden aan hun afspraken. Dit kan op een aantal manieren, te beginnen door in je eigen omgeving afspraken te maken met familieleden of kennissen. Een economische oplossing is om afspraken te maken waarbij ongewenst kortzichtig gedrag gestraft en gewenst gedrag beloond wordt. Deze afspraken kan je maken met elkaar, bijvoorbeeld ouders die hun kinderen belonen als ze niet gaan roken. Ook de overheid kan hierin een rol spelen, bijvoorbeeld door via regulering ongezond gedrag te bemoeilijken of door de kosten van ongezond gedrag te verhogen door het heffen van een accijns. Empirisch onderzoek toont aan dat het subsidiëren van gezond gedrag, of het belasten van ongezond gedrag kan helpen om economische kortzichtigheid te overwinnen.<sup>113</sup>

### Ouders en kinderen

De omgeving speelt een grote rol in keuzes over gezond gedrag. Dat begint al op jonge leeftijd in het gezin waarin een kind opgroeit. Onderzoek heeft aangetoond dat de energie-inname en vetconsumptie van kinderen en jongeren samenhangen met die van hun ouders. En de kans dat iemand met roken begint te experimenteren, wordt sterk bepaald door de mate waarin roken een sociaal geaccepteerd gedrag is binnen het eigen sociale netwerk, met een sterke invloed van ouders in de vroege adolescentie.<sup>114</sup>

Volwassenen maken hun eigen keuzes in het leven en kunnen daar zelf verantwoordelijk voor worden gehouden. Bij kinderen ligt dat anders. Niet alleen ontbeert hen vaak de kennis en het goede beoordelingsvermogen dat nodig is voor het maken van de juiste beslissing, veel keuzes worden voor hen gemaakt. Vaak zijn dat goede keuzes door ouders die het beste met hun kinderen voor hebben. Maar niet alle kinderen hebben het geluk dat hun ouders de juiste keuzes voor hen maken. Soms hebben ouders onvoldoende middelen (tijd, geld en kennis) om goed voor hun kinderen te zorgen. Soms verwaarlozen ouders hun kinderen omdat ze weinig om hun kinderen geven. Bovendien komt ook hun gedrag mede voort uit keuzes die anderen (hun ouders) in het verleden voor hen hebben gemaakt.

Jonge kinderen kunnen de keuze voor hun leefstijl niet zelf maken. Zij zijn afhankelijk van hun ouders, die goede of minder goede keuzes voor hen kunnen maken. Om deze reden ligt het voor de hand dat de overheid een vinger aan de pols houdt en voorkomt dat kinderen worden verwaarloosd. Bijvoorbeeld door het consultatiebureau jonge ouders te laten begeleiden, of door de schoolarts periodiek de gezondheid van een kind te laten beoordelen.

---

<sup>112</sup> Becker en Murphey, 1988; Grüber en Köszegi, 2001.

<sup>113</sup> Grüber en Köszegi, 2001.

<sup>114</sup> Zie hoofdstuk 5 en RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Roken, 12 juli 2011.

## 8.6 Preventie, een taak voor de overheid?

De eerste die profiteert van een goede gezondheid, is de burger zelf, maar toch blijven sommigen roken, te weinig bewegen en te veel en te vet eten. Mogelijk doet die burger minder aan preventie dan goed voor zichzelf of voor de maatschappij is. Ligt hier een taak voor de overheid? De vorige paragraaf laat al zien dat de overheid een rol kan spelen bij het verspreiden van informatie, of bijsturen als mensen andere keuzes maken dan ze eigenlijk zelf zouden willen. Andere belangrijke redenen voor overheidsingrijpen zijn externe effecten en maatschappelijk ongewenste uitkomsten. Deze argumenten zijn vooral van toepassing op ziektepreventie (maatregelen gericht op het voorkomen van specifieke ziekten) en gezondheidsbevordering (gericht op het bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl).<sup>115</sup>

### Externe effecten

Wanneer door een actie van één partij of door een transactie tussen twee (of meer) partijen een andere partij die niet bij de besluitvorming over de (trans)actie betrokken is, daarvan gevolgen ondervindt, dan is sprake van een extern effect. Dit speelt duidelijk bij intenten tegen besmettelijke ziektes, waarvan niet alleen de persoon zelf, maar ook zijn omgeving profiteert. Een ander voorbeeld is meerroken, als de roker geen rekening houdt met de schadelijke gevolgen voor zijn omgeving. Een derde voorbeeld is de fiscale externaliteit van ongezond gedrag, waarbij ongezond gedrag tot hogere collectieve uitgaven leidt. Paragraaf 8.3 laat zien dat een ongezonde leefstijl per saldo negatief uitpakt voor de overheid, zeker als gezondheid de arbeidsparticipatie beïnvloedt. Vooral bij externe effecten waarbij veel partijen betrokken zijn, komen eenvoudige oplossingen vaak niet in de markt of door vrijwillige samenwerking tussen mensen tot stand. Overheidsingrijpen kan dan een oplossing bieden en de maatschappelijke welvaart verhogen.<sup>116</sup>

Het meest geëigende instrument om externe effecten aan te pakken, is het heffen van een belasting of accijns. De maatschappelijke kosten worden zo zichtbaar gemaakt voor de 'vervuiler', voor de persoon van wie het gedrag negatieve consequenties heeft voor een ander. Sybren Cnossen laat zien dat de accijns op alcohol lager is dan de maatschappelijke kosten: de gemiddelde accijns is 7 euro per liter, de maatschappelijke kosten in de vorm van ziektekosten, gevolgen van geweld en mishandeling en verkeersongevallen zijn meer dan het dubbele hiervan. Voor tabak is minder duidelijk hoe groot de externe effecten zijn waarvoor een tabaksaccijns compensatie kan bieden.

Een alternatieve aanpak om negatieve externe effecten te bestrijden is door middel van regulering, zoals het verbieden van alcoholverkoop aan jongeren en het rijden onder invloed. Het voordeel van regulering is dat het gericht kan worden ingezet dan een prijsmaatregel, zoals accijnzen. Het nadeel van regulering, zeker als het voor de hele bevolking wordt toegepast, is dat het de keuzevrijheid van mensen sterk inperkt.

---

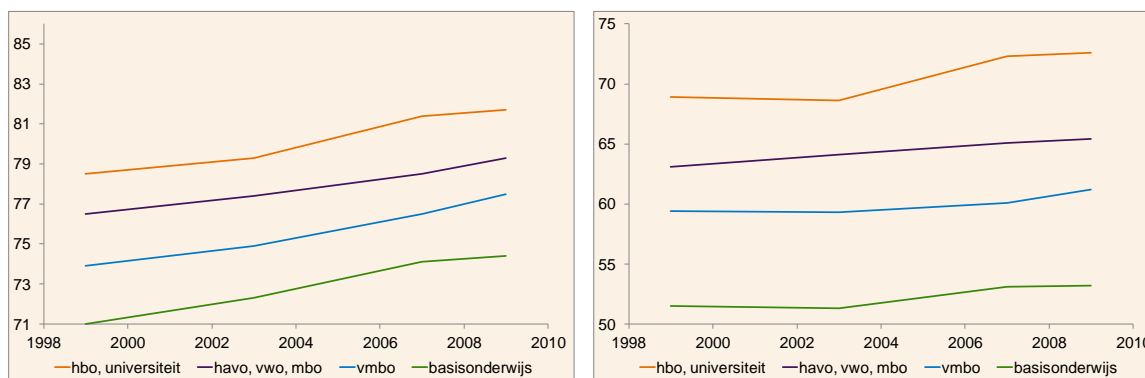
<sup>115</sup> RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Preventie, 22 september 2011.

<sup>116</sup> Teulings e.a. (2005).

## Gezondheidsverschillen

De overheid kan ook bijsturen als vrijwillige keuzes tot een maatschappelijk ongewenste uitkomst leiden. Gezondheidsverschillen bestaan al vanaf de geboorte, maar kunnen ook ontstaan door verschil in leefstijl (zie hoofdstuk 5). Figuur 8.1 illustreert het verschil in gezondheid aan de hand van de levensverwachting bij geboorte en in als goed ervaren gezondheid. Gedrag speelt een belangrijke rol in deze verschillen. Zo roken laagopgeleiden bijna twee keer zoveel als hoogopgeleiden. Ernstig overgewicht is de afgelopen jaren toegenomen onder laagopgeleiden, maar afgenomen onder hoogopgeleiden.<sup>117</sup>

**Figuur 8.1** Levensverwachting; bij geboorte (links) en in als goed ervaren gezondheid (rechts), mannen



Moet de overheid deze verschillen corrigeren en daarmee tegen de keuzes van mensen ingaan? Twee visies staan hierbij tegenover elkaar (zie hoofdstuk 6). In de ene visie zijn roken en overmatig eten geen eigen keuze, maar een verslaving of moeilijk af te leren gewoonte. De ongelijkheid die daarmee gepaard gaat, is niet het gevolg van eigen vrije keuze, maar veel meer van omstandigheden waar een individu geen of weinig invloed op kan uitoefenen. De gezondheidsverschillen die hierdoor ontstaan, zijn daarmee een vorm van ongewenste ongelijkheid, waarbij het de taak van de overheid is om dat zoveel mogelijk te corrigeren en anders wel te compenseren.

In de andere visie zijn gezond en ongezond gedrag bewuste keuzes. De consequentie van deze keuzes moeten zoveel mogelijk voor rekening van de burger zelf komen: gezond gedrag mag lonen, de consequenties van ongezond gedrag moeten zelf worden gedragen. Belonen gebeurt grotendeels al vanzelf: mensen genieten van hun gezondheid. In aanvulling daarop kan gezond gedrag ook beloond worden in de vorm van een lagere zorgverzekeringspremie, waarmee ook het probleem van kortzichtig gedrag getackeld wordt. Het omgekeerde geldt voor een ongezonde leefstijl. Mensen ondervinden daarvan zelf hinder, maar daarnaast kunnen zij ook voor de hogere maatschappelijke kosten worden aangeslagen. Een praktisch bezwaar is echter dat het voor de overheid of verzekeraar lastig te bepalen is of iemand gezond of ongezond leeft.

<sup>117</sup> Cijfers gelden voor de periode 2005-2008. Zie RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Socio-economische gezondheidsverschillen, 27 september 2012.

### Is de overheid wel in staat de juiste keuzes te maken?

Helaas heeft ook de overheid niet alle informatie tot haar beschikking die nodig is om juiste keuzes te maken. Ook de overheid heeft last van kortzichtig gedrag, als kortetermijnkiezersgunst het wint van langetermijnbeslissingen. Bovendien heeft overheidsingrijpen naast een gewenst effect ook nadelige gevolgen, zoals het inperken van keuzevrijheid (soms gewenst, maar zeker niet altijd) en ongewenste inmenging in de persoonlijke leefsfeer. Vertaald in economische termen betekent dit dat de beslissing van de overheid om in te grijpen in de leefstijl van mensen, altijd een afweging moet zijn van kosten en baten. Voorkomen moet immers worden dat voor interventie in leefstijl gaat gelden dat *government is not the solution to our problem; government is the problem*.

## 8.7 Beleid

Gezondheidszorg begint bij een gezonde leefstijl. De meeste keuzes hierover worden terecht gemaakt door mensen zelf. Terecht, want zij zijn ook degenen die het meest van een goede gezondheid profiteren. Toch zijn er goede redenen voor de overheid om in te grijpen en een gezonde leefstijl te bevorderen. Als afronding van dit hoofdstuk komen wij met vier speerpunten voor preventiebeleid.

### Vroeg beginnen

Met een gezonde leefstijl kan je niet vroeg genoeg beginnen. Empirisch onderzoek laat zien dat kinderen die op jonge leeftijd een goede fysieke gesteldheid hebben en bovendien geleerd hebben zich te beheersen, op latere leeftijd gezonder zijn en een kleinere kans hebben om te gaan roken. Ook de prevalentie van obesitas vertoont een sterk verband met de fysieke gezondheid op jonge leeftijd. Zo hebben kinderen met (ernstig) overgewicht meer kans op gezondheidsproblemen, zowel op jonge als op latere leeftijd. Zij lopen op latere leeftijd meer risico op hart- en vaatziekten en op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2.<sup>118</sup>

Vroeg beginnen, dat geldt niet alleen voor gezondheid, maar zeker ook voor kennis en andere vaardigheden. Bovendien hangen deze twee met elkaar samen (zie hoofdstuk 5). Voor iemand met een goede gezondheid is het volgen van een goede opleiding rendabeler dan voor iemand met een slechtere gezondheid. En andersom, voor ongemotiveerde kinderen met een laag IQ zijn investeringen in een goede gezondheid minder rendabel. Een goede gezondheid en een hoge opleiding versterken elkaar. Efficiency komt hier echter in conflict met solidariteit (equity). Vanuit equity-oogpunt wil de samenleving compenseren door extra te investeren in iemand met een lage opleiding of een matige gezondheid. Ook voor kinderen met een slechtere uitgangspositie geldt dat vroeg beginnen met een gezonde leefstijl loont. Kinderen die vroeg meekrijgen dat zij zich moeten beheersen en die op jonge leeftijd gewend raken aan gezond voedsel en voldoende bewegen, zullen gemiddeld genomen ook op latere leeftijd gezonder zijn. Het kan zelfs zo zijn dat preventie juist meer effect heeft op kinderen die met een achterstand geboren worden, dan op gezondere kinderen, zodat efficiency en equity hier wel gelijk opgaan. De consequentie hiervan is dat beleid minder gericht moet zijn op herverdelen (dus het corrigeren van verschillen op latere

---

<sup>118</sup> RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Lichaamsgewicht, 25 september 2012.



leeftijd), maar veeleer op het gelijktrekken van de startsituatie van jonge kinderen. Ook in termen van herverdeling loont het dus om vroeg met preventie te beginnen.

Welk beleid kan de overheid inzetten om een gezonde leefstijl op jonge leeftijd te bevorderen? Het is duidelijk dat de eerste verantwoordelijkheid bij de ouders ligt. De overheid kan hen op een aantal manieren ondersteunen door middel van goede voorlichting, zoals via consultatiebureaus. Via subsidies kan de overheid ervoor zorgen dat gezond voedsel en het beoefenen van een sport voor iedereen bereikbaar zijn en via een accijns op bijvoorbeeld frisdrank kan het gebruik van ongezond voedsel worden ontmoedigd. Een derde instrument is regulering, bijvoorbeeld ten aanzien van reclame in en rondom kinderprogramma's.

De overheid kan nog een stap verder gaan en een deel van de verantwoordelijkheid van de opvoeding van kinderen op zich nemen. Een mogelijkheid hiervoor is het onderwijs, waar de balans nu sterk ligt in het aanleren van cognitieve vaardigheden, maar waarbij de overheid ook kan kiezen om de fysieke gezondheid van kinderen meer aandacht te geven. Dus niet alleen een leerplicht op jonge leeftijd, maar ook een 'beweegplicht'. Mogelijk kan dit helpen om het overgewicht bij kinderen, in 2010 is 14% van onze jeugd te zwaar en kampt 2% van de kinderen met obesitas, terug te dringen. Een tweede instrument dat de overheid kan hanteren is wetgeving, in de vorm van het verbieden van ongezonde consumptieartikelen. Het lastige hierbij is dat een verbod gericht op een specifieke leeftijdsgroep niet effectief is (een ouder persoon kan nog steeds het drankje of de sigaret aan een kind geven), terwijl een verbod voor de gehele samenleving ook groepen ten onrechte treft (zoals de persoon die eens per week van een wijntje geniet).

### Alcohol

Alcohol op jonge leeftijd is niet goed voor de grijze cellen. Overmatig alcohol leidt tot agressief gedrag en is vaak oorzaak van verkeersongelukken. Op basis van de negatieve gevolgen van alcohol concludeert Cnossen (2006) dat in de meeste lidstaten van de Europese Unie drinkers niet blijken op te draaien voor de door hen veroorzaakte kosten. Voor Nederland laat hij zien dat de maatschappelijke kosten van alcohol ruim een half procent van het nationaal inkomen zijn. Dit komt overeen met ongeveer 20 euro per liter zuivere alcohol, veel hoger dan de opbrengst van de alcoholaccijnzen van ongeveer 7 euro per liter.

Een verhoging van de accijns op alcohol ligt dus voor de hand om mensen voldoende rekening te laten houden met de externe effecten van alcoholgebruik. Deze accijns heeft twee wenselijke effecten. Allereerst kunnen met de opbrengst van de accijns de maatschappelijke kosten van drinken worden opgevangen, bijvoorbeeld in de vorm van compensatie van niet-dodelijke verkeersslachtoffers. Als tweede neemt de alcoholconsumptie af door de verhoging van de prijs.<sup>119</sup> Een verhoging van de prijs met 10% leidt tot een afname van de vraag naar alcoholische dranken met 5 tot 15%. Deze afname is groter bij jonge mensen dan bij ouderen. De verhoging van de prijs leidt ertoe dat een drinker met de aanschaf van zijn biertje, wijn of sterke drank rekening houdt met de maatschappelijke kosten van drinken. Hij maakt nu een

---

<sup>119</sup> Cnossen e.a., 2009; RIVM, 2010.

afweging tussen het genot van een drankje en de maatschappelijke kosten. Ook iemand met kortzichtig gedrag wordt met een verhoging van de prijs gedwongen om een betere keuze te maken. Tegenover het kortetermijngenot, waarvan hij het belang overschat, staat nu een hogere prijs.

Een nadeel van een generieke alcoholaccijns is dat deze inbreuk maakt op de welvaart van gematigde drinkers. Het is een maatregel die alle consumenten van alcohol treft en niet alleen de risicogroepen. Bovendien is het de vraag in hoeverre de risicogroepen, met name jongeren en verslaafde alcoholisten, nog wel kunnen reageren op een verhoging van de alcoholprijs. Een accijnsverhoging moet daarom worden aangevuld met regelgeving gericht op het terugdringen van misbruik door specifieke probleemgroepen.

### Overgewicht

In 1981 had een op de drie volwassen Nederlanders overgewicht, in 2011 is dat gestegen tot bijna de helft. In deze periode verdubbelde het percentage mensen met ernstig overgewicht (obesitas) van 5 tot 11%. Een hoog inkomen en lage prijzen hebben beperkingen op voedselconsumptie weggenomen, zodat het voorkomen van overgewicht nu sterker aankomt op eigen kennis en wilskracht. Overgewicht lijkt niet te leiden tot hogere zorgkosten (gemeten over de levensloop), maar obesitas leidt wel tot verslechtering van de fysieke en psychische gezondheid en daarmee tot een grotere kans op arbeidsongeschiktheid.<sup>120</sup>

Een van de mogelijkheden die de overheid heeft om overgewicht tegen te gaan, is via prijzen, dus via belastingen, accijnzen of subsidies. Dit kan door ongezond gedrag duurder te maken, of gezond gedrag te subsidiëren. Een alternatief is om overgewicht zelf te beprijzen, bijvoorbeeld door een hogere premie te vragen van mensen met een hoge BMI.

Het verhogen van de prijs van ongezond voedsel leidt tot afname van de consumptie van suikers en vetten. In hun overzicht van de empirische literatuur laten Griffith en O'Connell (2010) zien dat een verhoging van de prijs van alle voedsel met 10% leidt tot een afname van de consumptie met ongeveer 5%. Het is waarschijnlijk dat voor bijvoorbeeld het beprijzen van vet in boter en margarines de reactie nog groter is, omdat mensen kunnen kiezen voor een vetarm product. Een vetbelasting kan mensen dus helpen om een gezondere keuze te maken. Het belangrijkste nadeel van een vetbelasting, of andere vormen van beprijzen van ongezond voedsel, is te bepalen welk voedsel gezond is en welk niet. Bovendien kan dit van persoon tot persoon verschillen. Er is dus uitruil tussen de stijging in maatschappelijke welvaart doordat sommige mensen aangemoedigd worden om minder te consumeren, en het welvaartsverlies doordat anderen geconfronteerd worden met hogere prijzen. Deze uitruil geldt ook voor een verhoging van het btw-tarief op alle voedsel. Maar gegeven het feit dat overgewicht een veel groter maatschappelijk probleem is dan ondergewicht, valt het afschaffen van een verlaagd btw-tarief voor voedsel serieus te overwegen.

---

<sup>120</sup> Zie Griffith en O'Connell, 2010; RIVM, 2010.

Een tweede mogelijkheid is om overgewicht (een hoge BMI) zelf duurder te maken. Dat gebeurt al bij overlijdensrisicoverzekeringen en kan ook worden ingevoerd bij zorgverzekeringen door mensen met een hoge BMI een hogere premie te laten betalen. Het voordeel van deze maatregel is dat alleen mensen met een hoge BMI hierdoor geraakt worden, mensen zonder overgewicht blijven buiten schot. Een BMI-premie heeft echter twee nadelen. Het eerste nadeel is dat ook mensen die buiten hun schuld om, door erfelijke factoren, geconfronteerd worden met een hogere premie. De tweede is dat de BMI-premie kortzichtige mensen minder helpt dan het belasten van suiker of vet. Immers, de extra kosten die aan overgewicht worden toegerekend, liggen in de toekomst, dus voorbij de horizon van de kortzichtige burger.

### **Premiereductie**

De jaarlijkse zorgkosten zijn gemiddeld lager van mensen met een gezonde leefstijl. Voor de zorgverzekeraar zijn mensen met een gezonde leefstijl dus goedkoper. In principe zouden zij hen dus een lagere premie kunnen aanbieden, net zoals verzekeraars doen bij een lijfrentepolis.

In het huidige stelsel profiteren burgers met een gezonde leefstijl niet van deze besparing op zorgkosten. Omdat zij gemiddeld ouder worden, betalen zij in hun hele leven juist meer premie dan iemand met een ongezonde leefstijl, terwijl hun zorgkosten niet hoger zijn. Hun gezonde leefstijl wordt dus niet beloond. Anders gezegd, mensen worden onvoldoende geprikkeld om gezond te leven, omdat zij de positieve effecten van een gezonde leefstijl niet terugzien in hun zorgpremie.

Volgens dezelfde logica kan de overheid ook een belastingkorting bieden aan mensen met een gezonde leefstijl, mits hun gezonde leefstijl zich vertaalt in meer of langer werken (zie tabel 8.3). Pensioenfondsen zullen echter het omgekeerde beleid moeten voeren en hogere premies vragen aan mensen met een gezonde leefstijl. Immers, voor pensioenfondsen zijn gezonde mensen duurere klanten. Per saldo zijn de maatschappelijke baten positief, mits een gezonde leefstijl niet alleen leidt tot een hogere levensverwachting, maar gepaard gaat met langer leren en meer werken.

## **8.8 Conclusie**

Preventie is een belangrijk dossier voor de toekomst. Een gezond leven begint immers al vroeg en levert zowel mensen zelf als de samenleving veel op.

In een wereld waarin individuen steeds meer verantwoordelijkheid nemen en eigen keuzes steeds belangrijker worden, ligt het voor de hand om hen ook zoveel mogelijk verantwoordelijk te laten zijn voor hun eigen leefstijl. Overheidsingrijpen blijft dan beperkt tot keuzes die schadelijk zijn voor anderen, zoals roken dat leidt tot meer roken, inentingen ter voorkoming van besmettelijke ziekten en het beperken van agressief gedrag en verkeersongelukken door alcohol.

In een wereld waarin zorgsolidariteit hoog in het vaandel staat, heeft de overheid meer redenen om in te grijpen. Gezondheidsverschillen worden zoveel mogelijk beperkt, niet alleen in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk 9) maar ook via preventieve maatregelen die bedoeld zijn om ziekte te voorkomen. Gezond gedrag wordt zoveel mogelijk ondersteund, onder andere door collectieve programma's ter bestrijding van obesitas, roken en overmatig drugs- en drankgebruik.

## Literatuur

Becker, G.S. en K.M. Murphy, 1988, A theory of rational addiction, *Journal of Political Economy*, vol.96, nr. 4, pag. 657-700.

Cawley, J. en C. Ruhm, 2012, The economics of risky health behaviors, in: M. Pauly; T. McGuire en P. Barros (eds), *Health Economics*, Elsevier, pag.. 95-185.

Cnossen, S., 2006, Alcohol taxation and regulation in the European Union, CPB Discussion Paper 76.

Cnossen, S.; D. Forrest en S. Smith, 2009, *Taxation and regulation of smoking, drinking and gambling in the European Union*, CPB Bijzondere Publicatie 76, Den Haag.

DellaVigna, S., 2009, Psychology and Economics: evidence from the field, *Journal of Economic Literature*, vol. 47, nr. 2, pag.. 315-372.

Gelder, B. van, M. Poos en E. Zantinge, 2011, Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken?, in: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven.

Griffith, R. en M. O'Connell, 2010, Public policy towards food consumption, *Fiscal Studies*, vol. 31, nr. 4, pag.. 481-507.

Gruber, J. en B. Köszegi, 2001, Is addiction rational? Theory and evidence, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 116, nr. 4, pag.. 1261-1304.

Johar, M. en H. Katayama, 2012, Quantile regression analysis of body mass and wages, *Health Economics*, vol 21, nr. 5, pag.. 597-611.

Klink, A., P. Rosenmöller en J.J. Polder, 2008, Het economisch gewicht van overgewicht. *Economisch Statistische Berichten*, vol. 93, nr. 4533, pag.. 228-231.

Kreijl, C. van, en A. Knaap, 2004, Ons eten gemeten: gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland, RIVM, Bilthoven.

Mackenbach, J., 2010, *Ziekte in Nederland*, Elsevier, Amsterdam.

Oomen, C., M. Ocké, E. Feskens, M.A. van Erp-Baart, F. Kok en D. Kromhout, 2001, Association between trans fatty acid intake and 10-year risk of coronary heart disease in the Zutphen elderly study: a prospective population-based study, *The Lancet*, vol. 357, nr. 9258, pag. 746-751.

Otten, F.; K. Arts, M. Schuring en A. Burdorf, 2012, Invloed van werkbelasting op voortijdige arbeidsuittreding ouderen, *Economisch Statistische Berichten*, pag. 608-611.

Polder, J., A. Wong en B. Wouterse, 2012, Vergrijzing: kosten en baten, in: J. Donders en C. de Kam (eds), *Zorg verzekerd?*, SDU Uitgevers, Den Haag.

Polder, J., R. Hoogenveen, G. Luijben, M. van den Berg, H. Boshuizen en L. Slobbe, 2012, Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie, in E. Schut en M. Varkevisser, *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, KVS Preadviezen 2012.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011, Preventie van welvaartsziekten, Den Haag.

RIVM, 2006, Zorgkosten van ongezond gedrag, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, Bilthoven.

RIVM, 2010, Effecten van preventie, Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, Bilthoven.

RIVM, 2012, Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst, Bilthoven.

Teulings, C., L. Bovenberg en H. van Dalen, 2005, *De cirkel van goede intenties*, Amsterdam University Press, Amsterdam.

Willemsen, M., 2011, Roken in Nederland – de keerzijde van tolerantie, Oratie Universiteit van Maastricht.

## 9 Curatieve zorg

Rudy Douven en Casper van Ewijk

Verzekeren heeft grote waarde. Maar medisch-technisch wordt steeds meer mogelijk en patiënten worden veeleisender. Als deze trends zich voortzetten komen we in toenemende mate voor lastige keuzes te staan. Hoe stellen we grenzen aan wat in het verzekerde basispakket wordt opgenomen? En als aanvullende zorgverzekeringen steeds belangrijker worden, in welke mate moet die markt gereguleerd gaan worden? Welk systeem van eigen betalingen helpt om het gebruik van verzekerde zorg -selectief- af te remmen?

## 9.1 Grenzen aan de zorgverzekering

Tot voor kort werd vrijwel elke nieuwe medische technologie opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering (Zvw). De huidige Nederlandse medische zorg is up-to-date en loopt in de pas met het buitenland. Dankzij de voortdurende verbetering in de medische technologie leven we steeds gezonder en worden we ouder. En de medische technologie schrijdt in snel tempo voort. Robottechnologie en moleculaire biologie creëren enorme nieuwe behandel mogelijkheden. Gentechnologie en technologie voor verfijnde beeldvorming maken diagnoses steeds beter en eerder mogelijk. E-health-toepassingen brengen deze technologie ook steeds dichterbij de consument. Waar ligt de grens aan al deze mogelijkheden? Meer dan in het verleden zal actief een grens moeten worden gesteld aan wat wij tot de collectieve zorg rekenen en wat niet. Met alle gevoeligheden van dien. Dat levert lastige keuzes op: welke zorg, welke technologie en welke medicijnen worden nog wel tot de wettelijk verzekerde zorg gerekend en dus vergoed, en welke niet.

Van sommige behandelingen is het evident dat zij in het basispakket van de collectieve zorg horen, zoals antibiotica, bètablokkers, het gebruik van handschoenen voor een operatie, et cetera. Dat zijn zaken die goedkoop zijn, effectief en nuttig voor allen. Lastiger wordt het bij behandelingen die duur zijn, maar ook effectief gezondheidswinst opleveren. Hier moeten de kosten worden afgewogen tegen de baten. Bij veel behandelingen valt deze afweging gunstig uit, zoals bij een bypassoperatie of het plaatsen van stents bij vernauwde bloedvaten kort na een hartaanval. Bij andere behandelingen kan de afweging negatief uitvallen, omdat ze te duur zijn in verhouding tot de gezondheidswinst.

In Nederland beoordeelt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de toelating van nieuwe geneesmiddelen en behandelingen tot het basispakket. Op grond van de Zorgverzekeringswet stelt het CVZ een positieve lijst op voor geneesmiddelen die wel vergoed worden en een negatieve lijst voor geneeskundige en verpleegkundige behandelingen die niet worden vergoed. Het is vervolgens aan artsen en verpleegkundigen om te bepalen welke behandelingen in welke situatie moeten plaatsvinden. Dit vindt zijn wortels in de wet die spreekt over de zorg die artsen en verpleegkundigen 'plegen te bieden', waarbij de inhoud en omvang van de zorg mede wordt bepaald door 'de stand van de wetenschap en praktijk', met de toevoeging dat de zorg slechts is verzekerd als de patiënt er 'redelijkerwijs op is aangewezen'. Cruciaal hierbij zijn de richtlijnen en standaarden die de wetenschappelijke verenigingen uitbrengen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijk van de individuele artsen.

Het CVZ hanteerde tot nu toe een viertal criteria, maar in praktijk ging het bij het pakketbeheer vooral om één criterium, de effectiviteit: heeft de behandeling een positief effect op de gezondheid.<sup>121</sup> Zo zijn recent behandelingen met aortaklepprothese en endoprothese voor buikaneurysma's geweigerd omdat er twijfel bestond over de effectiviteit. Het CVZ heeft ook onderzoek gedaan naar protonetherapie, radiotherapie voor bepaalde zeldzame vormen van kanker; patiënten gingen voor behandeling naar het

---

<sup>121</sup> Zie bijvoorbeeld Brouwer en Rutten (2012), Brouwer en Van Exel (2012) en Pomp e.a. (2007).

buitenland en verzekeraars vroegen zich af of dit vergoed moest worden. Uiteindelijk is besloten de behandeling voor bepaalde typen van kanker niet uit te sluiten. Dat behandelingen op grond van het striktere criterium van kosteneffectiviteit worden geweigerd, komt in Nederland praktisch niet voor. Een enkele keer lukt het om de prijzen van medicijnen te verlagen, zoals recentelijk bij Xolair, een middel tegen ernstige astma. Bij andere medicijnen heeft het CVZ onlangs wel geadviseerd om ze niet te vergoeden op grond van onvoldoende kosteneffectiviteit, maar is het advies niet door de minister overgenomen, zoals bij medicijnen tegen de ziekte van Pompe en ziekte van Fabry.

In het regeerakkoord van Rutte II staat het voornemen om kosteneffectiviteit en noodzakelijk als voorliggende criteria in de wet op te nemen (zie ook het tekstkader 'Kabinet Rutte II en de curatieve zorg').

### **Kabinet Rutte II en de curatieve zorg**

In het regeerakkoord is al een aantal maatregelen op het gebied van de eigen betalingen en pakketbeheer genomen om de collectieve zorguitgaven in de Zvw te beperken.

#### *Eigen betalingen:*

Het kabinet Rutte I heeft het verplichte eigen risico van 220 euro verhoogd naar 350 euro in 2013. Via de zorgtoeslag worden mensen met een laag inkomen gecompenseerd. Het Kabinet Rutte II is voornemens het eigen risico inkomensafhankelijk te maken: lage inkomens krijgen een lager eigen risico dan 350 euro, hoge inkomens een hoger eigen risico. Daarnaast wordt een eigen betaling van 50 euro ingevoerd voor mensen die buiten de huisarts om de spoedeisende eerste hulp bezoeken.

#### *Omvang van het basispakket*

Op het gebied van het pakket zal in de kabinetsperiode ingezet worden op een stringent pakketbeheer, waarbij alleen noodzakelijke en kosteneffectieve zorg in het basispakket worden vergoed. Het criterium kosteneffectiviteit wordt daarbij wettelijk verankerd. De ingezette kostenbesparing bedraagt 0,2 mld euro. Daarnaast is door het kabinet Rutte I al bepaald dat de omvang van het basispakket in de Zvw met 1,3 miljard euro zou moeten worden verkleind aan de hand van het criterium 'lage ziektelast'. Ook wordt elk jaar een deel van het basispakket doorgelicht met een taakstellend percentage aan uitgavenbeperkende pakketmaatregelen. Voor nieuwe technologie of behandelingen geldt een voorwaardelijke toelatingsperiode van maximaal vier jaar, waarna de minister van VWS uiteindelijk bepaalt of de nieuwe interventie definitief wordt toegelaten tot het pakket.

#### *Keuzevrijheid in aanvullende verzekeringen*

De verplichte basisverzekering gaat worden ingeperkt tot naturapolissen. Mensen die desondanks een restitutiepolis willen, en bijvoorbeeld naar ziekenhuizen willen die niet in de naturapolis zijn opgenomen, moeten die extra faciliteit onderbrengen in de aanvullende verzekering.

Wanneer de medische technologie zich snel blijft ontwikkelen, zullen in de toekomst vaker grenzen gesteld worden aan de toelating van behandelingen. Ook voor behandelingen die op zich effectief zijn om patiënten te helpen, maar toch afvallen omdat de baten maatschappelijk niet opwegen tegen de kosten. Wanneer niet meer alle zorg wordt vergoed in het basispakket, kan dat ingrijpende gevolgen hebben voor het zorgstelsel.



## 9.2 Een afwegingskader voor het pakketbeheer

De afbakening van het basispakket is een belangrijke sleutel in de ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven in de toekomst. Tegelijkertijd is het een moeilijke en politiek gevoelige sleutel. Durven wij grenzen te stellen aan de zorg? Durven wij nee te zeggen tegen bepaalde nieuwe behandelingen en geneesmiddelen, ook als dat directe gevolgen heeft voor herkenbare patiëntengroepen? De afbakening van het basispakket kan op twee manieren worden benaderd: vanuit solidariteit of vanuit de verzekeringsgedachte. Beide zijn nauw met elkaar verbonden, maar ze zijn toch niet helemaal gelijk.

### Afbakening van het basispakket op grond van kosteneffectiviteit...

Bij de verzekeringsgedachte gaat het om de vraag: zou ik mijzelf –nu ik nog geen voorkennis heb van mijn gezondheidsrisico's– verzekeren voor een bepaalde behandeling of niet? Dit is toegelicht aan de hand van het voorbeeld over Elisabeth in hoofdstuk 7. De optimale verzekering beperkt zich tot de behandelingen die ik ook werkelijk zou 'kopen' als de verzekering de kosten van de behandeling in geld uitkeerde in plaats van in zorg. Dus als ik het bedrag van 30.000 euro, dat ik zou ontvangen nadat borstkanker is vastgesteld, ook werkelijk zou besteden aan de behandeling van de borstkanker. Behandelingen waarvan ik het verzekeringsgeld achteraf liever aan andere zaken zou besteden, behoren op basis van de verzekeringsgedachte niet in het optimale verzekerde pakket. Dit is een tamelijk abstract principe, zeker wanneer ik niet zelf over mijn zorg beslis, maar de arts, maar niettemin geeft het een belangrijk beginsel. Het beredeneert de pakketafbakening vanuit de voorkeuren van de consument.

Een manier om deze benadering toe te passen ligt in het criterium van kosteneffectiviteit. Een behandeling is kosteneffectief als de baten in termen van gezondheidswinst opwegen tegen de kosten van de behandeling. Door de baten uit te drukken in een uniforme maat, namelijk *quality adjusted life years* (qaly), krijgen we een objectief criterium voor de kosteneffectiviteit. De qaly is een maatstaf voor de gezondheidswinst, gedefinieerd als aantal gewonnen levensjaren gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven (zie ook hoofdstuk 2). De RVZ (2006) heeft voorstellen gedaan om de waarde van een qaly te expliciteren en stelde een waarde voor van 80.000 euro per qaly bij de hoogste ziektelast. Een buitenlands voorbeeld is het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Het is ook het enige instituut in de wereld dat een expliciete qaly-grens hanteert. De kritieke grens die men hanteert ligt tussen de 20.000 en 30.000 Engelse pond per qaly.

### ...en noodzakelijkheid...

Er zijn goede redenen om gewicht te geven aan de noodzakelijkheid van de behandeling. Dit criterium volgt niet uit de verzekeringsbenadering, maar heeft te maken met de bijzondere vorm van solidariteit in de zorg. Onderzoek laat zien dat er een hogere maatschappelijke bereidheid is om te betalen per qaly naarmate de ziekte ernstiger is. We zijn dus meer solidair met mensen die een ernstige ziektelast hebben, dan met mensen met een lichte ziektelast.<sup>122</sup> Voor een belangrijk deel zijn deze kwesties sociaal en cultureel bepaald.

---

<sup>122</sup> Stolk e.a. (2004).

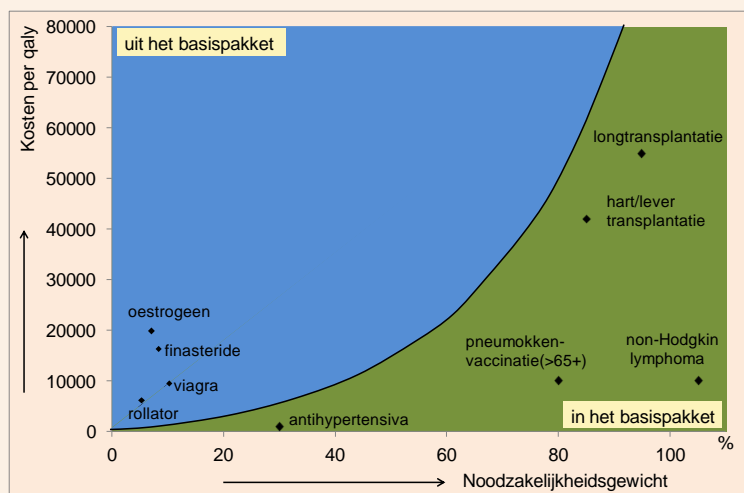
### ...leidt tot een nieuw afwegingskader

Op basis van deze gedachten zijn door het CVZ (2009) en in de literatuur voorstellen gedaan om de ziektelast en de kosteneffectiviteit te integreren tot een nieuw afwegingskader (zie hoofdstuk 6). Dit wordt toegelicht in het tekstkader 'Kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid van een behandeling'. Het idee is dat voor noodzakelijke zorg met een hogere waarde van een qaly wordt gerekend dan voor minder noodzakelijke zorg. De waarde van een qaly varieert hier –als indicatie– van 10.000 euro voor een lage ziektelast tot 80.000 euro voor een ernstige ziektelast. Neem bijvoorbeeld een longtransplantatie die rond de 50.000 euro per qaly kost en het medicijn viagra dat 10.000 euro per qaly kost. Omdat aan de dure longtransplantatie een hoge noodzakelijkheid wordt toegekend, valt deze wel binnen de kritische grens voor het basispakket, terwijl viagra erbuiten valt.

### Kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid van een behandeling

In het voorgestelde beoordelingskader voor het toelaten van nieuwe behandelingen tot het basispakket, zetten we het criterium kosteneffectiviteit naast andere solidariteitscriteria, zoals de noodzakelijkheid van een behandeling. In de figuur wordt deze afweging grafisch weergegeven met behulp van een indicatieve drempelwaarde (zie ook Brouwer en Rutten, 2012). Het betreft een voorbeeld, nader onderzoek is nodig om de drempelwaarde precies te bepalen. Op de verticale as staat de kosteneffectiviteit van een behandeling en op de horizontale as het toegekende noodzakelijkheidsgewicht van een behandeling (zie Stolk e.a., 2004). Bijvoorbeeld, voor viagra en de rollator is de solidariteit om dit collectief te vergoeden kleiner dan voor ernstige hart-, long- of levertransplantaties. Deze laatste drie behandelingen vallen onder de drempelwaarde, omdat we als maatschappij bereid zijn om hier per qaly meer voor te betalen.

### Afweging tussen kosten per qaly en noodzakelijkheidsgewicht



### Andere overwegingen bij het pakketbeheer

Kosteneffectiviteit en solidariteit (voor noodzakelijke zorg) kunnen niet de enige criteria zijn in het pakketbeheer. We noemen enkele andere, zonder er verder op in te gaan. Zo maakt hoofdstuk 6 onderscheid tussen omstandigheden en inzet. De collectieve verzekering is bestemd voor risico's die mensen zelf niet in de hand hebben, dus vooral voor heupbreuk en blinde darm ontsteking, maar in mindere mate voor zwangerschap of kraamzorg. Ook voor preventie is verzekeren niet evident. Verder kan er discussie zijn of bepaalde bewust

genomen risico's, bijvoorbeeld ongelukken door extreme sporten, tot de basisverzekering horen.

Daarnaast heeft wel of niet opname in het basispakket ook invloed op het gedrag van mensen. Verzekering van de zorg kan extra gebruik stimuleren; soms is dat gewenst (de anticonceptiepil voor jeugdigen, de huisarts wellicht, goedkope behandelingen die dure vervangen), maar vaak leidt het tot overmatig gebruik (rollator, Viagra, de huisarts wellicht). Dit kan ook een rol spelen bij de pakketafbakening. Ten slotte kan ook rekening worden gehouden met externe effecten, zoals de kans op resistentie bij de betreffende bacteriën bij overmatig gebruik van antibiotica. Voor de individuele patiënt kan de behandeling dan wel kosteneffectief zijn, maar uit maatschappelijk oogpunt niet.

### Hoe vertaalt dit zich naar de richtlijnen en standaarden...?

Pakketafbakening is complex. Zo is een kijkoperatie bij de ene aandoening van de knie wel zinvol, bij de andere niet. Voor een patiënt die in goede gezondheid verkeert en geen last heeft van andere aandoeningen (comorbiditeit), zal een zware behandeling kansrijker zijn dan voor een andere. Via richtlijnen en professionele zorgstandaarden wordt preciezer vastgelegd welke behandeling onder welke omstandigheid het meest passend is. Deze richtlijnen en standaarden worden opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen.

De vraag is nu hoe een afwegingskader, waarin het herwogen kosteneffectiviteitscriterium een zwaardere rol speelt, zijn weerslag kan gaan vinden in de richtlijnen en standaarden. Als kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid wettelijk voorliggende criteria worden, kan dan van de wetenschappelijke verenigingen gevraagd worden om deze criteria ook mee te wegen bij het opstellen van richtlijnen en standaarden? Of is het beter om het CVZ de bevoegdheid te geven de richtlijnen en standaarden te toetsen, voor zover ze bepalend zijn voor de vraag welke behandelingen vergoed worden uit de verplichte zorgverzekering? Zowel zorgverzekeraars als patiënten dienen immers te weten welke zorg vergoed wordt.

Een buitenlands voorbeeld is het Engelse NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). Onder auspiciën van NICE worden de richtlijnen, mede op basis van het doelmatigheids criterium, opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen. In Duitsland bestaat het Gemeinsamer Bundesausschuss waar belanghebbenden in de zorg gezamenlijk werken aan het pakketbeheer en bijbehorende kwaliteitsmaatstaven en richtlijnen. Hierbij worden ze ondersteund door een kwaliteitsinstituut. Ziekenhuizen zijn verplicht om aan dit instituut kwaliteitsindicatoren (proces- en uitkomstindicatoren) aan te leveren. Deze worden beoordeeld voordat de vergoedingen aan ziekenhuizen worden uitbetaald.<sup>123</sup>

### ...en naar de spreekkamer?

Duidelijke richtlijnen zijn vooral ook van belang voor de individuele arts die in zijn spreekkamer soms lastige keuzes moet maken. Bijvoorbeeld bij ouderen, die geneesmiddelen voor meerdere ziektes tegelijk gebruiken, is correct gebruik vaak moeilijk. Om de balans tussen gezondheidswinst, acceptabele bijwerkingen en risico's te vinden, is

---

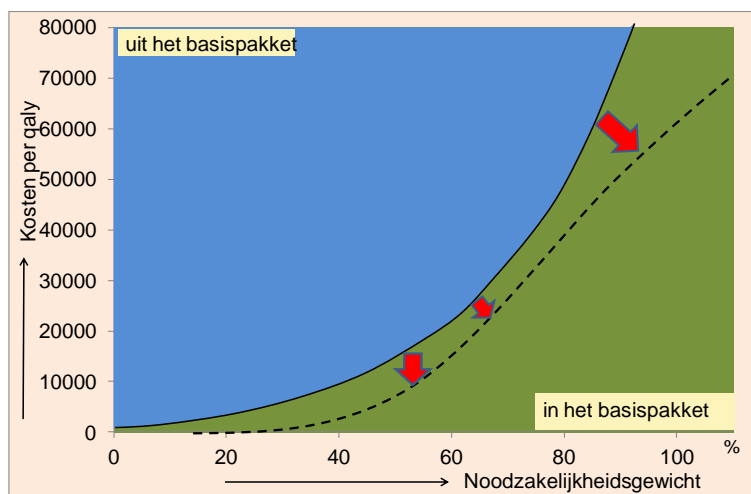
<sup>123</sup> Zie Busse e.a. (2011).

verre van eenvoudig. Zo lijkt er consensus te zijn ontstaan dat doorbehandeling aan het eind van het leven niet altijd zinvol is, dat eerdere inzet van palliatieve zorg de voorkeur kan verdienen.<sup>124</sup> Niet alleen bij ouderen, ook bij jongeren moet de arts een afgewogen oordeel kunnen vellen. Duidelijke richtlijnen zijn daarbij een onontbeerlijk hulpmiddel.

### Hoe duurzaam is dit afwegingskader?

Het hier geschetste afwegingskader is in beginsel bestand tegen toekomstige ontwikkelingen. Stel dat de komende decennia een stroom van nieuwe medische technieken het licht zullen zien. Als dat vooral technieken zijn met een lage kosteneffectiviteit, dat wil zeggen dat de gezondheidswinst voor een doorsnee verzekerde heel klein is en de kosten heel hoog zijn, dan zullen veel van die technieken niet worden toegelaten tot het basispakket. De kosten van het basispakket ontwikkelen zich dan op een beheerste manier. En die mensen die toch graag toegang willen tot die dure en minder effectieve behandelingen, kunnen zich daarvoor aanvullend verzekeren. Als het vooral technieken zijn met een hoge kosteneffectiviteit, dan worden ze wel toegelaten tot het basispakket. Mocht daardoor de premiedruk al te sterk oplopen, dan kan worden besloten om de criteria iets aan te scherpen. Dit houdt in dat de qaly-grens wordt verlaagd, zodat een aantal behandelingen niet tot het pakket worden toegelaten (zie figuur 9.1).

**Figuur 9.1** Bij stijgende zorguitgaven kan de drempelwaarde aangepast worden



## 9.3 Differentiatie in verzekeringen

Wanneer de technische mogelijkheden sneller stijgen dan de zorg die tot het basispakket wordt toegelaten, zullen sommige mensen –met name mensen met hogere inkomens– die dure maar niet altijd even effectieve zorg gaan kopen buiten de basisverzekering om. Deze tendens zien wij nu ook al in landen die voor een bewust sobere basisvoorziening hebben gekozen, zoals de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk, of Medicaid voor lage inkomens in de Verenigde Staten. Tot op zekere hoogte is het mogelijk om het aanbieden van ‘luxe’ zorg in het binnenland te ontmoedigen, maar in dat geval wijken mensen uit naar top medische centra in het buitenland. Als in de toekomst veel nieuwe

<sup>124</sup> Zie Wennberg (2010).

behandelingen beschikbaar komen die vanwege te lage effectiviteit niet worden toegelaten tot het basispakket, ontstaat geleidelijk aan meer differentiatie in zorg.

Men wil zich ook voor de aanvullende zorg verzekeren; het gaat immers om grote en onzekere kosten. Zonder overheidsregulering komt de markt voor aanvullende verzekeringen echter moeizaam tot stand. Averechtse selectie, waarbij alleen de mensen met hoge risico's zich verzekeren, en gebrekkige transparantie maken dat een vrije verzekeringsmarkt imperfect is. Overheidsregulering kan dit ondervangen door de aanvullende verzekeringen aantrekkelijker te maken en de markt meer transparant. Dat kan bijvoorbeeld door de verzekering aftrekbaar te maken van belastingen, zoals in veel landen het geval is, bijvoorbeeld in Frankrijk en de VS. Om averechtse selectie tegen te gaan, kan de overheid regels en financiële instrumenten inzetten om de markt beter te laten werken.

In Duitsland bestaat de mogelijkheid voor hoge inkomens om zich te onttrekken aan de sociale verzekering en te kiezen voor een duurdere private kapitaalverzekering. In Australië kent men al enkele decennia een duaal stelsel met een basisvoorziening voor iedereen, Medicare geheten, en een gereguleerde private markt voor aanvullende verzekeringen. Het duurdere pakket biedt onder andere vrije keuze van artsen, terwijl het sobere basispakket alleen recht geeft op een voorgeschreven behandelaar. Verzekeraars hebben acceptatieplicht en mogen in de private markt bij de premiestelling geen onderscheid maken naar gezondheidskenmerken. Averechtse selectie trad op een gegeven moment op, jonge en gezonde verzekerden namen steeds minder vaak aanvullende verzekeringen. Dit leidde tot additionele regulering, zoals subsidiëring van premies, en een hogere belasting voor hoge inkomens die geen aanvullende verzekering afnemen. De ervaring in Australië onderstreept het punt dat adequate regulering nodig zal zijn, wil de markt voor aanvullende verzekeringen een substantiële rol gaan vervullen.

In Nederland kunnen verzekeraars verschillende pakketten aanbieden, zowel binnen de huidige basisverzekering als via aanvullende verzekeringen. De huidige basisverzekering biedt ruimte voor differentiatie, omdat vergoedingen in de wet gedefinieerd zijn via functionele aanspraken. Dat betekent dat alleen de aard, inhoud en omvang van de zorg wettelijk zijn geregeld, maar niet door wie en waar de zorg geleverd wordt. Verzekeraars hebben daarom ruimte om selectief in te kopen en daarmee meer doelmatigheid af te dwingen in de zorg. Differentiatie is ook mogelijk via collectieve contracten die via werkgevers of andere collectieven worden geregeld.

Differentiatie verbetert de afstemming van de zorg op de uiteenlopende voorkeuren van individuen en groepen, maar gaat ten koste van de gelijkheid in de zorg. In termen van figuur 9.1 over de afbakening van het pakket: door differentiatie kan het pakket aansluiten bij de qaly per groep, waarbij hogere inkomens kunnen kiezen voor een hogere qaly dan lagere inkomens. Een deel van de zorg die in de toekomst mogelijk buiten het sobere basispakket komt te vallen, past daardoor wel binnen het gewenste pakket voor de hogere inkomens. Een illustratieve berekening in hoofdstuk 6 laat zien dat de verbetering van de 'allocatieve efficiëntie' –de afstemming van zorg op de voorkeuren– een welvaartswinst kan opleveren van ½ tot 12% van het bbp.

## Uitgaven aan curatieve zorg

In 2008 gaven we 46,6 mld euro uit aan curatieve zorg. Dat was 7,8% van het bbp. Het grootste deel van die uitgaven (36 mld euro) werd collectief gefinancierd via de nominale en inkomensafhankelijke premies in de Zvw. Een klein deel van de collectieve financiering kwam van overheden, zoals voor academische ziekenhuizen en GGD's (2,2 mld euro).

### Van de curatieve zorguitgaven is ongeveer 18% private betalingen

Van de 46,6 mld euro betaalden gezinnen ongeveer 18% (8,4 mld euro) uit eigen zak. Bij deze eigen betalingen in de curatieve zorg ging het voor 1,3 mld euro om eigen bijdragen in de Zvw vanwege het verplichte eigen risico (van toen nog 150 euro per volwassene). Voor 3,2 mld euro bestonden deze eigen betalingen uit aanvullende verzekeringen in de private verzekeringsmarkt, voornamelijk voor tandartsen en paramedici. Daarnaast betaalden gezinnen nog eens 3,9 mld euro rechtstreeks uit eigen zak, grotendeels voor genees- en hulpmiddelen zonder voorschrift van een arts.

### Helft van de Zvw-zorguitgaven zijn ziekenhuisuitgaven

Veruit het meeste geld ging op aan ziekenhuiszorg. De meestal dure geneesmiddelen die medisch specialisten voorschrijven, zijn daarbij inbegrepen. De kortdurende GGZ valt sinds 2008 ook onder de Zvw. Patiënten hoeven nooit te betalen voor de huisarts, ook niet onder het eigen risico van de Zvw. De uitgaven voor genees- en hulpmiddelen (voor zover niet voorgeschreven door een specialist) beslaan 20% van de uitgaven aan curatieve zorg.

### Uitsplitsing van de uitgaven aan curatieve zorg (mld euro, 2008)

	Collectief	Gezinnen	Overig	Totaal
	mld euro			
Ziekenhuiszorg	19,0	1,0	0,3	20,3
Geestelijke gezondheidszorg	4,7	0,2	0,0	4,9
Huisarts	2,4	0,0	0,0	2,4
Tandarts, paramedisch	1,3	2,7	0,0	4,0
Genees- en hulpmiddelen	5,8	3,1	0,2	9,0
Overig	2,8	1,4	1,7	5,9
Totaal	36,0	8,4	2,2	46,6

Bron: CBS, Gezondheid en zorg in cijfers 2008; eigen berekeningen. Voor latere jaren is deze uitsplitsing nog niet beschikbaar.

## 9.4 Financiële prikkels of risicosolidariteit

Het Nederlandse stelsel kenmerkt zich door een hoge mate van solidariteit. In het ziekenhuis krijgt iedereen dezelfde zorg, dat noemen we de zorgsolidariteit. En de risico's zijn in hoge mate verzekerd, de risicosolidariteit.

### Verbod op premiedifferentiatie in de basisverzekering

De basisverzekering dekt niet alleen de onzekere gezondheidsrisico's. Verzekeraars mogen bij hun premie geen onderscheid maken tussen mensen van wie al bekend is dat zij een hogere kans op ziektekosten hebben en mensen voor wie dat niet geldt. Dit is een belangrijke toevoeging aan de risicosolidariteit van de basisverzekering; het biedt een verzekering voor mensen die de pech hebben bij geboorte een zwak gestel mee te krijgen en het biedt verzekering voor chronisch zieken tegen dezelfde premie als gezonde mensen.

Gezondheid is echter niet alleen iets wat we bij geboorte krijgen, maar het hangt ook sterk af van de keuzes die we in het leven maken. We investeren wel of niet in een gezonde leefstijl, we kiezen voor minder of meer risicovolle beroepen, en we doen wel of niet aan risicovolle

spporten. Ongeveer 6% van de totale kosten van de gezondheidszorg is direct toe te schrijven aan ongezond gedrag.<sup>125</sup> Een belangrijk deel van de gezondheidsverschillen hangt samen met de keuzes die wij zelf maken (zie hoofdstuk 8). Door de doorsneepremie ontbreekt de prikkel om 'gezonde' keuzes te stimuleren en risicovolle keuzes te ontmoedigen. Dit is opnieuw een geval van moreel gevaar (zie ook hoofdstuk 6 en 7). Gezond gedrag wordt niet beloond met een lagere premie. Dat is een keerzijde van de hoge mate van risicosolidariteit.

### **Eigen betalingen verminderen de risicosolidariteit maar vergroten de efficiëntie**

Ziektekosten zijn groot en onzeker, dat vraagt om een verzekering. Ziektekosten vormen gemiddeld een vijfde van de bestedingen en de onzekerheid is groot.<sup>126</sup> Wij willen niet op onverwachte momenten met hoge kosten voor zorg worden geconfronteerd, de kosten zijn immers erg onzeker.

Anderzijds weten we dat verzekeren leidt tot moreel gevaar. Dat ondergraaft de efficiëntie van het zorgstelsel: omdat de verzekeraar toch betaalt vraagt de verzekerde om ook behandelingen uit te voeren die geen of weinig nut hebben, 'baat het niet dan schaadt het ook niet' (zie het tekstkader 'Wat is bekend over gedragseffecten van eigen betalingen'). Door eigen betalingen in te voeren gaat de verzekerde in essentie een deel van het risico zelf dragen. Als de eigen betalingen 10% van alle verzekerde uitgaven bedragen, dan draagt de verzekeraar 90% van de risico's en de verzekerde de resterende 10%. De verzekeringsgraad (of risicosolidariteit) is dan 90%.

### **Positieve en negatieve effecten van eigen betalingen**

Figuur 9.2 geeft schematisch inzicht in de effecten van een hoge verzekeringsgraad met lage eigen betalingen en een lage verzekeringsgraad met hoge eigen betalingen.

Verzekeren neemt financiële onzekerheid weg en geeft toegang tot zorg die zonder verzekering voor de meeste mensen niet betaalbaar zou zijn. Dit is vooral een voordeel als het gaat om zeer onzekere gebeurtenissen, zoals de kleine kans dat iemand een zware operatie moet ondergaan. Verzekeren heeft minder voordeel naarmate het risico op een aandoening meer voorspelbaar is en naarmate het om kleinere bedragen gaat. In dat geval kan de consument door zelf te sparen ook al rekening houden met de kosten van de aandoening. In hoofdstuk 7 bleek dat verzekeren vooral voor mensen met een laag inkomen van groot belang is. Zij kunnen inkomensschokken moeilijker opvangen dan anderen. Ook de toegankelijkheid van de zorg is vooral van belang voor mensen met lage inkomens. Uit het Health Insurance Experiment (HIE) in de VS bleek bij mensen met een laag inkomen en een chronische aandoening dat verzekeren een positief effect op hun gezondheid had.<sup>127</sup> Voor anderen vond men geen effect. Verzekeren effent ook de weg voor verzekeraars om als kritische inkoper van zorg voor hun verzekerden op te gaan treden, een van de kernpunten van de stelselherziening van 2006.

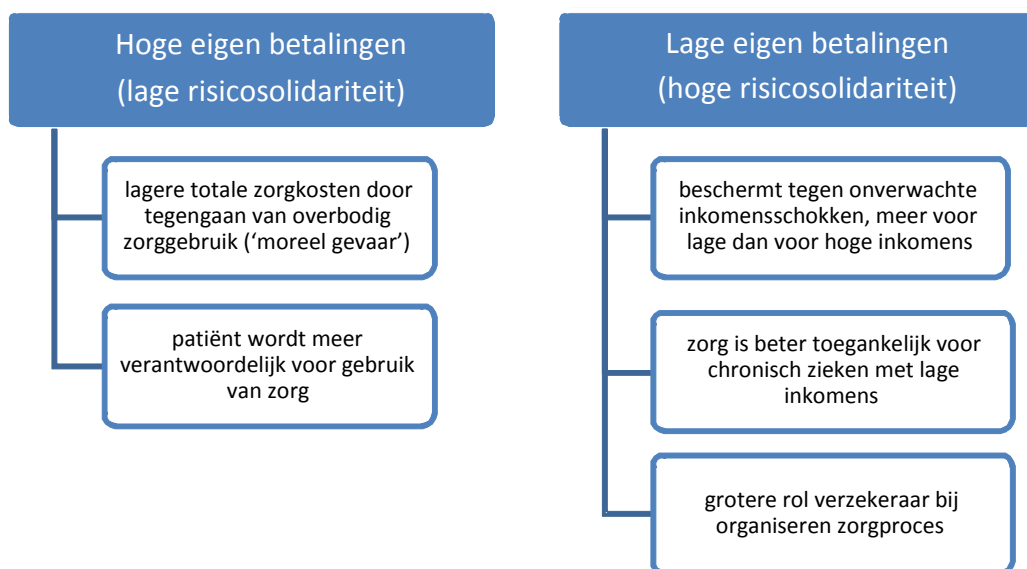
---

<sup>125</sup> IBO, 2007.

<sup>126</sup> Zie hoofdstukken 2 en 7 en het tekstkader 'Uitgaven aan curatieve zorg'.

<sup>127</sup> Zie tekstkader 'Wat is bekend over gedragseffecten van eigen betalingen?'

**Figuur 9.2** Effecten van hoge en lage eigen betalingen in een breed basispakket



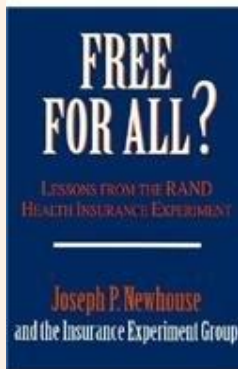
Bij hoge eigen betalingen is de patiënt gedwongen zelf de afweging te maken of de zorg noodzakelijk is of niet. Dat kan helpen om het aantal minder nuttige behandelingen in te perken en zodoende de kosten van de verzekering laag te houden, het remgeldeffect. Eigen betalingen zijn daarom vooral geschikt voor behandelingen die gevoeliger zijn voor overmatig gebruik. Eigen betaling voor een polsbreuk heeft niet veel zin; die moet toch geopereerd worden, of de ongelukkige daar nu aan meebetaalt of niet. Voor behandelingen waar de noodzaak minder evident is, is een financiële prikkel op zijn plaats. Als mensen voor een second opinion of fysiotherapie een deel zelf betalen, kan dat wel van invloed zijn op de keuze. Ook kan een eigen risico voor amandelen knippen maken dat de consument nog eens extra vraagt aan de kno-arts of het wel echt nodig is. Onderzoek laat zien dat verzekerden veel gevoeliger zijn voor eigen betalingen bij bezoek aan de huisarts of paramedicus, dan wanneer ze het ziekenhuis bezoeken. Dit suggereert dat het invoeren van eigen risico's bij de huisarts tot kostenbesparing kan leiden. Wanneer daardoor ook mensen minder worden doorverwezen, is de kostenbesparing nog groter.<sup>128</sup> Echter, wanneer door eigen betalingen mensen direct naar het ziekenhuis gaan en de huisarts overslaan, kan het juist ongunstig uitpakken.

Een systeem van eigen betalingen verhoogt de betrokkenheid van patiënten bij het zorgproces. Op lange termijn kan het ook gevolgen hebben voor de inrichting van de zorg. Door meer financiële verantwoordelijkheid bij de consument te leggen, zal ook de druk toenemen om meer zeggenschap te krijgen over de eigen zorg. Een wereld waarin de consument wel betaalt maar niet bepaalt, is in beperkte mate mogelijk. Hier komen wij in het slothoofdstuk op terug.

<sup>128</sup> Zie Van Vliet (2004) en Van de Ven en Schut (2010).



## Wat is bekend over gedragseffecten van eigen betalingen?



Voor de gedragseffecten van eigen betalingen wordt voor een groot deel verwezen naar het RAND Health Insurance Experiment (RAND HIE) dat plaatsvond rond 1980 in de Verenigde Staten (Newhouse, 1993, Free For All?). Het betrof een onderzoek van 5800 mensen die willekeurig waren verspreid over de VS. Uit het HIE-onderzoek komt naar voren dat consumenten gevoelig zijn voor eigen betalingen. Zonder eigen betalingen zouden de zorguitgaven van een gemiddelde verzekerde ongeveer 30 procent hoger zijn dan in een systeem waarbij de verzekerde 95 procent van de zorgkosten zelf moet betalen. Bij mensen met een laag inkomen was het effect groter.

Eigen betalingen bleken vooral een effect te hebben op minder ernstige medische zorg, zoals huisartsenzorg of fysiotherapie. De besparingen werden gerealiseerd omdat de verzekerden minder vaak een zorgaanbieder bezochten. Voor mensen met een laag inkomen In het onderzoek werd geen relatie gevonden tussen de behandelingen die de arts tijdens een consult uitvoerde en de hoogte van de eigen betaling. Eigen betalingen leiden dus vooral tot een vermindering van het aantal ziekte-episodes en hebben nauwelijks invloed op de behandelingen die plaatsvinden tijdens een ziekte-episode. Er werden ook geen grote verschillen gevonden tussen hoge en lage inkomens.

De hoogte van de eigen betaling bleek voor de meeste mensen geen negatief effect te hebben op hun gezondheid. Alleen bij mensen met een laag inkomen en een slechte gezondheid trad wel een negatief effect op. Dit is een opmerkelijke uitkomst. Het impliceert dat bij de andere verzekerden, die ook minder zorg kregen, de negatieve effecten op de gezondheid even groot moeten zijn geweest als de positieve effecten. Eigen betalingen leiden dus vrijwel in gelijke mate tot een vermindering van effectieve en niet-effectieve behandelingen.

Het effect van eigen betalingen op de hoeveelheid verleende zorg hangt mede af van de manier waarop de zorg is georganiseerd. Zo is in een stelsel met strengere indicatiestelling minder ruimte voor overmatig gebruik. Het effect van eigen betalingen is dan dienovereenkomstig kleiner. Van Vliet (2004) vond bij Nederlandse particulier verzekerden (vóór 2006) overigens effecten in dezelfde orde van grootte als die van HIE. Als het proces van indicatiestelling minder streng is, kan het effect op macroniveau kleiner zijn dan op microniveau. Empirische studies meten doorgaans effecten bij individuele verzekerden, op microniveau. Bij het verhogen van een eigen risico voor de gehele populatie zien aanbieders dat hun inkomen daalt. Als de organisatie van het zorgproces daar ruimte voor laat, kunnen ze daarop reageren door meer vraag uit te lokken, waardoor de totale uitgavendaling lager uitvalt.

## 9.5 Diverse systemen van eigen betalingen

Er bestaan veel verschillende systemen van eigen betalingen. Wij bespreken er een aantal.

### Eigen bijdrage per behandeling

Een eigen bijdrage per behandeling houdt in dat een verzekerde een deel van de kosten van een behandeling uit eigen zak betaalt. In zijn eenvoudige vorm wordt dit toegepast op alle behandelingen van een bepaalde zorgaanbieder. Een bekend voorbeeld uit het verleden is de

invoering van de medicijnkraak in 1983. Dit betrof een eigen bijdrage van 2,50 gulden per recept tot een maximum van 125 gulden per jaar. Het effect op de hoeveelheid gebruikte medicijnen bleek ongeveer gelijk aan wat men op basis van het HIE zou verwachten.

Het voordeel van deze vorm van eigen betalingen is dat deze heel transparant is. Het sluit goed aan bij het idee dat alles een prijs heeft. En door die transparantie verhoogt het de betrokkenheid van de patiënt. Het nadeel van een en dezelfde bijdrage voor alle behandelingen, in dit geval alle medicijnen, is dat het weinig gericht is. Dat biedt meer ruimte voor averechtse effecten. In dit geval nam de hoeveelheid medicijnen per recept toe en daarmee ook de mate van verspilling. Belangrijker nog is dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen behandelingen die evident gunstig zijn en die minder evident gunstig zijn voor de gezondheid. En de kosten kunnen behoorlijk oplopen voor chronisch zieken met een laag inkomen.

### Value-based eigen betalingen

Een meer uitgewerkte toepassing van eigen betalingen is *value-based* eigen betalingen. De hoogte van de eigen betaling hangt hier af van de toegevoegde waarde van de behandeling voor de patiënt. Kosteneffectieve behandelingen worden bevorderd door een lage eigen betaling, minder kosteneffectieve behandelingen worden ontmoedigd met hoge eigen betalingen. In de VS zijn verschillende experimenten gedaan met *value-based* eigen betalingen, vaak in de sfeer van preventie van ziekten. Zo heeft het afschaffen van eigen betalingen voor cholesterolverlagers voor werknemers van het Amerikaanse bedrijf Pitney Bowles een aantoonbaar gunstig effect gehad op de therapietrouw in het slikken van deze medicijnen. Het is dus een manier om patiënten, die niet altijd voldoende informatie bezitten, de beste behandelmethode te laten kiezen.

Het kwijtschelden van het eigen risico door een zorgverzekeraar, wanneer verzekerden een voorkeursaanbieder bezoeken, kan gezien worden als een vorm van *value-based* eigen betalingen. Een andere invulling is de recentelijk ingevoerde eigen bijdrage van 50 euro voor mensen die zonder verwijzing van een huisarts zich melden bij een spoedeisende eerste hulp. Op deze manier wordt immers voorkomen dat mensen direct naar de dure spoedeisende eerste hulp gaan wanneer een goedkoper huisartsbezoek ook al effectief is.

Een andere vorm van differentiatie is om naar de ziektelast of het noodzakelijkheidsgewicht van een behandeling te kijken. In België betalen patiënten hogere eigen bijdragen voor antibiotica, middelen tegen astma en maagzuurremmers, dan voor levensnoodzakelijke geneesmiddelen, zoals middelen tegen kanker, diabetes en epilepsie.<sup>129</sup> Hier is de waarde dus mede gebaseerd op maatschappelijke voorkeuren.

---

<sup>129</sup> Zie Van Kleef en Van de Ven (2012).

### Maximum eigen bijdrage per jaar

De huidige zorgverzekering Zvw in Nederland kent een eigen risico voor alle uitgaven die iemand per jaar maakt, de huisarts uitgezonderd. Het eigen risico van 350 euro is een voorbeeld van een eigen risico aan de voet (een *deductible*). Hierbij betaalt de consument de eerste 350 euro aan zorguitgaven zelf. Boven de 350 euro worden de zorguitgaven volledig vergoed door de verzekering.

Het voordeel van deze eenvoudige systematiek is dat vooral kleinere uitgaven onverzekerd blijven. Kleinere uitgaven voegen weinig toe aan de waarde van verzekeren, mensen kunnen die onzekerheid doorgaans goed zelf opvangen. Nadeel is dat de eigen betaling een gelijk bedrag voor iedereen is. Een hoog eigen risico aan de voet is bezwaarlijk voor mensen met een laag inkomen, voor hen is de verzekeringswaarde wél hoog. Een tweede bezwaar is dat het een weinig gerichte vorm van eigen betalingen is met daardoor een relatief klein gedragseffect. Voor veel chronisch zieken die toch weten dat zij het eigen risico vol maken, is de prikkel nul.

Een variant hierop is een systeem van procentuele eigen betalingen (*copayments*) tot een maximum. Hierbij betaalt de patiënt steeds een percentage van de kosten van de zorguitgaven tot het maximum is bereikt. Zwitserland en Singapore combineren beide varianten, eerst een eigen risico aan de voet, en over het meerdere een procentuele eigen betaling, ook weer met een maximum. Het voordeel van een procentuele eigen betaling is dat er ook bij hogere zorgconsumptie nog een disciplinerend effect van uitgaat.

### Donut hole

De voor- en nadelen van voorgaande systemen hebben geleid tot de gedachte van een nog verfijnder systeem, een eigen risico in de vorm van een *donut hole*: het eigen risico wordt berekend voor de uitgaven die vallen tussen een minimum en maximumwaarde, die per persoon kunnen verschillen. Voor mensen met hoge verwachte zorgkosten zou het eigen risico kunnen ingaan bij een startbedrag dat iets lager is dan hun verwachte zorgkosten, en het eindpunt iets hoger dan hun verwachte zorgkosten. Dus een chronisch zieke die gemiddeld 2000 euro kosten per jaar heeft, betaalt geen eigen risico over de eerste 1800. Het eigen risico begint te tellen bij uitgaven boven 1800 en tot een grens van bijvoorbeeld 2150 euro; 350 euro hoger dan de ondergrens. Zo wordt voorkomen dat chronisch zieken wel een prikkel hebben om hun uitgaven boven 1800 euro te beperken, zonder dat zij ieder jaar een hoog eigen risico moeten betalen.

Het nadeel van een *donut hole* zijn de uitvoeringskosten. De vaststelling van het startpunt en het eindpunt van de *donut hole* is persoonsafhankelijk en lijkt moeilijk te bepalen. Daarmee is het ook juridisch kwetsbaar. Er is in de praktijk nog geen ervaring opgedaan met een persoonsafhankelijke *donut hole*.<sup>130</sup>

---

<sup>130</sup> Om de uitvoeringskosten te beperken, zou een experiment gestart kunnen worden waarbij alleen chronisch zieken die geassocieerd zijn in een farmaceutische kostengroep (FKG), in het risicovereveningssysteem in aanmerking komen voor een *donut hole*. Zie Van Kleef e.a. (2009).

### **Inkomensafhankelijk eigen risico**

Alle beschreven systemen hebben het nadeel dat geen onderscheid wordt gemaakt naar het inkomen van verzekerden, terwijl mensen met een laag inkomen wel beduidend meer baat hebben bij verzekering. Voor hen is het belangrijker dan voor anderen dat de onzekerheid wordt bestreden en dat de toegang tot de zorg niet te sterk wordt belemmerd. Dit pleit ervoor om, welk systeem men ook kiest, de mensen met een laag inkomen daarbij te ontzien. Kiest men bijvoorbeeld voor een eigen risico aan de voet, dan kan men de hoogte van het maximum van het eigen risico inkomensafhankelijk maken, hoger voor mensen met een hoog inkomen, lager voor mensen met een laag inkomen. Dit is heel concreet ook een van de voornemens van het kabinet Rutte II.

Vanuit verzekeringsoogpunt ligt een lager niveau van eigen betalingen voor lage inkomens ook voor de hand, omdat lage inkomens sterker reageren op financiële prikkels. Het resulterende remgeldeffect kan dan nagenoeg gelijk zijn aan dat voor hoge inkomens. Uitvoeringstechnisch is het geen eenvoudig systeem, onder andere omdat private verzekeraars de inkomens van hun verzekerden niet mogen opvragen.

### **Zorgsparen in de curatieve zorg?**

Een van de belemmeringen om eigen bijdragen te verhogen is dat mensen bij ziekte acuut in financiële problemen kunnen komen. Zorgsparen kan helpen om de kosten beter over het leven te spreiden. Door –verplicht– een financiële buffer op te bouwen, zijn mensen beter in staat schokken in ziektekosten op te vangen. Hogere eigen risico's in combinatie met zorgsparen zou een efficiënt gebruik van de zorg kunnen bevorderen.

Er zijn vele vormen van zorgsparen denkbaar. Een variant is verplicht individueel zorgsparen, waarbij iedere verzekerde jaarlijks geld in een spaarpot doneert. Het bedrag in de spaarpot is gemaximeerd. Wanneer er geld moet worden uitgeven aan zorg, wordt de spaarpot aangesproken. In de daaropvolgende jaren wordt de spaarpot weer aangevuld. Op deze manier worden de gevolgen van een hoog eigen risico verzacht; de kosten worden in feite gespreid over de levensloop. Verplicht zorgsparen voorkomt op deze manier dat mensen bij ziekte plotseling in financiële problemen komen door bijvoorbeeld hoge ziekenhuiskosten. Het vooruitzicht dat aan het eind van de spaarperiode het bedrag dat dan nog in de spaarpot zit, wordt uitgekeerd, is een prikkel voor de verzekerde om terughoudend te zijn met het consumeren van zorg.

Volgens de WHO (2002) is er weinig evidentie dat zorgsparen bijdraagt aan het beperken van de zorgkosten. Een van de problemen is dat er van het spaarpotje ook een omgekeerde prikkel kan uitgaan. Zolang er geld in de spaarpot zit, kan de consument dat geld niet besteden aan andere consumptiegoederen, wel aan zorg. Er is dus meer geld beschikbaar voor de zorg, waardoor het moreel gevaar toe kan nemen in plaats van afnemen. De prikkel werkt bovendien alleen goed, als mensen ver in de toekomst kijken, dus in economische termen niet al te bijziend zijn, en niet te pessimistische verwachtingen hebben over hun toekomstige zorggebruik. Voorts legt het een uniforme spaarplicht op aan alle mensen; er is geen ruimte voor eigen voorkeuren en eigen verantwoordelijkheid. Dat maakt het een tamelijk ongericht instrument. Of een dergelijk systeem van zorgsparen in de curatieve zorg

succesvol is, hangt van veel factoren af. Daarbij luistert de vormgeving zeer nauw: 'the devil is in the detail'.

## 9.6 Toekomst voor de curatieve zorg

Over 30 jaar verdient de gemiddelde burger in Nederland naar verwachting 60% meer dan nu. Dat stelt ons in staat ook meer uit te geven aan curatieve zorg. Maar het is heel goed denkbaar dat de medische technologie zich aanmerkelijk sneller ontwikkelt, sneller dan de groei van de inkomens. In dat geval zal het aandeel van de uitgaven aan curatieve zorg in het nationaal inkomen verder stijgen. Dat plaatst ons in toenemende mate voor lastige afwegingen. De baten van nieuwe behandelingen en technologieën moeten steeds bewuster tegen de kosten worden afgewogen. Het tegengaan van ondoelmatig gebruik van de zorg en van verspilling wordt extra belangrijk. Een afwegingskader voor de afbakening van het collectief verzekerde pakket dat expliciet oog heeft voor maatschappelijk baten en kosten, is onontbeerlijk. Eigen betalingen kunnen eveneens een rol spelen om overmatig gebruik van de zorg af te remmen.

De toekomstige consument is goed opgeleid en beschikt over steeds meer informatie over zijn gezondheid, over de medische mogelijkheden en over de kwaliteit van de verschillende aanbieders. Deze consument stelt hoge eisen aan de zorg en aan de afstemming op de eigen voorkeuren. Naarmate meer financiële verantwoordelijkheid voor de zorgkosten bij de consument wordt gelegd, zal ook meer inspraak worden verlangd in de aard en kwaliteit van de verleende zorg. Dat kan samengaan met een toenemende differentiatie in de zorg, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van een uitgebreider systeem met aanvullende verzekeringen naast het basispakket.

De economische theorie leert ons dat een ongereguleerde verzekeringsmarkt niet erg goed werkt. Door averechtse selectie van de kant van de verzekerden kunnen goede risico's met lege handen blijven staan, door antiselectie van de kant van de verzekeraars kunnen slechte risico's onverzekerd blijven. Als aanvullende verzekeringen een belangrijker rol moeten gaan spelen, is enige mate van regulering van aanvullende zorgverzekeringen op zijn plaats.

Verzekeraars krijgen de beschikking over steeds betere datasystemen en kwaliteitsmetingen. Dat stelt hen in staat beter te sturen op kwaliteit en kosten van de zorg. Ook kunnen zij de informatie gebruiken voor sturing van de vraag. Bijvoorbeeld door een gedifferentieerd systeem van eigen betalingen (*value-based* eigen betalingen) kunnen zij consumenten stimuleren behandelingen te kiezen die de beste kosten-batenverhouding opleveren. Via kortingen op de eigen betalingen kan preventie worden beloond en kunnen verzekeraars consumenten beter sturen naar doelmatig werkende aanbieders.

Hoe de toekomst voor de curatieve zorg eruit ziet, is niet eenduidig te beantwoorden. Veel hangt af van het tempo waarin we meer inzicht krijgen in de kwaliteit in de zorg, hoe de medische technologie voortschrijdt en hoe de zorguitgaven zich ontwikkelen. Minstens even belangrijk is de maatschappelijke ontwikkeling, die bepalend is voor de fundamentele keuzes

rond solidariteit en eigen verantwoordelijkheid in de curatieve zorg. In het slothoofdstuk zullen de keuzes aan de hand van vier mogelijke toekomstbeelden worden uitgewerkt.

## Literatuur

Brouwer, W. en J. van Exel, 2012, Een gepaste waarde van gezondheid, *ESB Dossier: Gepaste Zorg*, vol. 97, nr. 4644S, pag. 50-57.

Brouwer, W. en F. Rutten, 2012, Op naar een effectieve afbakening van het basispakket: kansen en uitdagingen, in: Schut en Varkevisser (eds), *Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde*, pag. 67-88.

Busse, R. M. Blümel, S. Stock, 2011, The German Health Care System, 2011, in: *International Profiles of Health Care Systems*.

CVZ, 2009, Pakketbeheer in de praktijk 2, Diemen, College voor Zorgverzekeringen.

IBO, 2007, Gezond gedrag bevordert, Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2006-2007, nr. 1.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven, 2012, Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering, *ESB Dossier: Gepaste Zorg*, vol. 97, nr. 4644S, pag. 24-30.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2009, Shifted deductibles for high risks: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles, *Journal of Health Economics*, vol. 28, nr. 1, pag. 198-209.

Newhouse, 1993, Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Pomp, M.J., W.B.F. Brouwer en F.F.H. Rutten, 2007, QALY-tijd. Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen, CPB Document 152, Den Haag.

RVZ, 2006, Zinnige en duurzame zorg, Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Stolk, E.A., G. van Donselaar, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach, 2004, Reconciliation of economic concerns and health policy: illustration of an equity adjustment procedure using proportional shortfall, *PharmacoEconomics* vol. 22, nr. 17, pag. 1097-1107.

Ven, W.P.M.M van de, en F.T. Schut, 2010, Is de Zorgverzekeringswet een succes? *TPEdigitaal*, vol. 4, nr. 1, pag. 1-24.

Vliet, R.C. J.A. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 4, nr. 4, pag. 81-94.

Wennberg, J.E., 2010. *Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care*, New York: Oxford University Press.

WHO, 2002, Medical Savings Accounts, Lessons learned from limited international experience, Discussion Paper 3, World Health Organization.

# 10 Ouderenzorg

Paul Besseling en Casper van Ewijk

Ouderenzorg vraágt om verzekering. Op de vrije markt komen de verzekeringen moeizaam tot stand, overheidsregelingen hebben daarom grote waarde. Daarbij kan men kiezen tussen een brede collectieve verzekering of meer semi-collectieve, dan wel individuele oplossingen. Naast maatschappelijke opvattingen over solidariteit en gelijkheid spelen ook verzekeringstechnische aspecten een belangrijke rol.



## 10.1 Iedereen heeft er mee te maken

We hebben er allemaal mee te maken. Als kind gingen we op bezoek bij grootouders in een verzorgingshuis. Nu we ouder zijn, worden onze ouders geleidelijk aan hulpbehoevend. En er komt een tijd dat we zelf verzorgd moeten worden. We kunnen nog zo verstandig hebben geleefd, maar als we niet vroegtijdig aan een acute aandoening overlijden, zullen onze lichamelijke en verstandelijke vermogens langzaam maar zeker minder worden. Ergens tussen onze 60ste en 70ste levensjaar neemt ons vermogen om geld te verdienen zo sterk af dat we maar beter kunnen stoppen met werken. Nog weer tien of twintig jaar later raken we ook het vermogen kwijt om voor ons zelf te zorgen. Het schoonhouden van het huis wordt moeilijker, later ook het koken, wassen en eten. Uiteindelijk kunnen we niet meer helder denken en samenhangende zinnen uitspreken. We zijn dan geheel hulpafhankelijk. Hoe organiseren we individueel en als samenleving de ouderenzorg?

In Nederland hebben we een traditie van zorg 'in natura' waarin de ouderenzorg in hoge mate is geïnstitutionaliseerd. Opvallend daarbij is het grote aandeel van intramurale zorg in verzorgingshuizen en verpleeghuizen, namelijk driekwart van de totale kosten. De totale kosten voor intramurale zorg over de hele levensloop bedragen gemiddeld 31.300 euro voor mannen en 79.800 euro voor vrouwen, dat is gemiddeld 380, respectievelijk 900 euro per jaar (zie tabel 10.1). Voor extramurale zorg komen de kosten uit op 12.800 euro voor mannen en 32.600 euro voor vrouwen, dus omgerekend 150 en 370 euro per jaar. Net als in de curatieve zorg zijn de kosten van de langdurige zorg in het afgelopen decennium snel opgelopen. Dit hangt samen met de beleidsomslag rond het jaar 2000 toen de nadruk werd gelegd op het wegwerken van wachtlijsten. Ook de invoering van pgb's en verruiming van de indicatiecriteria hebben aan de extra groei bijgedragen. Daarnaast verbetert de kwaliteit. Mirjam de Klerk (2011) van het SCP laat zien dat in 2000 nog 79% van de bewoners van verpleeghuizen in meerpersoonskamers sliepen, in 2008 was dat teruggebracht tot 45%.

**Tabel 10.1 Gemiddelde uitgaven aan langdurige AWBZ-zorg over de levensloop**

	Extramuraal	Intramuraal	Totaal
	euro		
<b>Mannen (levensverwachting 78,0 jaar)</b>			
Kosten over levensloop	12.800	31.300	44.100
Gemiddelde kosten per jaar	150	380	530
<b>Vrouwen (levensverwachting 82,8 jaar)</b>			
Kosten over levensloop	32.600	79.800	112.400
Gemiddelde kosten per jaar	370	900	1260

Bron: Eigen berekeningen op basis van Wong (2012), geschaald naar uitgavenniveau 2012.

In dit hoofdstuk richten we ons op de ouderenzorg, en dan met name op de functies verzorging en verpleging, begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke verzorging. Het grootste deel van de collectief geregelde ouderenzorg wordt (nog) gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een klein deel uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In 2011 was er naar schatting 16 mld euro mee gemoeid. De gehandicaptenzorg ten bedrage van 7 mld euro heeft veel gemeen met de ouderenzorg, maar

het grote verschil is dat de handicap al bij de geboorte aanwezig is of op jonge leeftijd ontstaat. In dit hoofdstuk richten we ons op de zorg waar ieder zich in beginsel op kan voorbereiden. Maar is 'ieder voor zich' wel handig?

In Nederland doen de collectieve regelingen voor de ouderenzorg naar internationale maatstaven een uitzonderlijk groot beroep op de solidariteit. En de komende decennia zal het beroep op de solidariteit alleen maar toenemen. Door de vergrijzing neemt het aantal mensen dat verzorging nodig heeft, sterk toe. De loonkosten per uur verzorging zullen ook blijven stijgen, want verzorging is een arbeidsintensieve bezigheid met geringe mogelijkheden om door technologische vernieuwingen arbeidskosten te besparen. En we stellen steeds hogere eisen aan de kwaliteit van verzorging. Vooral de roep om meer eigen regie in de ouderenzorg wordt steeds luider. Dit roept de vraag op of het huidige stelsel van ouderenzorg ook in de toekomst voor alle bevolkingsgroepen optimaal is.

Voor een goed begrip kijken we eerst naar wat ouderenzorg kenmerkt. Dat doen we door ouderenzorg te vergelijken met de curatieve zorg. Vervolgens kijken we naar drie verschillende kanten van de solidariteit bij de ouderenzorg en wat dat betekent voor de inrichting van het stelsel. In paragraaf 10.3 staan we stil bij de solidariteit van jong met oud, in de daarop volgende paragrafen gaan we in op de toegang tot de zorg en het belang van verzekering. In paragraaf 10.6 staan we stil bij aspecten van vermogenstoetsen en bijdragen van kinderen. We sluiten af met een korte schets van keuzes voor de toekomst.

## 10.2 De typische kenmerken van ouderenzorg

In het vorige hoofdstuk gingen we in op de vraag hoe een land de collectieve regeling voor curatieve zorg het best kan inrichten. Daarbij pasten we algemeen economische beginselen over investeren in gezondheid, solidariteit en verzekeren toe. In dit hoofdstuk doen we hetzelfde voor de ouderenzorg. De uitkomst is anders, omdat verzorgen in diverse opzichten verschilt van curatieve zorg

In de curatieve zorg draait het meestal om een ingreep die tot doel heeft om de lichaamsfuncties te herstellen. Na een korte periode heeft de patiënt weer zijn oude (verdien)capaciteit terug en pakt hij de draad weer op. In de langdurige zorg gaat het erom de kwaliteit van leven zo goed mogelijk in stand te houden, terwijl de wereld om de cliënt heen steeds kleiner wordt. Het uitgavenpatroon beperkt zich meer en meer tot de elementaire levensbehoeften van voedsel, huisvesting en kleding.

Bij genezing wordt de zorg geleverd door hoogopgeleide professionals die over een grote hoeveelheid specifieke kennis beschikken en daardoor de patiënt kunnen vertellen welke behandeling de voorkeur verdient. Er is sprake van asymmetrische informatie tussen arts en patiënt. Er komt ook hoogtechnologische apparatuur aan te pas. Bij verzorging is voor sommige taken een gespecialiseerde vooropleiding nodig, vooral bij verpleegfuncties, maar voor de meeste taken is dat niet vereist. Het betekent ook dat de cliënt zelf de kwaliteit van de geleverde zorg goed kan beoordelen. Daar staat tegenover dat bij dementie de cliënt

langzaam maar zeker de regie over zijn eigen leven verliest en dus ook de regie over de verzorging. Op een gegeven moment zal de voogd de regie moeten overnemen.

Verwanten en bekenden kunnen ook een bijdrage leveren aan de verzorging, iets wat in de curatieve zorg niet aan de orde is. Mantelzorg heeft vaak zelfs meerwaarde, al was het maar omdat de verzorging zich bij voorkeur afspeelt in de persoonlijke levenssfeer.

De behoefte aan verzorging ontstaat doorgaans helemaal aan het eind van het leven, lang niet iedereen wordt zo oud. Praktisch alle kosten voor ouderenzorg - namelijk 97% - wordt gemaakt na het 70ste levensjaar, en 80% in de laatste 5 jaar, zie tabel 10.2. De behoefte aan curatieve zorg is meer gespreid over het leven. Een ander verschil is dat de ouderenzorg een meerjarig risico is. Als iemand eenmaal hulpbehoevend is, dan neemt de behoefte aan zorg alleen maar toe. Bij de curatieve zorg gaat het vaker, niet altijd, om eenmalige kosten.

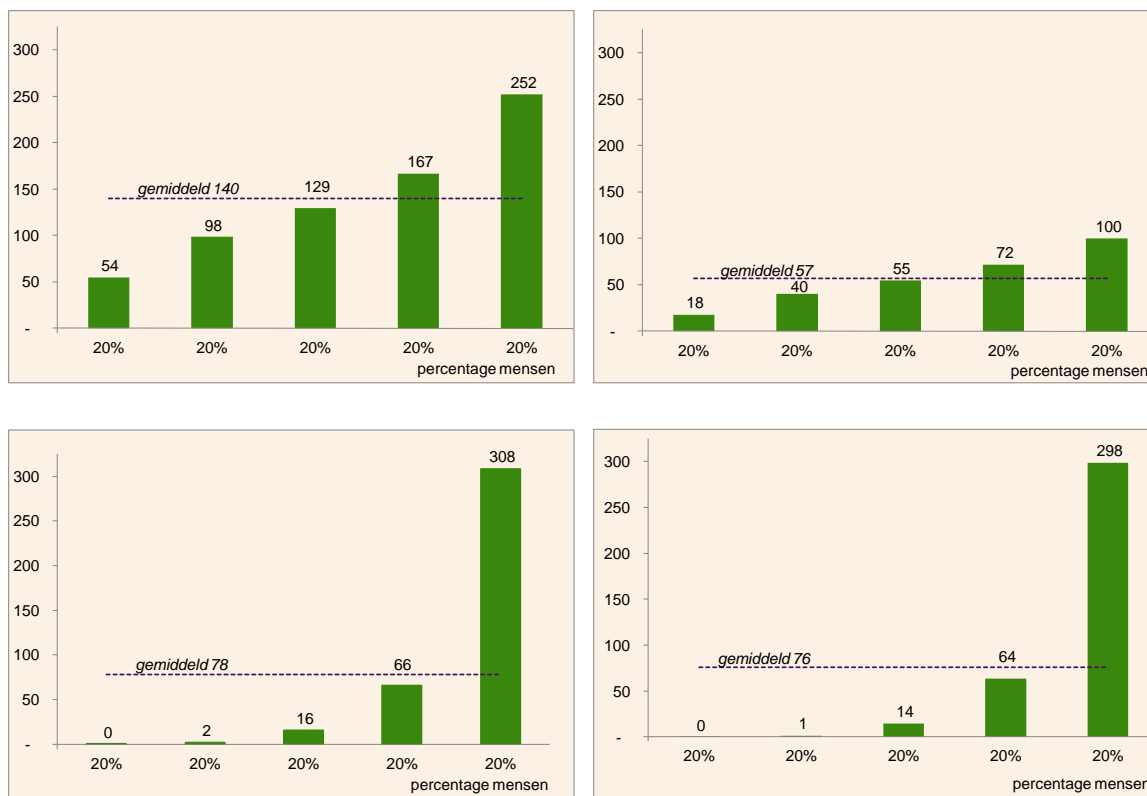
**Tabel 10.2 Gemiddelde kosten van zorg over de levensloop voor ouderenzorg en curatieve zorg<sup>a</sup>**

	Ouderenzorg	Curatieve zorg	Totaal
	dzt euro		
	78	140	218
Kosten over levensloop	%		
Vanaf 70 jaar	97	41	61
In laatste 5 jaar	80	28	47
In laatste 2 jaar	54	20	32

<sup>a</sup> Bron: Eigen berekeningen op basis van data van Wong (2012), gebaseerd op steekproef uit de ziekenfondspopulatie (inkomen lager dan circa 30.000 euro) voor ziektekosten en steekproef hele bevolking voor ouderenzorg, basisjaar 2005 geschaald naar uitgavenniveau 2012.

Niet alleen de verdeling over het leven is anders bij ouderenzorg, ook de verdeling over personen. Maar de kansverdeling verschilt. Bij de langdurige ouderenzorg maakt 20% van de mensen 80% van de kosten, bij de curatieve zorg 35% van de kosten. Zie de linkerhelften in figuur 10.1. De kans dat mensen te maken krijgen met hoge kosten voor ouderenzorg, is zeer scheef verdeeld. Veel schever dan bij de curatieve zorg. De helft van de bevolking maakt minder dan 180 euro per jaar (15.000 euro over de levensloop) aan kosten voor ouderenzorg. Daarentegen krijgt een op de vijf (20%) te maken met zeer hoge kosten, meer dan 300.000. Ter indicatie, opname in een verpleegtehuis kost gemiddeld 60.000 euro per jaar; een bedrag van 300.000 euro komt dus overeen met bijna vijf jaar opname in een verpleeginstelling. Dit is een bedrag dat ook voor hogere inkomens waard is om te verzekeren, zeker wanneer men al ouder is en de kosten nog maar over een beperkte tijdshorizon kan uitsmeren.

**Figuur 10.1** Uitgaven aan collectief gefinancierde curatieve zorg (boven) en langdurige zorg (onder), over de hele levensloop (links) en vanaf 70 jaar (rechts), x1000 euro, niveaus 2012)



Bron: Eigen berekeningen op basis van de data van Wong (2011).

Deze cijfers over de kansverdeling laten zien dat de kosten van langdurige zorg sterk verschillen per individu. Het is niet zo dat iedereen op zijn of haar oude dag kan rekenen op vergelijkbare kosten voor verzorging en verpleging. Dus hoewel wij ruim de tijd hebben om ons voor te bereiden op de oude dag, is de onzekerheid over de kosten zeer groot. Dit maakt het ondoenlijk om te sparen voor de oude dag; het is weinig efficiënt als iedereen een spaarpotje aanlegt van 300.000 euro voor het geval langdurige zorg nodig is. Het is beter om deze hoge kosten te verzekeren.

### 10.3 De ouderenzorg vraagt solidariteit van jong met oud

De solidariteit van jong met oud spruit voort uit de omslagfinanciering waartoe in 1968 voor de nieuwe AWBZ werd gekozen. Alle ouderen die in 1968 hulpbehoevend waren, konden vanaf 1 januari 1968 een beroep doen op de regeling. De jongeren van destijds betaalden ervoor via een speciaal tarief in de inkomstenbelasting. Het voordeel van omslagfinanciering was dat de ouderen meteen konden profiteren, zij hadden een forse meevaller. Men hoefde niet eerst jarenlang door premiebetaling recht op zorg op te bouwen om er gebruik van te kunnen maken. En het leek goedkoop: er waren in 1968 nog heel weinig ouderen, dus het AWBZ-tarief was laag. Misschien is daarom wat al te snel gekozen voor een naar internationale maatstaven uitermate ruimhartige voorziening. Het Duitse equivalent, de *Pflegeversicherung*, kwam pas dertig jaar later tot stand toen het aantal ouderen al fors was toegenomen en is misschien daarom ook wel aanmerkelijk soberder.

## Langdurige zorg in het regeerakkoord van Rutte II

De AWBZ wordt omgevormd tot een voorziening voor ouderen en gehandicapten met ernstige beperkingen, concreet alleen voor intramurale zorgzwaartepakketten 5-10. Met die zorg is ongeveer 12 mld euro gemoeid. De eigen bijdragen gaan licht omhoog door verhoging van de vermogensinkomens-bijstelling van 4% naar 12%.

De intramurale GGZ en de extramurale verpleging van samen krap 2 mld euro worden overgeheveld naar de Zvw.

Alle overige extramurale AWBZ-zorg ten bedrage van ongeveer 10 mld euro wordt overgeheveld naar de gemeentelijke Wmo. Het verandert daardoor van een verzekerd recht in een voorziening. De functie dagbesteding wordt als zodanig geschrapt. Aanspraak op persoonlijke verzorging is er alleen nog bij een indicatie langer dan 6 maanden, onder verdiscontering van een norm voor gebruikelijke zorg van 30 minuten per week. Het gaat gepaard met een taakstellende besparing van 1,6 mld euro.

In de Wmo wordt de bestaande aanspraak op huishoudelijke verzorging beperkt tot mensen met een laag inkomen, een besparing van 1,1 mld euro.

Alles duidt erop dat de vergrijzing nog wel een tijdje zal voortschrijden. Volgens het merendeel van de langetermijnscenario's zal het aantal ouderen tussen nu en 2040 ruwweg verdubbelen, terwijl het aantal premiebetalers grofweg gelijk blijft. Dan staan tegenover elke 75-plusser vier 15-64-jarigen. In 2010 was die verhouding nog een op acht. Vooral door de demografische ontwikkeling gaan de kosten voor langdurige zorg als percentage van het bbp de komende decennia ruim verdubbelen, van 4,1% van het bbp in 2010 naar 9% in 2040 (zie tabel 2.4). Naast bezuinigen op langdurige zorg zijn er drie manieren om deze stijging van de zorguitgaven te financieren.

Men kan de staatsschuld versneld aflossen door bijvoorbeeld nu hogere belastingen te heffen, of door te bezuinigen op de uitgaven voor sociale zekerheid of openbaar bestuur. De jongeren krijgen weliswaar te maken met een stijgende AWBZ-premie, maar daar staan wel dalende rentebetalingen op de staatsschuld en dus dalende belastingtarieven tegenover. De totale lastendruk voor jongeren kan zo gelijk blijven. De afgelopen kabinetten hebben deze route ingezet van versnelde aflossing van de staatsschuld door bezuinigingen over de hele breedte van de overheidsuitgaven, exclusief zorg. De CPB-analyse van de houdbaarheid van de overheidsfinanciën laat zien dat het houdbaarheidstekort door het (voorgenomen) beleid van de kabinetten Rutte I en II omslaat in een overschot. Die berekening gaat er overigens wel van uit dat het niveau van de zorg per persoon gelijk blijft. Voor een eventuele extra groei door kwaliteitsverhoging bestaat nog geen financiële 'dekking'.

Een in hoofdstuk 2 besproken alternatief voor aflossen van de staatsschuld is het invoeren van een naar leeftijd gedifferentieerde premie. Op die manier kunnen de lasten meer in lijn worden gebracht met het profijt per cohort en wordt geen –extra– beroep gedaan op de solidariteit van de jongere generaties. De kosten van hogere kwaliteit van de ouderenzorg worden dan ook via een hogere premie opgebracht door het cohort dat ook van deze kwaliteitsstijging profiteert. Dit heeft ook als voordeel dat discussie over de kwaliteit van de ouderen losgekoppeld wordt van discussie over de verdeling over generaties. In hoofdstuk 2 is becijferd dat ongewenste overdrachten tussen generaties voorkomen kunnen worden

door de premies voor ouderen in de toekomst meer te laten stijgen dan voor jongeren; voor een 80-jarige met 5 tot 9%-punt meer dan voor een 40-jarige.

Een geheel andere route is om mensen zichzelf te laten verzekeren voor zorgkosten op hun oude dag. Dat kan via private regelingen, maar ook via collectieve regelingen of door de overheid gestimuleerde regelingen. De verzekering en dus de premiebetaling zouden kunnen aanvangen op bijvoorbeeld 50-jarige leeftijd. Jongeren zijn vaak nog niet zo bezig met hun oude dag en zeker niet met de hulpbehoevendheid op zeer hoge leeftijd (zie hoofdstuk 6). Dat is ook de ervaring in de Verenigde Staten. Als men al een private ouderenzorg-verzekering sluit, dan is dat doorgaans pas op 60-jarige leeftijd.<sup>131</sup> Een voordeel van een individueel verzekeringssysteem is dat ieder zelf een ambitieniveau voor de regeling kan kiezen. De een zal kiezen voor een ruime en dure regeling, de ander voor een soberder en goedkopere regeling. Deze verzekeringsvariant heeft wel weer het nadeel dat het verzekerde bedrag uiteindelijk te laag of te hoog kan blijken te zijn, bijvoorbeeld omdat ziektebeelden veranderen of de maatschappelijke normen over zorg verschuiven. Want het is een bijkomend voordeel van omslagfinanciering, dat de hoogte van de bijdragen van de jongeren elk jaar opnieuw kan worden aangepast, zodat ze precies aansluiten bij het niveau van de uitgaven voor de ouderen. Dat is de waarde van de intergenerationele verzekering.<sup>132</sup>

## 10.4 Toegang tot de zorg

Alle stelsels van ouderenzorg kennen ook een element van solidariteit met de zwakkeren. In landen waar de ouderenzorg beperkt is tot een vangnetvoorziening voor de armsten, zoals in de VS en het Verenigd Koninkrijk, is dit zelfs de hoofdmoot: binnen elke leeftijdsgroep zijn het de rijken die betalen voor de verzorging van de armen. In het huidige Nederlandse stelsel ligt het een stuk genuanceerder. In beginsel heeft iedereen toegang tot dezelfde voorzieningen, arm én rijk. De AWBZ is een volksverzekering. Maar in de praktijk zien we dat de rijken minder vaak gebruik maken van de collectieve voorziening (zie figuur 10.2).<sup>133</sup> Veel gegevens zijn hiervoor niet beschikbaar, alleen de uitkomsten op basis van een klein aantal waarnemingen uit enquêtes van het Sociaal en Cultureel Planbureau.<sup>134</sup> Daaruit blijkt inderdaad dat van de gebruikers van ouderenzorg met een middelbare of hogere opleiding een op de drie de zorg helemaal privé betaalt, bij de lager opgeleiden gaat het om een op de acht van de zorggebruikers. Voor zover bekend gaat het dan wel om lichtere vorm van zorg in de vroegere fases van hulpbehoevendheid. De lager opgeleiden gebruiken overigens vaker informele zorg.

---

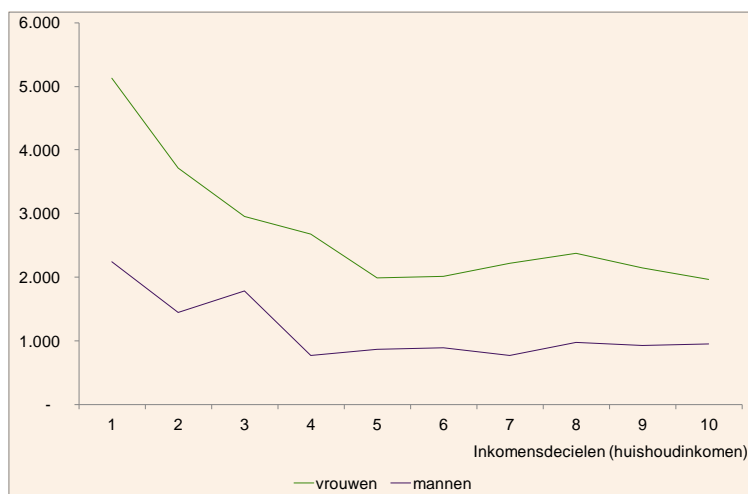
<sup>131</sup> Brown en Finkelstein (2007).

<sup>132</sup> Bovenberg en Van Ewijk (2011).

<sup>133</sup> In dit hoofdstuk beperken we ons tot de solidariteit aan de uitgavenkant, de zorgsolidariteit. Aan de inkomstenkant is ook sprake van solidariteit van rijk met arm, de premiesolidariteit, omdat de AWBZ-premie afhankelijk is van de hoogte van het inkomen. Dat solidariteitsaspect wordt besproken in hoofdstuk 3.

<sup>134</sup> Een combinatie van gegevens uit het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 2007 en uit Ouderen in Instellingen 2008.

**Figuur 10.2** Verschillen in gebruik van ouderenzorg



Bron: Eigen berekeningen op basis van data van Wong (2011).

Het verschil in gebruik tussen hogere en lagere inkomens heeft deels te maken met de manier waarop de zorg wordt aangeboden. Gelijkheid staat daarbij voorop. De zorg is voor iedereen toegankelijk en met in beginsel dezelfde kwaliteit. Kenmerkend is ook dat de zorg overwegend 'in natura' wordt aangeboden. Wanneer wij zorg nodig hebben, krijgen we geen geld om het zelf te regelen, maar we krijgen zorg geleverd. En wel in een bepaalde, uniforme kwaliteit. Dat geldt voor de verzorging thuis die door de Wmo wordt geregeld, maar ook voor de extramurale en intramurale ouderenzorg die via de AWBZ lopen.

Waarom kiest men in de langdurige zorg vaak voor een uitkering in natura en minder vaak voor een uitkering in geld? Wellicht omdat het exploiteren van een publiek gefinancierd tehuis waarin de zorg voor iedereen gelijk is, goedkoper is. Wellicht ook omdat het aanbod van een uniforme bescheiden kwaliteit van verzorging mensen buiten de deur houdt die het niet echt nodig hebben (*self-targetting*). En ten slotte ook vanwege het bijzondere karakter van solidariteit in de zorg: Wij zijn bereid te betalen voor de zwakkeren op voorwaarde dat het geld nuttig besteed wordt, dus als overmatig gebruik (moreel gevaar) wordt voorkomen en als de zorg past bij specifieke solidariteit met de 'zwakkeren' zoals die maatschappelijk – en vooral door de hoge inkomens – wordt beleefd, ook wel *specific egalitarianism* genoemd. Hier vloeit een zeker paternalisme uit voort; we zijn solidair met de zwakkeren, maar alleen als zij het geld ook werkelijk besteden aan zorg en niet aan andere zaken waar zij wellicht meer nut aan ontleen, zoals een vakantie of schenking aan de kinderen.

De reden dat we er hier zo uitgebreid op ingaan is dat de voorkeuren over gelijkheid in de zorg medebepalend zijn voor de inrichting van het stelsel van ouderenzorg. Dit kunnen we toelichten aan de hand van figuur 10.3.

**Figuur 10.3 Collectieve zorg variërend van niet restrictief (boven) tot zeer restrictief (onder).**



Het minst restrictief zijn stelsels waarbij mensen die verzorging nodig hebben, worden gecompenseerd door een uitkering in geld die ze geheel vrij kunnen besteden (figuur 10.3, boven). Zo'n uitkering is erg gevoelig voor moreel gevaar; geld is altijd voor iedereen aantrekkelijk. Zo'n verzekering is daarom alleen mogelijk als er een heldere, objectieve vorm van indicatie bestaat. Bij de collectieve ouderenzorg komt deze vorm weinig voor. Een uitzondering is de Nederlandse uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Meer gebruikelijk is een uitkering die besteed moet worden aan zorg, zoals het persoonsgebonden budget (pbg). Een verdere inperking is dat de uitkering alleen mag worden besteed aan gecertificeerde zorg. Zo'n constructie van uitkeringen in geld die alleen besteed mogen worden aan gecertificeerde zorg, worden ook wel persoonsvolgende budgetten (pnb's) genoemd. Dat geldt bijvoorbeeld voor de Duitse Pflegeversicherung.

Restrictiever zijn systemen waarbij de rekening van de zorgvoorzieningen wordt vergoed, een uitkering in natura dus. Soms mogen mensen zich dan wel onttrekken aan de collectieve voorziening door in plaats van de collectieve verzekering een private verzekering af te sluiten (*opting out*). Als men zich niet mag onttrekken aan de collectieve verzekering heeft de cliënt soms de vrijheid om extra kwaliteit van zorgdiensten, zoals een kamer alleen, bij te kopen (*topping up*). Soms biedt het collectieve stelsel helemaal geen enkele keuzevrijheid. Dan is men voor extra kwaliteit aangewezen op een volledig privaat gefinancierd tehuis, terwijl men premieplichtig blijft voor de collectieve verzekering. Dat is de meest restrictieve vorm van een collectieve zorgvoorziening (figuur 10.3, onder). De Nederlandse intramurale zorg valt in deze categorie.

Een belangrijke vraag is hoe de ouderenzorg zich in de toekomst zal ontwikkelen wanneer de kosten verder toenemen en de consument steeds hoger opgeleid is en kritischer wordt. Is dan nog steeds aan een stelsel met uniforme zorg vast te houden, of ontstaat er druk om de zorg af te stemmen op de uiteenlopende voorkeuren van mensen? Het idee van scheiding van wonen en zorg in de intramurale langdurige zorg zou een stap zijn in de richting van



differentiatie in zorg; mensen kunnen zelf beslissen over hun huisvesting, ook wanneer opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis nodig is. Een verdere ontwikkeling in de richting van persoonsvolgende betalingen zou meer eigen keuze en eigen regie mogelijk maken. Ook is het denkbaar dat verschillende collectieven gaan ontstaan waarbinnen de zorg naar eigen voorkeuren wordt ingericht. In het slothoofdstuk komen wij hier op terug wanneer wij vier scenario's uitwerken voor de toekomstige ontwikkeling van de ouderenzorg.

### Hoe werkt de uitkering in natura in de AWBZ?

Als moeilijk is vast te stellen wie echt zorg nodig heeft en hoeveel precies, neemt de waarde van verzekeren snel af (zie hoofdstuk 7). Hoe groter de kans op overmatig gebruik (moreel gevaar), hoe kostbaarder en inefficiënter de verzekering. Door strikte voorwaarden te verbinden aan de manier waarop de zorg wordt verleend, kan de kans op moreel gevaar worden ingeperkt en blijft de verzekering waardevol. De ervaring met de AWBZ illustreert dit.

Vooral bij de extramurale zorg is het moeilijk om vast te stellen wie die zorg echt nodig heeft en wie niet. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de objectieve indicaties afgegeven door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) vaak als bovengrens fungeren. De werkelijk verleende zorg in natura door de zorgaanbieders blijft daar met 50% van het maximum van de bandbreedte van de indicatie ver onder. Zou de uitkering in geld zijn verstrekt, dan had men een veel hoger bedrag moeten uitkeren, minimaal gelijk aan de onderkant van de bandbreedte van de indicatie.

Mannen gebruiken veel minder langdurige zorg dan vrouwen, onder andere omdat mannen als ze hulpbehoevend zijn, intensief en langdurig thuis worden verzorgd door hun (jongere) partners. Ook hiervoor geldt dat de feitelijke uitgaven aan zorg veel hoger zouden zijn geweest als de AWBZ geld uit zou keren in plaats van zorg in natura.

Het persoonsgebonden budget was uitdrukkelijk bedoeld om de zorgverlening minder restrictief te maken. De hoogte van de pgb-uitkeringen werd vastgesteld op 75% van de kosten van de zorg in natura. Desondanks leidde het tot een onverwacht snelle stijging van de uitgaven. Het SCP laat zien dat bijna de helft van de pgb-gebruikers geen zorg in natura zou hebben gebruikt als er geen pgb was geweest (Sadiraj e.a. 2011). Men spreekt hier van de vraagstimulerende werking van de pgb-regeling.

## 10.5 Ouderenzorg vraagt om verzekering

### Mantelzorg

Wie op oudere leeftijd zorg nodig heeft, kan in beginsel vijf bronnen aanboren (zie figuur 10.4). In eerste instantie doet men meestal een beroep op zijn omgeving. Eerst op de partner, vervolgens op de kinderen en kleinkinderen als deze in de buurt wonen, burens en vrienden. Sociale netwerken zijn belangrijk als we ouder worden, zeker wanneer we in de toekomst gemiddeld minder kinderen hebben en de individualisering voortschrijdt. Vereenzaming ligt op de loer en als we het niet meer aan kunnen doen we het liefst een beroep op bekenden. Hulp aan elkaar biedt meerwaarde en versterkt de sociale band. Tot aan een zekere grens voorkomt het ook dat wij een beroep moeten doen op formele zorg.

Als anderen bijspringen, is dat een vorm van verzekeren. Het voorkomt dat men zelf kosten moet maken voor hulp en verzorging, anderen dragen bij. Mantelzorg is een vorm van verzekeren van ouderenzorg die vooral goed kan werken in de vroege stadia van hulpbehoevendheid. Het is een vorm van solidariteit tussen de gezonde en zieke mensen, in economische termen: risicosolidariteit. Het nadeel van deze 'verzekering in familieverband' is dat de *pool* van mensen over wie het risico wordt gespreid, erg klein is. Als de ouders

hulpbehoevend worden is dat voor de kinderen ook meteen een enorme belasting, zeker nu het aantal kinderen per gezin zo klein is geworden. Voordeel van deze ‘verzekering’ in kleine kring is weer wel dat iedereen elkaar door en door kent. Er is geen informatieasymmetrie, geen of bijna geen probleem van moreel gevaar.

In de praktijk zien we dat veel Europese landen expliciet een beroep doen op de kinderen bij de verzorging van de ouders. Nederland is in dit opzicht samen met Zweden een buitenbeentje. Welke oplossing wordt gekozen, is sterk afhankelijk van de geschiedenis en cultuur van een land. De sterke nadruk op intramurale zorg in Nederland heeft wortels in de woningnood na de Tweede Wereldoorlog, toen ouderen werden gestimuleerd naar het verzorgingshuis te gaan om zo woningen vrij te maken voor jonge gezinnen. Familiebanden zijn ook in het ene land sterker dan in het andere en kunnen ook in de loop der jaren veranderen. Wanneer in de toekomst minder kinderen in de buurt van hun ouders wonen en de kinderen bovendien later met pensioen gaan, wordt mantelzorg door de kinderen moeilijker en duurder. In plaats daarvan kunnen nieuwe sociale netwerken ontstaan waarin ouderen meer voor elkaar zorgen. Voor intensieve zorg liggen meer geïnstitutionaliseerde oplossingen voor de hand; afhankelijk van de samenleving wordt het voorbij een zeker punt maatschappelijk efficiënter om de zorg door professionals aan te laten bieden dan een beroep te doen op mantelzorg. Dan bestaat nog wel de optie, en in veel landen wordt die optie ook gebruikt, om de kinderen financieel aansprakelijk te stellen voor de verzorging van hulpbehoevende ouders.

**Figuur 10.4 Vijf manieren om te voorzien in de behoefte aan ouderenzorg**



### **Individueel sparen**

Individueel sparen voor de hoge uitgaven aan eigen verzorging op latere leeftijd geeft iedereen in beginsel de mogelijkheid om de zorg later in te richten op de manier zoals hij dit wenst. Maar sparen voor een zo onzeker risico is niet erg doelmatig. Om voldoende geld te hebben voor de hoge uitgaven aan verzorging is een aanzienlijke spaarinspanning vereist. Het gaat om een bedrag in de orde van grootte van 300.000 euro. En zelfs als men dat bedrag bijeen heeft gespaard, is nog niet zeker dat het voldoende zal zijn. Voor het zover is kan het

rendement op het vermogen sterk zijn gedaald, zelfs negatief zijn, en kunnen de kosten van zorg boven verwachting zijn gestegen. Anderzijds is de kans dat iemand overlijdt zonder tegen het eind van het leven enige verzorging nodig te hebben, 40%. In dat geval is de hele inspanning nagenoeg voor niets geweest, althans minder waard, omdat het gespaarde bedrag meegaat in de erfenis.

#### **Verzekeren is efficiënt.....**

Verzekeren heeft grote waarde, zeker voor ouderenzorg. De kosten van verpleegzorg aan het einde van het leven kunnen tot enkele honderdduizenden euro's oplopen, maar de kans dat iemand er gebruik van moet maken is niet groot. Risico's van kleine kansen met grote gevolgen lenen zich bij uitstek voor verzekering. In hoofdstuk 7 is berekend dat het verzekeren van ouderenzorg een welvaartswinst oplevert die kan oplopen tot enkele tientallen procenten van het inkomen. Zolang iemand nog gezond is, betaalt hij graag premie, 'want het kan jezelf ook overkomen'. Een andere manier om er tegenaan te kijken is dat je je met de verzekering solidair toont met de mensen die niet meer zo gezond zijn. Daarnaast kan verzekeren ook noodzakelijk zijn om, als het nodig is, een beroep te kunnen doen op zorg (*access to care*).

#### **.....maar de optimale verzekering is minder dan 100%**

Niet alles hoeft verzekerd te worden. Allereerst zijn er lichtere vormen van verzorging die redelijk te voorzien zijn. Kleine kosten zijn gemakkelijker zelf op te vangen; verzekeren loont met name voor dure zorg. Het is tamelijk overbodig een verzekering af te sluiten voor zorg met lage kosten, de uitvoeringskosten zijn groter dan de baten. Temeer daar hulpbehoevenden gelijktijdig geld uitsparen op andere bestedingen; mensen gaan minder op stap, minder op vakantie en vaak gaan de fiets en de auto de deur uit. In hoofdstuk 7 hebben we gezien dat de gewenste verzekeringsgraad hierdoor aanzienlijk kan dalen. Dat geldt vooral voor de langdurige zorg; de consumptiepatronen veranderen meer bij langdurige hulpbehoevendheid dan bij ziekte.

Een andere reden om niet alles te verzekeren, of maar voor een deel te verzekeren, is de moeilijke objectiveerbaarheid van de noodzaak en van de hoogte van de kosten van zorg. De behoefte aan verzorging is minder eenduidig vast te stellen dan bijvoorbeeld de noodzaak van een chirurgische ingreep. Om vast te stellen of iemand hulp nodig heeft bij dagelijkse bezigheden, de *activities of daily living* (ADL), is wellicht nog redelijk goed te doen. Maar de vraag hoeveel hulp dan precies nodig is, is afhankelijk van zeer veel, ook subjectieve, factoren zoals de instelling van de patiënt en de beschikbaarheid van mantelzorg. Vooral bij de extramurale zorg blijkt het moeilijk om vast te stellen wie die zorg echt nodig heeft en wie niet (zie het tekstkader 'Hoe werkt de uitkering in natura in de AWBZ?'). Als moeilijk is vast te stellen wie recht heeft op zorg en hoeveel precies, neemt de waarde van verzekering snel af. Hoofdstuk 7 laat zien dat de optimale verzekeringsgraad zeer gevoelig is voor de elasticiteit die het ongewenste gedrag (moreel gevaar) weergeeft. Een stijging van deze elasticiteit van 0,2 naar bijvoorbeeld 0,4 leidt tot een daling van de optimale verzekeringsgraad met 10 tot 20%-punt. Dit geldt niet voor alle zorg. Zorg die samenhangt met een goed te indiceren ziekte, zoals de ziekte van Alzheimer, is wel te contracteren en leent zich beter voor verzekering.

### Private verzekeringsmarkt imperfect

Private verzekeringen voor het langdurige-zorg risico zijn slecht ontwikkeld. Ook in landen waar de ouderenzorg beperkt is tot een sociaal vangnet, spelen private verzekeringen voor langdurige zorg een ondergeschikte rol. In het OESO gebied is de VS koploper. Daar wordt 7% van de intramurale ouderenzorg gefinancierd uit private verzekeringen, gevolgd door Japan met 5% en Duitsland met 2%.

Er is een aantal redenen waarom de private verzekeringen moeilijk van de grond komen.<sup>135</sup> Ten eerste zijn veel mensen kortzichtig en schuiven het regelen van de oude dag voor zich uit. Ten tweede zijn de kosten die voor bepaalde zorg nodig zijn, moeilijk te voorspellen en hangen bovendien af van de maatschappelijk normen. Wel is het mogelijk om in plaats van de zorgkosten een bepaald vast bedrag per indicatie te verzekeren; in dat geval moet de consument zien of dat bedrag tegen de kosten opweegt of niet. Ten derde kan ook het probleem van averechtse selectie een rol spelen, vooral wanneer de verzekering op hogere leeftijd wordt afgesloten. Wanneer mensen zelf mogen kiezen of en wanneer zij zich verzekeren, zullen zij dat pas doen op het moment dat zij hoge kosten in de nabije toekomst verwachten. Om dat tegen te gaan kan men verzekeringen voor de lange duur afspreken, die bijvoorbeeld ingaan op vijftigjarige leeftijd, wanneer mensen nog geen zicht hebben op de kosten die ze werkelijk gaan maken.

Een vierde mogelijke reden is dat mensen erop speculeren dat zij in geval van nood de kosten op anderen kunnen afwentelen, bijvoorbeeld op de omgeving (mantelzorg) maar vooral ook op de overheid in geval van een sociaal vangnet. Om precies dezelfde reden kan het zijn dat mensen ook weinig zelf sparen voor de ouderenzorg. Waarom zou je jezelf privaat verzekeren of sparen voor ouderenzorg als je weet dat je later die zorg ook gratis kunt krijgen? In de verzekeringstheorie heet dit het ex-ante moreel gevaar.

### Een collectieve regeling

Een verplichte nationale verzekering, zoals in Nederland de AWBZ, is een effectieve manier om de eerste drie imperfecties op de private verzekeringsmarkt te bestrijden. Nicholas Barr (2010), de Engelse econoom die veel analyses van de welvaartsstaat op zijn naam heeft staan, noemde de langdurige zorg daarom *a suitable case for social insurance*. Bijziendheid en averechtse selectie krijgen door de verplichting geen schijn van kans. Door de collectieve voorziening op omslagbasis te financieren, is er elk jaar voldoende geld in kas, ook als de uitgaven onverwacht snel stijgen.

De collectieve regeling introduceert echter enkele nieuwe problemen, waarvan het ex-ante moreel gevaar het lastigste is. Welk systeem van collectieve ouderenzorg men ook bedenkt, altijd zal een inkomenstoets, al dan niet vergezeld van een vermogenstoets, er onderdeel van uitmaken. Want het stelsel zal hoe dan ook bescherming van een maatschappelijk acceptabel niveau moeten bieden voor mensen met een laag inkomen. Terwijl men mensen die over meer middelen hebben beschikt in het leven van de regeling uit zal willen sluiten. Als de regeling in de vorm gegoten wordt van een volksverzekering dan zal men van de hogere inkomens een bijdrage vragen. Voor hen is de optimale verzekering ook beduidend minder

---

<sup>135</sup> Cutler en Sheiner (1994) en Brown en Finkelstein (2007) bespreken de mogelijke redenen.

dan 100%, zo zagen we eerder. En die middelentoets (alleen op het inkomen of op het inkomen én het vermogen) zal altijd ontmoedigend werken. Het vooruitzicht dat vrijwillige besparingen voor een pensioen, vermogen of eigen huis, gaan wegvloeien aan eigen betalingen voor de collectieve regeling van ouderenzorg, zal velen weerhouden om zelf een voorziening te treffen. Hier is sprake van een duidelijk conflict tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid.

### **Differentiatie in verzekeringen?**

Er zijn vele tussenwegen mogelijk tussen een wereld zonder overheidsingrijpen en een wereld met een verplichte en uniforme landelijke verzekering voor ouderenzorg. Een tussenweg kunnen systemen zijn waarbij mensen automatisch, bijvoorbeeld op hun 50ste, worden verzekerd met de optie om deze verzekering zelf op te zeggen. Een dergelijke verzekering zou met het pensioen kunnen worden gecombineerd. Het kan de aanzet zijn voor een systeem dat bestaat uit drie lagen, enigszins gelijkend op het pensioenstelsel, met een landelijke basisvoorziening, semicollectieve regelingen op bedrijfs(tak)niveau en individuele voorzieningen.

Dat soort stelsels kunnen een oplossing bieden voor mensen die nu in een spagaat verkeren, ofwel gebruik maken van de AWBZ-voorzieningen, ofwel de zorg geheel zelf regelen. In de praktijk zien wij dat hogere inkomens zich maar beperkt verzekeren voor betere zorg dan collectief wordt aangeboden. Of dat komt door de slecht functionerende verzekeringsmarkt, of door mindere behoefte aan verzekeren is onbekend.

Differentiatie van verzekeringen is mogelijk door premie en uitkering te koppelen aan het inkomen; hogere inkomens betalen dan meer, maar krijgen er ook een ruimere verzekering voor terug. Dit kan in natura, maar het ligt meer voor de hand dat het stelsel zich beperkt tot uitkeringen in geld bij helder objectiveerbare ziekten en gebreken. Een dergelijk stelsel zou verbonden kunnen worden met het pensioenstelsel dat ook premie en uitkering verbindt aan het inkomen.

## **10.6 Inkomens- en vermogenstoets in de AWBZ**

### **Eigen betalingen als remgeld voor extramurale zorg**

Voor de moeilijker te indiceren extramurale zorg is een lagere verzekeringsgraad optimaal; dat gebeurt door eigen risico in te voeren of eigen betalingen. In dit geval als 'remgeld', nodig om het gebruik van de regeling af te remmen, het ex-post moreel gevaar. Maar mensen met een laag inkomen hebben onvoldoende middelen om bij te betalen aan de kosten van verzorging. Zij houden vaak alleen nog zakgeld over. Vanaf dat moment werkt het remgeld niet. Wil men moeilijk indiceerbare zorg uit sociaal oogpunt toch collectief aanbieden, ook aan mensen met een laag inkomen, dan moet dat noodgedwongen op een zeer restrictieve manier. Dat wil zeggen als zorg in natura, zonder keuzevrijheid, en met intensief toezicht op passend gebruik.

### Eigen betalingen voor de intensieve verpleegzorg

Bij de intensieve verpleegzorg speelt het ex-post moreel gevaar een minder grote rol, de indicatiestelling is minder omstreden. Toch zijn er voor de intramurale AWBZ-zorg ook eigen bijdrageregelingen, afhankelijk van inkomen en vermogen. Dit kan worden gemotiveerd vanuit de gedachte dat de optimale verzekeringsgraad voor hoge inkomens lager is dan voor lage inkomens (zie hoofdstuk 7). Daar werden twee argumenten voor genoemd. Omdat voor hoge inkomens de kosten van ouderenzorg lager zijn in verhouding tot het inkomen is de onzekerheid beter op te vangen.<sup>136</sup> Het tweede argument is dat bij hoge inkomens de normale consumptie bij ziekte meer terugvalt dan bij lage inkomens. Beide argumenten volgen vanuit het perspectief van een optimale verzekering.

Het is overigens de vraag of deze argumenten in de praktijk de doorslag geven. Of is dat het draagkrachtargument: sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen? Dat is strikt genomen geen goed argument. De eigen bijdrage wordt dan ingezet voor inkomenshervreiding en er is geen reden om juist het inkomen van de hulpbehoevenden onder de hoge inkomens te willen herverdelen. Hervreiding zou alle hoge inkomens moeten betreffen, zowel de gezonde als de ongezonde mensen. Hetzelfde geldt voor de eventuele afroeping van vermogens.

Bij de berekening van de eigen bijdrage wordt zowel gekeken naar het inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen en eigen woning (box 1), als naar het toegerekende (forfaitaire) inkomen uit vermogen (box 3). Het inkomen uit vermogen wordt dus op gelijke voet behandeld met het inkomen uit pensioenen en eigen woning. Wel is de vraag hoe hoog het toegerekende inkomen op vermogen moet zijn voor een neutrale behandeling van de verschillende inkomensbronnen. Eigenwoningbezit kent een laag toegerekend inkomen in de vorm van de huurwaarde en aan financieel vermogen wordt in box 3 een inkomen van 4% toegerekend. Deze situatie wordt schever met de maatregel van het kabinet Rutte II om het toegerekende inkomen van financieel vermogen voor de AWBZ en de Wmo met ingang van 2013 te verhogen van 4 naar 12%. De behandeling voor de eigen woning en pensioenen blijft ongewijzigd. Omdat het feitelijke rendement op vermogen dichterbij de buurt van de 4% zal liggen, betekent het concreet dat hulpbehoevende ouderen elk jaar ongeveer 8% van het vermogen moeten aanspreken om aan de betalingsverplichting te kunnen voldoen. Formeel is er geen vermogenstoets, maar de forfaitaire bijtelling van 12% gaat wel in die richting. Na een verblijf van enkele jaren in een verzorgingshuis of verpleegtehuis is het vermogen dat beschikbaar is voor een erfenis, aanzienlijk geslonken.<sup>137</sup>

### Vermogenstoetsen en ex-ante moreel gevaar

Vermogenstoetsen zijn altijd omstreden geweest, mede omdat ze het treffen van een vrijwillige voorziening ontmoedigen. Indertijd gold voor opname in een verzorgingshuis wel een vermogenstoets, inclusief het eigenwoningvermogen, voor opname in een verpleeghuis niet. Die discrepantie is in 1996 weggenomen door de vermogenstoets voor

---

<sup>136</sup> Dat geldt voor de huidige collectieve zorg; het is niet zeker dat dit overeenkomt met de gewenste zorg, zie de passage over differentiatie in verzekeringen in de voorgaande paragraaf.

<sup>137</sup> Het jaarlijkse pensioen is feitelijk een lijfrente die ontleend wordt aan het pensioenvermogen. Om de eigen woning en het financiële vermogen op gelijke voet te behandelen met pensioen zou men moeten berekenen welke lijfrente men met de eigen woning en het financiële vermogen zou kunnen kopen, en die lijfrente als inkomen aanmerken.

verzorgingshuizen te schrappen. Nu komt de vermogenstoets in afgezwakte vorm weer terug. Een vermogenstoets ontmoedigt sparen, want bij opname in een verzorgingshuis 'raak je het toch kwijt'. Indertijd was het gebruikelijk dat mensen in de jaren voor ze naar een verzorgingshuis gingen, het eigen huis aan de kinderen schonken. Daar staat tegenover dat een vermogenstoets voor de kinderen die een erfenis verwachten, een reden kunnen zijn om de verzorging van de ouders zelf ter hand te nemen.<sup>138</sup>

## 10.7 Keuzes voor de toekomst

We hebben allemaal in verschillende fasen van ons leven met ouderenzorg te maken. Als kind gaan we op bezoek bij hulpbehoevende grootouders. Later krijgen we te maken met de zorgvraag van onze ouders. Nog weer later hebben we zelf hulp nodig.

Anders dan bij de curatieve zorg hebben we bij de ouderenzorg ruim de tijd om ons erop voor te bereiden. We kunnen ervoor sparen of we kunnen de zorg verzekeren. De hoeveelheid zorg die we nodig kunnen hebben, is erg onzeker. De kans is groot dat we nauwelijks of geen beroep op betaalde zorg hoeven te doen, maar er is ook een kans dat we aangewezen raken op intensieve verzorging en hoge kosten moeten maken. Deze onzekerheid ten aanzien van hoge zorgkosten vraagt om verzekering. Sparen is niet efficiënt. Zeker niet voor de grote kosten, zoals meerjarige opname in een verpleeghuis. Sparen zou wel kunnen voor de alledaagse zorg, maar het is de vraag of dat nodig is. Wanneer we hulpbehoevend worden, vallen meestal andere bestedingen weg. Zorg komt in de plaats van de vakantie, de rollator komt in plaats van de fiets en de auto. Zorg kan bovendien worden opgevangen door de omgeving, de partner, kinderen, burens en vrienden.

Verzekeringen voor ouderenzorg komen op de vrije markt moeizaam tot stand. Als we deze verzekeringen toch willen, dan is overheidsingrijpen nodig. Dat kan via collectieve verzekeringen die voor iedereen toegang tot de zorg garanderen. Het kan ook via individuele of groepsgewijze verzekeringen, afgestemd op de verschillende voorkeuren van mensen. Dergelijke verzekeringen zouden, net als pensioen, door de overheid gestimuleerd kunnen worden of zelfs verplicht gesteld. Zo'n verzekering hoeft niet van jongs af te worden genomen; rond het vijftigste levensjaar –wanneer men uit de jonge kinderen is– kan een goed moment zijn om over de oude dag na te denken. Rond die leeftijd begint men zich vaak bewust te worden van de hulpbehoevendheid die in het verschiet ligt.

Of men kiest voor een collectieve verzekering met brede toegang tot de zorg, of meer individuele oplossingen met verzekeringen op maat, hangt af van de maatschappelijke voorkeuren. Welke oplossing voor de toekomst voor de hand ligt, is niet te voorspellen; dat hangt van veel maatschappelijke en economische factoren af. Internationaal zien we veel verschillende oplossingen voor de ouderenzorg, variërend van sterke collectieve stelsels, zoals in Nederland, tot volledig individuele stelsels waarin de ouderenzorg de verantwoordelijkheid is van de mensen zelf en van hun kinderen. Ook zien wij verschillen in de ruimte die aan de patiënt wordt gelaten voor het invullen van de zorg. Vaak wordt de zorg

---

<sup>138</sup> Bernheim e.a. (1985).

'in natura' aangeboden als een basisvoorziening die voor ieder gelijk is. Maar soms wordt ook meer ruimte gegeven aan eigen invulling, bijvoorbeeld door verzekering uit te laten keren in geldbedragen of persoonsgebonden budgetten.

De verhouding tussen collectieve regelingen en individuele verzekeringen, tussen voorzieningen in natura of ruimte voor eigen keuze, en tussen stelsels met grote of kleine eigen risico's, is uiteindelijk een politieke keuze; dit hangt niet alleen af van verzekeringstechnische overwegingen, maar ook van de maatschappelijke opvattingen over solidariteit en gelijkheid. Het volgende hoofdstuk schetst enkele plausibele en consistente keuzes.

## Literatuur

ActiZ, 2012, Werk aan de winkel; Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2012, Utrecht.

Barr, N., 2010, Long-term care: a suitable case for social insurance, *Social policy & administration*, vol. 44, nr. 40, pag. 359-374.

Bernheim, B.D., A. Shleifer en L.H. Summers, 1985, The Strategic Bequest Motive, *Journal of Political Economy*, vol. 93, nr. 6, pag. 1045-1076.

Bovenberg, A.L en C. van Ewijk, 2011, Designing the pension system: Conceptual framework, in: L. Bovenberg, C. van Ewijk en, E. Westerhout (eds), *The future of multi-pillar pensions*, Cambridge University Press, Cambridge, pag. 142-186.

Bovenberg, A.L., W. Koelewijn en N. Kortleve, 2011, Naar een dynamisch pensioen, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96, nr. 4618, pag. 542-545.

Brown, Jeffrey R. en Amy Finkelstein, 2007, Why is the market for long-term care insurance so small?, *Journal of Public Economics*, vol. 91, pag. 1967-1991.

Cutler, David M. en Louise Sheiner en Finkelstein, 1994, Policy Options for Long-Term Care, in: David A. Wise (ed.), 1994, *Studies in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Ewijk, Casper van, 2012, Langdurige zorg: vooral een verzekeringsprobleem, in: F.T. Schut en M. Varkevisser (eds), *Een economisch gezonde gezondheidszorg, KVS Preadviezen 2012*.

Klerk, M. de, 2011, Zorg in de laatste jaren; Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

OECD, 2011, Health at a glance, Paris.

Sadiraj, Klarita, Debbie Oudijk, Hetty van Kempen en John Stevens, 2011, De opmars van het pgb, De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag



Wong, A., 2012, Describing, Explaining and Predicting Health Care Expenditures with Statistical Methods, Proefschrift, UvT.

# 11 Toekomst voor de zorg in viervoud

Casper van Ewijk, Paul Besseling en Albert van der Horst

De voortschrijdende medische technologie en mondiger burgers plaatsen ons in toenemende mate voor twee fundamentele keuzes. De eerste betreft de zorgsolidariteit: de afweging tussen uniforme zorg voor iedereen en meer gedifferentieerde zorg met ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en eigen regie. De tweede betreft de risicosolidariteit: de afweging tussen alle risico's zoveel mogelijk verzekeren en de noodzaak om via eigen betalingen overmatig gebruik van zorg af te remmen. Door beide afwegingen te combineren ontstaat een schets van vier werelden voor de toekomst van de preventie, de curatieve zorg en de ouderenzorg.

## 11.1 Mensen en zorg veranderen

Dat het zorgstelsel er in de toekomst anders uit zal zien, is zeker. Hoe anders is niet te voorspellen, het hangt van veel factoren af. Er bestaat geen eenduidig antwoord op de vraag hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden. Ieder stelsel heeft voor- en nadelen. Ervaringen met uiteenlopende stelsels in de landen om ons heen laten grote diversiteit aan oplossingsrichtingen zien. En de wereld staat niet stil. Nieuwe technologische doorbraken (op het gebied van *personalized medicine*, getherapie en *biomedicals*) en de verdere ontwikkeling van elektronische toepassingen (scans, robotchirurgie) maken het mogelijk om veel ziekten eerder op te sporen en beter te genezen. Ook de ouderenzorg zal ingrijpend veranderen door eHealth-toepassingen en het ontstaan van nieuwe sociale netwerken. Meer en toegankelijker informatie over de mogelijkheden van zorg en de kwaliteit van zorgverleners stellen goed opgeleide consumenten in staat bewuster te kiezen tussen behandelingen en zorgverleners. Dit alles tegen de achtergrond van een snel vergrijzende samenleving waarin de levensverwachting van de ouderen stijgt en er minder jongeren zijn die zorg kunnen verlenen en de financiële lasten van de zorg kunnen dragen.

De toekomst van de zorg stelt ons voor fundamentele keuzes. In dit hoofdstuk schetsen wij deze keuzes aan de hand van vier beleidsscenario's, die elk een plausibele en samenhangende wereld schetsen voor de toekomst van de zorg. De vier geschetste werelden maken de onderliggende fundamentele keuzes duidelijk over de inrichting en de financiering van de zorg. De voor- en nadelen van deze keuzes hangen af van externe ontwikkelingen, zoals de ontwikkeling van de medische technologie en voortgaande individualisering. Bewuste keuzes én externe omstandigheden bepalen dus in welke wereld wij in de toekomst zullen uitkomen.

## 11.2 Twee fundamentele afwegingen

Voor de toekomst van de zorg zijn twee afwegingen van wezenlijk belang, zie figuur 11.1. De eerste betreft de 'zorgsolidariteit' en gaat over de vraag of we zorg voor iedereen gelijk willen aanbieden, of dat wij accepteren dat er verschillen zijn in het verzekerde pakket. De tweede afweging betreft de 'risicosolidariteit' en gaat over de vraag of de kosten van de zorg volledig verzekerd moeten zijn, of dat een deel van de kosten voor rekening van de consument komt, bijvoorbeeld in de vorm van een eigen risico.<sup>139</sup> Beide vormen van solidariteit zijn besproken in de hoofdstukken 6 en 7. Wij vatten ze kort samen en passen ze vervolgens toe op vier scenario's voor de toekomst van de zorg.

---

<sup>139</sup> De 'premiesolidariteit' gaat over de vraag in hoeverre hogere inkomens meer premie moeten betalen, zodat lagere inkomens worden ontzien. In hoofdstuk 1 werd geconstateerd dat in 2011 in Nederland ruim 80% van de collectieve zorgpremies inkomensafhankelijk is. Deze premiesolidariteit wordt in dit hoofdstuk als een gegeven beschouwd.

**Figuur 11.1 Uitsplitsing van enkele vormen van solidariteit in de zorgverzekering**



### 11.2.1 Zorgsolidariteit

Bij de zorgsolidariteit staan twee visies tegenover elkaar. De eerste benadrukt de gelijke rechten op zorg. Zorg wordt als een basisrecht gezien, of als een maatschappelijke norm voor een 'fatsoenlijke' samenleving. Differentiatie in gezondheid en zorg wordt als maatschappelijk ongewenst gezien. Tegenover deze 'solidaire' visie staat de meer economische visie die benadrukt dat zorg een goed is waarover mensen verschillende voorkeuren kunnen hebben. Net als bij andere bestedingen is het wenselijk om de zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren. Dat kan door meer diversiteit in zorg en verzekeringen aan te bieden en meer ruimte te geven voor keuze en eigen verantwoordelijkheid. In hoofdstuk 6 zijn de verschillende aspecten van solidariteit diepgaand besproken. Gezondheid en ziekte zijn geen zaken die ons louter overkomen; wij hebben er zelf ook een belangrijke invloed op door ons gedrag. Net als kennis vormt gezondheid een deel van het menselijk kapitaal waarin wij bewust investeren (hoofdstuk 5). Verschillende mensen maken daar andere keuzes in, al naar gelang hun situatie en hun voorkeuren.

Een belangrijke –en gevoelige– kwestie is dat differentiatie in de zorg ook tot verschillen kan leiden in zorg tussen mensen met hogere en lagere inkomens. Mensen met hogere inkomens investeren meer in kennis en gezondheid dan mensen met lagere inkomens. Zij zijn daardoor gemiddeld gezonder. En bij een hoger inkomen past in de regel ook een duurder en uitgebreider zorgpakket, terwijl lagere inkomens met de optie voor een goedkoper, maar medisch wel degelijk verantwoord pakket meer geld overhouden voor andere bestedingen. Het is dus de vraag of herverdeling in de vorm van dure zorg wel de meest efficiënte methode van herverdeling tussen hogere en lagere inkomens is (zie ook hoofdstuk 6).

Deze vraag wordt belangrijker naarmate de zorguitgaven in de toekomst sneller toenemen. Zoals wij in hoofdstuk 3 hebben gezien, dreigt in het scenario met hoge groei van de zorg de toekomstige inkomensstijging voor lagere inkomens de komende decennia vrijwel geheel op te gaan aan extra zorgconsumptie. Voor de hoge inkomens, die een kleiner deel van hun inkomen aan zorg uitgeven, speelt dit probleem minder.

### Vormen van differentiatie in zorg

Differentiatie in de zorg kan op diverse manieren. In de eerste plaats kan de reikwijdte van de collectieve regelingen worden ingeperkt. Een bekend voorbeeld dat recent in discussie was, is de scheiding tussen wonen en zorg in de ouderenzorg. Door de wooncomponent uit de collectieve verzekering (AWBZ) te halen, neemt de uniformiteit in de zorg af en wordt er meer aan de keuze van het individu overgelaten. Differentiatie in woonkwaliteit wordt dan toegelaten. Hetzelfde geldt bij overheveling van bijvoorbeeld tandzorg en fysiotherapie uit de basisverzekering naar de aanvullende verzekering. Voor de aanvullende verzekeringen wordt in Nederland differentiatie in zorg wel geaccepteerd, voor de basisverzekering is het verzekerde pakket voor iedereen gelijk.

Andere manieren voor differentiatie zijn het toestaan van bijbetalen *topping up* en *opting out*. Bij *topping up* is het mogelijk om naast de collectief verzekerde zorg extra zorg te kopen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van bijbetaling voor luxe verzorging (eenpersoonskamer), second opinions, bijzondere behandelingstechnieken, et cetera. Bij *opting out* wordt toegestaan dat consumenten zorg inkopen buiten de collectieve verzekering om; anders dan bij *topping up* vervallen nu de vergoeding vanuit de collectieve verzekering en de bijbehorende premieplicht. In het SER-voorstel uit 2000 dat ten grondslag lag aan de huidige zorgverzekering, werd ervoor gepleit om een beperkte mate van *opting out* en *topping up* toe te staan. Men kon kiezen voor een sober verplicht pakket met de mogelijkheid om zelf aanvullend voor zorg van hogere kwaliteit te betalen.

Wanneer de kosten van de aanvullende zorg oplopen, ligt verzekering van deze extra kosten voor de hand. Er ontstaan dan verschillende verzekeringspakketten naast elkaar, een sober doch verantwoord basispakket, en luxere pakketten voor wie het kan en wil betalen. Dit is denkbaar voor de ouderenzorg, maar ook voor de curatieve zorg. In het buitenland zien wij vaak een sobere basiszorg waarnaast de hogere inkomens zich extra verzekeren. Dat kan via de werkgevers, zoals in de Verenigde Staten, maar het kan ook binnen semi-collectieve regelingen zoals in Australië. Wij komen hier later in dit hoofdstuk op terug. Een manier die met name voor de ouderenzorg interessant kan zijn, is om verzekerde bedragen uit te keren bij objectief vast te stellen gebreken. Door keuze te bieden in de verzekerde bedragen en de bijbehorende premie, kan een passende verzekering aan allen worden geboden.

#### 11.2.2 Risicosolidariteit

Wie en wanneer ziek of gebrekkig wordt, is moeilijk te voorspellen. Zorgverzekeringen zorgen ervoor dat mensen niet voor onverwachte kosten komen te staan. Verzekeren van zorgkosten draagt bij aan solidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen; dit noemen wij 'risicosolidariteit'. Volgens berekeningen in hoofdstuk 7 levert verzekering van de zorgkosten welvaartswinst op, die kan oplopen tot enkele tientallen procenten van het inkomen. Verzekeren is bovendien noodzakelijk voor toegang tot de zorg: zonder verzekering zouden heel dure behandelingen onbetaalbaar zijn.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is iedere Nederlandse burger verplicht verzekerd voor het basispakket in de curatieve zorg. Ook de ouderenzorg is collectief verzekerd, namelijk via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Beide

verzekeringen vergoeden echter niet alle zorgkosten. Een deel van de risico's wordt bij de consument gelegd. Dit beperkt de administratieve kosten, maar is vooral ook bedoeld om het gebruik van de zorg af te remmen. Bij een verzekering van 100 procent vervalt iedere financiële prikkel om doelmatig met de zorg om te gaan, immers, de verzekering betaalt toch. Dit ongewenste bijeffect van verzekeren wordt 'moreel gevaar' genoemd. Idealiter controleert de verzekeringsmaatschappij de schadeclaims, maar helaas gaat dit gepaard met grote uitvoeringskosten. Vooral bij de curatieve zorg is het ondoenlijk om bij iedere beslissing van patiënt en arts over de schouder mee te kijken. De arts en andere professionals in de zorg hebben daarom een dubbele taak. Enerzijds handelen zij in het belang van de patiënt (die de beste zorg wil) en anderzijds in het belang van het collectief van premiebetalers (die voor de zorg betalen).

Er is nog een reden om niet 100 procent van de zorgkosten te vergoeden. Deze heeft te maken met de veranderende consumptiepatronen bij ziekte en gebrek. Bij een zwakke gezondheid gaan mensen minder met vakantie, wordt de sportvereniging opgezegd en gaat soms ook de auto de deur uit. Het is dan beter om de zorg niet volledig te verzekeren en voor een deel te financieren uit andere bestedingen die wegvallen bij ziekte. De premie voor de verzekering kan dan lager zijn, waardoor men meer geld overhoudt in periodes dat men gezond is. Geld heeft voor het individu meer waarde bij gezondheid dan wanneer men ongezond is.

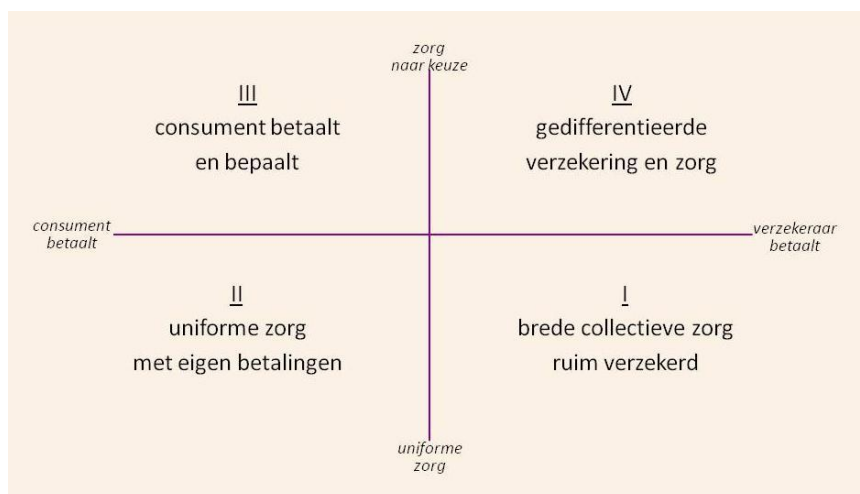
Uit het voorgaande volgt dat het kiezen van de optimale verzekeringsgraad een afweging vergt tussen de risicosolidariteit in de vorm van een hoge verzekeringsgraad en efficiëntie in de vorm van een rem op de uitgaven.

### 11.3 Vier werelden voor de toekomst van de zorg

Vanuit beide fundamentele keuzes, uniforme zorg voor iedereen (zorgsolidariteit) en zorg volledig verzekeren (risicosolidariteit), kunnen wij vier werelden schetsen voor de toekomst van de zorg. Figuur 11.2 beeldt deze werelden uit. Op de horizontale as is de afweging over risicosolidariteit weergegeven, op de verticale de afweging over zorgsolidariteit. Op de horizontale as gaat het dus om de keuze tussen een stelsel met een hoge verzekeringsgraad ('de verzekeraar betaalt') en een stelsel waarin de financiële risico's bij de consument worden gelegd ('de consument betaalt'). In de rechterhelft van het diagram wordt gekozen voor een wereld waarin risicosolidariteit voorop staat, in de linkerhelft voor een wereld met een lage verzekeringsgraad en efficiëntie in het gebruik van de zorg.

De verticale as geeft de afweging weer tussen een wereld met gelijkheid in de zorg voor allen ('uniforme zorg'), en een wereld met gedifferentieerde zorg die aansluit bij de individuele voorkeuren ('zorg naar keuze'). In de onderste helft van het diagram staat gelijkheid in de zorg voorop; hier wordt zorg als collectieve verantwoordelijkheid beschouwd. In de bovenste helft staat de 'allocatieve efficiëntie' centraal, dat wil zeggen de afstemming van de zorg op de individuele voorkeuren. Dit vraagt om differentiatie van de zorg en ruimte voor eigen regie en eigen verantwoordelijkheid.

**Figuur 11.2 Vier werelden voor de toekomst van de zorg**



Bij deze afwegingen gaat het niet om zwart-wit keuzes, maar om een glijdende schaal. Het gaat om een afruil waarin een balans moet worden gevonden. De kwadranten in dit diagram corresponderen nu met de vier werelden met ieder hun eigen kenmerken. Van rechtsom met de klok mee kunnen de werelden als volgt worden getypeerd:

*I. Brede collectieve zorg, ruim verzekerd.* Het recht op gelijke zorg staat centraal en de toegankelijkheid wordt gewaarborgd door de zorg ruim te verzekeren. In deze wereld staan zorgsolidariteit en risicosolidariteit hoog in het vaandel.

*II. Uniforme zorg met eigen betalingen.* De keuze valt op gelijke zorg voor allen, maar het gebruik wordt afgeremd door eigen betalingen in te voeren voor de consument. Deze wereld wordt gekenmerkt door zorgsolidariteit. De risicosolidariteit wordt losgelaten; uit efficiëntieoverwegingen worden meer financiële risico's bij de consument gelegd.

*III. Consument betaalt en bepaalt.* De consument stemt de zorg af op zijn individuele voorkeuren en betaalt daar ook voor. Om dit mogelijk te maken, wordt het aanbod van zorg gedifferentieerd en is de consument verantwoordelijk voor de invulling van de zorg. In deze wereld staan zowel de zorgsolidariteit, als de risicosolidariteit op een laag pitje.

*IV. Gedifferentieerde verzekering en zorg.* Verschillende verzekeringspakketten worden aangeboden. Via deze verzekeringen vindt afstemming van de zorg op de voorkeuren van verschillende collectieven plaats. In deze wereld wordt de zorgsolidariteit losgelaten, maar blijft de risicosolidariteit gehandhaafd.

Eén dimensie blijft bij deze indeling nadrukkelijk buiten beschouwing, dat is de premiesolidariteit tussen hoge inkomens en lage inkomens. Deze is niet specifiek voor de zorg, maar onderdeel van het systeem van belastingen en uitkeringen. Niettemin zijn wel gevolgen te trekken voor de mate van inkomensherverdeling in de alternatieve werelden. In het algemeen zal een stelsel met uniforme en dure zorg meer druk opleveren tot herverdeling om de zorg voor de lage inkomens betaalbaar te houden. Wanneer

differentiatie in de zorg wordt toegestaan, neemt deze druk af, omdat de zorguitgaven dan in lijn liggen met de voorkeuren van verschillende groepen. Wij komen hier bij de uitwerking van de verschillende werelden op terug.

Ook de aanbodzijde van de zorg blijft grotendeels buiten beschouwing. In beginsel zou de aanbodzijde voor ieder van de werelden kunnen worden uitgewerkt. Budgettering van de collectieve zorguitgaven is mogelijk in alle vier werelden, maar heeft het grootste effect in een wereld van brede collectieve zorg. Gereguleerde marktwerking met een ruim en efficiënt aanbod van aanvullende verzekeringen sluit het beste aan bij werelden met gedifferentieerde zorg en grote eigen verantwoordelijkheid van consumenten. Wij stippen deze verschillen aan, maar kunnen ze niet diep uitwerken. Hierdoor blijft ook de betekenis van alternatieve werelden voor de doelmatigheid buiten beschouwing. Ook op dit punt geldt echter dat ieder van de stelsels voor- en nadelen kent en dat er op voorhand geen redenen zijn om aan te nemen dat de ene wereld doelmatiger is dan de andere.

### **Waar staat Nederland?**

Het huidige stelsel in Nederland kan getypeerd worden als een stelsel waarin de zorg sterk collectief geregeld is. Er is een brede zorg voor allen en deze zorg is ruim verzekerd en goed toegankelijk, zowel in de curatieve, als in de langdurige zorg. De overheid bepaalt het basispakket voor de verzekering en legt daarmee de standaard voor de zorg vast.

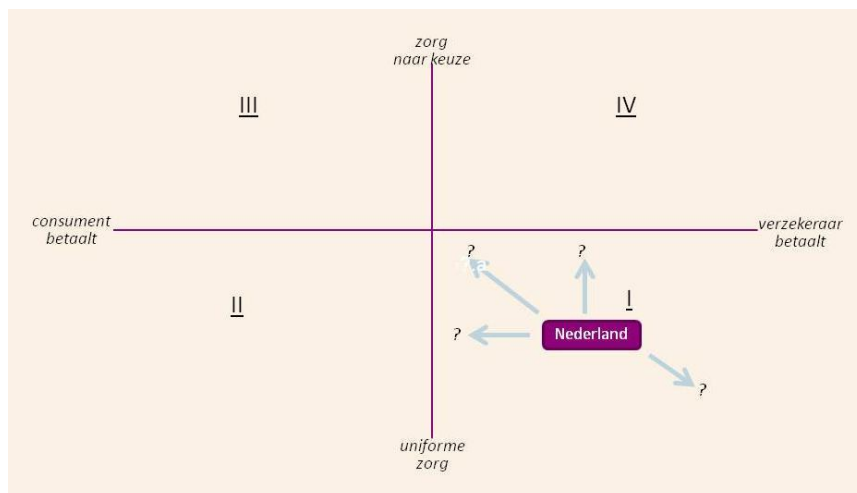
Wel heeft de zorg in het afgelopen decennium in het teken gestaan van een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, waardoor de 'klant' meer centraal komt te staan. Consumenten kunnen kiezen tussen verschillende verzekeraars die er op letten dat de zorg efficiënt is en overeenkomt met hun voorkeuren. Consumenten kunnen ook kiezen uit een breed palet van ziekenhuizen, artsen en andere zorgaanbieders. De financiering volgt de vraag. Ook zijn de eigen betalingen enigszins verhoogd. Het Nederlandse stelsel is naar linksboven bewogen, maar nog steeds binnen de wereld van breed verzekerde zorg. Welke zorg wordt geboden, is wel steeds collectief bepaald: het verzekerde basispakket is hetzelfde voor iedereen en ook in het ziekenhuis is iedereen gelijk. Solidariteit staat nog steeds voorop.

De combinatie van kritische consumenten en vraagvolgende financiering heeft in de afgelopen jaren de zorgaanbieders tot extra productie aangezet, vooral in de curatieve zorg. De verzekeraars hebben de belangrijke taak hier tegenwicht te bieden door kostenbeheersing en beperking van overmatig gebruik. Dit kan aanleiding zijn tot strakkere sturing van het aanbod - bijvoorbeeld door budgettering van aanbieders - of door de vrijheid van consumenten in te perken, bijvoorbeeld door beperktere keuze van aanbieders. Dat kan met naturapolissen die voorkeursaanbieders vastleggen; de keuze van de consument betreft dan vooral de keuze van de polis. Nederland blijft dan in de wereld van de breed verzekerde zorg (rechtsonder in figuur 11.3). Een stap verder is ook mogelijk, naar een verplichte verzekering zonder keuze van verzekeraar. In dat geval beweegt het stelsel verder naar beneden in de figuur.



De taak van verzekeraars in het tegengaan van overmatig beroep op de zorg kan ook worden ondersteund via eigen betalingen door de consumenten. De prikkels worden dan meer bij de oorsprong van de vraag neergelegd: de consumenten. In dat geval zou Nederland meer naar de wereld linksonder bewegen (zie figuur 11.3). Een alternatief is om kritischer om te gaan met het toelaten van nieuwe, dure behandelingen tot het basispakket. Dat zou kunnen leiden tot een beweging naar een wereld met meer differentiatie in verzekerde pakketten en meer eigen verantwoordelijkheid voor de consument bij de inrichting van zijn zorg (opwaarts in figuur 11.3). Hoe de ontwikkeling in de toekomst verder zal gaan, is onzeker; de Nederlandse zorg staat voor fundamentele keuzes.

**Figuur 11.3 Nederlands zorg staat voor fundamentele keuzes**



### De toekomst

De omgeving verandert. Welke keuzes worden gemaakt, hangt nauw samen met de toekomstige ontwikkelingen in de zorg en de maatschappij. Zoals wij in hoofdstuk 2 en 3 laten zien, wordt zorg steeds belangrijker; de toekomstige zorgconsument besteedt een groter deel van zijn inkomen aan zorg. Dat is goed besteed, omdat gezondheid belangrijk is en de medische technologie steeds meer mogelijkheden biedt. Met het inkomen stijgt ook de vraag naar betere en luxe zorg. Tussen nu en 2040 zullen de inkomens volgens de in hoofdstuk 2 geschetste scenario's met 60 procent toenemen; de individuele zorguitgaven verdubbelen in het trendmatige scenario en verdrievoudigen zelfs in het hoge scenario (zie tabel 3.2). Deze scenario's dienen als achtergrond bij de hier te schetsen werelden voor de toekomstige zorg.

Ook de maatschappij verandert. De toekomstige zorgconsument is goed opgeleid en goed geïnformeerd. De gemiddelde opleidingsgraad van de bevolking neemt toe; van bijvoorbeeld de huidige 60-jarigen heeft 30% alleen basisschool of vmbo, terwijl dat nog maar om 12% gaat in 2040; het aandeel met een hbo/wo-opleiding stijgt in diezelfde periode van 26% tot 42%. De toekomstige zorgconsument raakt bovendien steeds beter geïnformeerd. De aanstaande informatierevolutie in de zorg geeft de consument inzicht in de eigen gezondheid, maar ook in alle mogelijkheden van de medische technologie. Het wordt transparant welke aanbieders er zijn en wie welke kwaliteit biedt. Nu al ontstaan er websites

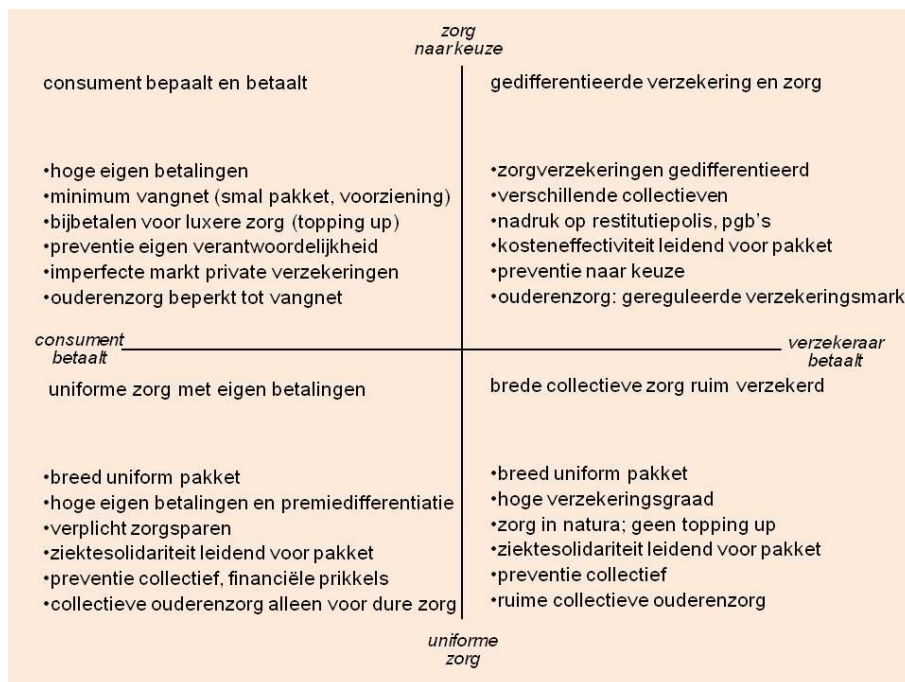
met klantbeoordelingen van artsen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Het onlangs opgerichte 'Kwaliteitsinstituut' zet zich in om de kwaliteitmeting verder te verbeteren.

Een steeds beter geïnformeerde Nederlandse bevolking zal de kennis benutten om de eigen gezondheid te bewaken en kritisch te kiezen uit het brede aanbod van zorgaanbieders. Meer dan nu zal de spreekkamer een plaats worden waar consument en arts niet alleen over de behandeling spreken, maar ook over de keuze van de aanbieder en - afhankelijk van het stelsel - de kosten van de behandeling.

### 11.3.1 Vier werelden nader uitgewerkt

Wij kunnen de werelden uitwerken aan de hand van figuur 11.4 die de belangrijkste kenmerken van de vier opties aangeeft. Wij starten weer met de wereld rechtsonder in het diagram en gaan met de klok mee. Voor ieder van de werelden schetsen wij plausibele en samenhangende beelden voor de drie onderdelen van de zorg: preventie, curatieve zorg en ouderenzorg. Dat houdt echter niet in dat voor ieder van deze onderdelen noodzakelijk dezelfde wereld moet worden gekozen. Vaak zien wij dat wel in praktijk, maar er zijn ook voorbeelden van landen die voor de curatieve zorg en preventie de ene 'wereld' kiezen en voor de langdurige zorg een andere 'wereld'. Wij komen hier later op terug wanneer wij de verschillende opties toelichten met voorbeelden van stelsels in verschillende landen.

**Figuur 11.4 Vier werelden voor preventie, genezing en langdurige zorg**



### I. Brede collectieve zorg, ruim verzekerd (rechtsonder)

Solidariteit staat voorop, zowel in financiële zin als in het aanbod van zorg. Er is een breed basispakket voor de zorg voor iedereen en de verzekeringsgraad is hoog, zowel voor de curatieve zorg als voor de langdurige zorg. Het stelsel is erop gericht om aan iedereen dezelfde zorg te verstrekken, puur gericht op de aandoening en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte. Het kopen van zorg buiten het stelsel om wordt ontmoedigd door een hoog niveau van zorg te bieden, deze zorg in natura te verstrekken en het kopen van aanvullende zorg (*topping up*) te ontmoedigen of te verbieden.

Gezondheid is in deze wereld een collectief belang. Dit gaat samen met een zeker paternalisme ten opzichte van de consument; niet de individuele voorkeuren tellen, maar de maatschappelijke normen over gezond leven en gelijkheid in zorg. Ook in de afbakening van het basispakket is de economische afweging van kosten en baten ('kosteneffectiviteit') ondergeschikt aan solidariteit in zorg. Dure behandelingen (met een hoge ziektelast) worden toegelaten tot het verzekerde pakket, ook wanneer zij niet kosteneffectief zijn.

Preventie is een taak van de overheid, ook de primaire preventie. Het terugdringen van de gezondheidskloof tussen hogere en lagere inkomens is een belangrijk onderdeel van het ideaal van zorgsolidariteit. Er zijn collectieve programma's ter bestrijding van obesitas, roken en overmatig drugs- en drankgebruik. Dat gebeurt door direct in te grijpen bij de opvoeding van kinderen in gevoelige leeftijden (hoofdstuk 5).

Ook in de ouderenzorg staat gelijkheid voorop. De zorg is sterk formeel geregeld en biedt iedereen een hoge kwaliteit op de oude dag. Ook de wooncomponent van de intramurale zorg kan onderdeel zijn van de uniforme zorg; in een minder vergaande variant worden wonen en zorg gescheiden. Aanpassingen aan woningen, begeleiding en huishoudelijke hulp kunnen alle tot de ouderenzorg worden gerekend. Door verstrekking in natura past een voorzieningstelsel met het oog op kostenbeheersing beter dan een verzekeringsstelsel.

De curatieve zorg kan worden vormgegeven door een volledig door de overheid geregeld systeem, zoals de National Health Service (NHS) in Engeland. Een stelsel van gereguleerde concurrentie, zoals wij dat in Nederland sinds 2006 kennen, is ook denkbaar, mits verzekeraars en overheid de spanning beheersen die zich kan voordoen tussen enerzijds het streven naar vraagsturing en marktwerking en anderzijds de wens om strakke collectieve kaders te handhaven. Een tussenweg tussen strikte aanbodsturing en ruimte voor concurrentie kan de regionaal georganiseerde zorg in Zweden bieden, waarbij de overheid de zorg regelt op het niveau van gemeenten en provincies en de overheid de zorg inkoop onder concurrentie tussen aanbieders. Ideeën over populatiebepaling in Nederland lijken bij deze benadering aan te sluiten. De verzekering vindt dan in wezen plaats binnen de regionale collectiviteiten. De overheid kan verschillen in risico's tussen regio's compenseren voor verevening op basis van kenmerken van de bevolking, de populatiebepaling.

### **Effect op de economie**

Dit stelsel van brede collectieve zorg draagt bij aan welvaart door het wegnemen van individueel risico en het vergroten van solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen. Daar staat een zwakke prikkel tegenover om het zorggebruik te beperken. De zorguitgaven zijn daarom in dit stelsel hoger dan in het stelsel met eigen betalingen (linksonder). Bovendien moet de basisverzekering voldoende royaal zijn om de hoge inkomens binnenboord te houden. De uitgebreide zorg is niet noodzakelijk gunstig voor de lagere inkomens: een groot deel van hun inkomen gaat op aan voor hen dure zorg. Dit geeft druk op de overheid om de lage inkomens te compenseren. De belastingdruk neemt daardoor toe met als gevolg dat arbeidsaanbod wordt ontmoedigd en de economische groei wordt geremd. Solidariteit in de zorg heeft een prijs in de vorm van een lager nationaal inkomen. Omdat dit stelsel weinig prikkels aan de vraagzijde (bij patiënten) bevat, is regulering van het aanbod (de zorgverleners) door verzekeraars of de overheid noodzakelijk om het gebruik van de zorg af te remmen. Sturing vindt plaats door prikkels voor (groepen van) zorgaanbieders en verzekeraars, aangevuld met vormen van budgettering. Veel druk ligt op de afbakening van het verzekeringspakket en protocollering van de zorg.

### **II. Uniforme zorg met eigen betalingen (linksonder)**

In deze wereld wordt vastgehouden aan uniforme zorg en een breed basispakket. Zorg wordt als een collectieve verantwoordelijkheid gezien. Maatschappelijke normen overheersen en er is weinig ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid voor de consument. Om de uitgaven te beheersen, wordt de risicosolidariteit afgezwakt en de verzekering beperkt tot de hoge kosten, zowel in de curatieve, als de ouderenzorg. Het eigen risico wordt verhoogd, vooral voor behandelingen die gevoelig zijn voor moreel gevaar. Deze financiële prikkels zorgen ervoor dat de totale uitgaven beter onder controle blijven. Verschillen in inkomen die daardoor ontstaan, worden geaccepteerd. De zorgsolidariteit blijft wel gehandhaafd. Dat gebeurt door een uniform aanbod van zorg van hoge kwaliteit. De zorg wordt aangeboden in natura en topping up wordt ontmoedigd. Voor de zorg geldt 'one size fits all'; de enige keuze die consumenten hier wordt geboden, is om meer of minder zorg af te nemen.

Bij de afbakening van het verzekeringspakket staat net als in de eerste wereld de zorgsolidariteit voorop. Daarom worden dure behandelingen voor ernstige ziekten toegelaten, ook wanneer zij niet kosteneffectief zijn.

Preventie wordt als een collectieve verantwoordelijkheid gezien. Bijzondere aandacht gaat uit naar kinderen. Omdat mensen meer voor hun eigen zorg moeten betalen, worden zij meer dan in de eerste wereld gestimuleerd om beter op hun gezondheid te letten en zo toekomstige kosten te voorkomen. Obesitas, roken en drank- en drugsgebruik worden in collectieve programma's bestreden. Passend bij deze wereld gebeurt dit vooral met financiële prikkels zoals hoge accijnzen op alcohol en tabak, vergoedingen voor programma's om te stoppen met roken en belasting op vet en suikers (zie hoofdstuk 8). De prikkel tot preventie wordt verder versterkt door premieverschillen in de zorgverzekering toe te staan op basis van gezondheid en zorgkosten in het verleden.

De verzekering van de ouderenzorg beperkt zich tot de grote, goed objectiveerbare risico's. Begeleiding en huishoudelijke hulp vallen buiten de verzekering, evenals kleinere uitgaven zoals de rollator en (kleinere) aanpassingen aan de woning. De geboden zorg blijft wel voor iedereen gelijk. De zorg is sterk formeel geregeld en biedt iedereen een hoge kwaliteit. Door de naturaverstrekking past een voorzieningenstelsel met het oog op kostenbeheersing beter dan een verzekeringsstelsel. Vrij te besteden persoonsgebonden budgetten (pgb's) en persoonsvolgende budgetten (pvb's), die recht geven op gecertificeerde zorg, spelen in deze wereld geen rol van betekenis.

Het stelsel van zorgverzekeringen in Singapore kan hier als voorbeeld dienen. In dat land gelden voor de Medishield-verzekering eigen risico's die variëren van 600 tot 1800 euro, met daar bovenop eigen betalingen die variëren van 10 tot 20% van de medische kosten zonder maximum. Om te voorkomen dat mensen door ziekte in de financiële problemen komen, is een stelsel van verplicht zorgsparen ingevoerd, Medisave. Hierdoor worden buffers opgebouwd om de risico's in de zorgkosten op te vangen. Schokken in ziektekosten kunnen op deze manier goed over een langere periode worden gespreid. Een andere manier om de effecten van onverwachte zorgkosten te verzachten, is om het eigen risico inkomensafhankelijk te maken. Doordat zorg voor de hoge inkomens een kleiner deel van hun budget uitmaakt, kunnen zij schokken in zorgkosten eenvoudiger opvangen dan mensen met een laag inkomen. Hiermee wordt voorkomen dat het welvaartsverlies van onzekerheid de lage inkomensgroepen onevenredig zwaar treft.

Omdat de eigen betalingen voor sterkere financiële prikkels aan de vraagzijde zorgen, is de regulering van de aanbodzijde van de zorg in deze wereld minder stringent. Er is meer ruimte voor concurrentie tussen verzekeraars, waardoor de dynamiek en innovatie aan de aanbodzijde kan verbeteren. Gereguleerde concurrentie, zoals wij die in Nederland kennen, past in deze wereld beter dan in de wereld van ruim verzekerde collectieve zorg.

### **Effect op de economie**

De eigen betalingen en mogelijk ook de premiedifferentiatie helpen om de uitgaven af te remmen. De premies kunnen daardoor lager zijn dan in de eerste wereld, wat gunstig is voor de economie. Tegenover het inleveren van risicosolidariteit staat dus een winst in de vorm van hogere economische groei. Niettemin zal ook in deze wereld het royale verzekeringspakket de inkomenssolidariteit tussen hoge en lage inkomens onder druk kunnen zetten, vooral wanneer de zorguitgaven in de toekomst sterk stijgen.

### **III. Consument betaalt en bepaalt (linksboven)**

In deze wereld worden de financiële risico's zoveel mogelijk bij de consument gelegd en wordt het idee van zorg als een collectief goed losgelaten. In deze wereld staan de individuele voorkeuren en de eigen verantwoordelijkheid voorop, zowel in de keuze van de zorg, als in de financiering. De consument betaalt en bepaalt. Om recht te doen aan individuele voorkeuren, is er veel ruimte voor keuze van verzekeraar en aanbieders.

De collectieve zorg beperkt zich tot een vangnet met een minimumniveau van zorg voor de zwakkeren en de lage inkomens. Het verzekerde pakket in dit vangnet is smal. Bij de afbakening van het pakket wordt louter gekeken naar de afweging tussen kosten en baten. De kosteneffectiviteit is leidend, ziektelast als zodanig is niet langer een criterium. Eigen betalingen voor minder noodzakelijke behandelingen worden ingezet om onnodig zorggebruik te beperken.

Verzekeraars bieden een palet aan aanvullende zorgverzekeringen, waarbij mensen kunnen kiezen tussen goedkopere en duurdere pakketten. Door hoge eigen betalingen worden deze verzekeringen beperkt tot zorg met grote risico's. Door averechtse selectie en gebrekkige coördinatie tussen verzekeraars –bijvoorbeeld in het ontwikkelen van standaardpakketten en administratieve systemen– ontwikkelt deze markt zich slecht. Hier ligt een taak voor de overheid om via regulering, of eventueel subsidies, de markt voor aanvullende verzekeringen goed te laten werken. Zonder goede aanvullende verzekeringen leiden vooral mensen met een hoog inkomen en goede gezondheid een welvaartsverlies.

Differentiatie kan ook door verschillende pakketten aan te bieden binnen collectieve regelingen. In de VS spelen werkgevers hierbij een belangrijke rol. Zorgverzekeringen maken deel uit van het onderhandelingspakket tussen werkgevers en werknemers. De overheid stimuleert het afsluiten van ziektekostenverzekeringen door de ziektekostenpremie aftrekbaar te maken voor de belastingen. Er ontstaat een sterke differentiatie in verzekeringen met daarbij behorende zorg, waarbij voor hoogopgeleiden duurdere verzekeringen worden afgesloten dan voor lager opgeleiden. De private zorgverzekeringen zijn deels georganiseerd in *health maintenance organizations* (HMO) die een combinatie van verzekering en zorg in natura bieden. Net als bij pensioenen in Nederland ontstaat zo –naast de eerste pijler van de collectieve basisvoorziening– een tweede pijler met aanvullende verzekeringen. En ook net als bij pensioenen is hier goede overdraagbaarheid van verzekeringen essentieel om te voorkomen dat werknemers in hun baan worden opgesloten. Dat ontbreekt echter in de VS. Door gebrek aan regulering en standaardisatie is de verzekeringsmarkt zeer imperfect. Wij rekenen de VS daarom meer tot de wereld van 'de consument bepaalt en betaalt', dan tot die van 'gedifferentieerde verzekering en zorg'.

Een gezonde leefstijl is primair de verantwoordelijkheid van mensen zelf, paternalistische motieven spelen geen rol in het preventiebeleid van de overheid. Gezondheid wordt in deze wereld beschouwd als een investering waarvoor mensen zelf verantwoordelijk zijn. Gezondheidsverschillen die daardoor ontstaan, worden geaccepteerd. Of volwassenen te veel eten en roken, drugs gebruiken en te weinig bewegen, het wordt grotendeels aan hen zelf overgelaten. Correctie door de overheid is beperkt tot de overlast die ongezond gedrag aan anderen kan veroorzaken, zodat accijnzen op alcohol en tabak blijven bestaan. Een gezonde leefstijl mag lonen, bijvoorbeeld door premies te differentiëren naar de verifieerbare kenmerken van gezondheid (bmi, leeftijd, zorgkosten in de afgelopen jaren).

De ouderenzorg behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van het individu. De rol van de overheid beperkt zich tot een vangnetvoorziening voor de allerzwaksten. Mensen kunnen zich verzekeren voor ouderenzorg op de private markt, maar deze markt is gebrekkig.

Averechtse selectie en gebrekkige coördinatie maken de verzekering duur en minder aantrekkelijk. Bovendien zijn mensen kortzichtig en zien ze de noodzaak om zich te verzekeren onvoldoende of te laat in. Deze situatie doet zich in veel landen voor, zoals in de VS en Engeland, waarbij zich gradaties voordoen in de kwaliteit en omvang van het vangnet. Om de risico's van ziekte en zorg op te vangen, is het voor huishoudens verstandig om financiële buffers aan te houden. Dit wordt aan het individu overgelaten; er is geen gedwongen vorm van zorgsparen. Wel past in deze wereld een flexibel pensioenstelsel waarbij individuen in slechte tijden hun premiebetaling kunnen aanpassen, of extra pensioen kunnen opnemen. Een pensioenstelsel op basis van individuele pensioenrekeningen past hierbij beter dan een collectief pensioenstelsel zoals thans in Nederland.

#### **Effect op de economie**

Deze wereld wint door een grotere keuzevrijheid in zorg en daardoor betere aansluiting bij individuele voorkeuren. Keerzijde is een groter falen op de verzekeringsmarkt. Door de grotere diversiteit in het aanbod treedt ook een verlies aan schaalvoordelen op en neemt de standaardisatie in de zorg af. Het effect op de economie is moeilijk te voorspellen; enerzijds vormt de lage verzekeringsgraad een flinke rem op de zorguitgaven, waardoor de premies laag blijven met een gunstig effect op de economie. Daar staat echter het welvaartsverlies van de slecht functionerende verzekeringsmarkt tegenover, die vooral de hogere inkomens en gezonde mensen treft.

#### **IV Gedifferentieerde verzekering en zorg (rechtsboven)**

Door het aanbieden van verschillende verzekeringen wordt de zorg afgestemd op de uiteenlopende voorkeuren van consumenten. De risicosolidariteit blijft gehandhaafd: iedereen is verzekerd en de eigen risico's zijn laag. In financiële zin biedt deze wereld dus zekerheid door collectieve verzekeringen op maat. Door de verzekering binnen nieuwe collectieven te organiseren, sluit de zorg beter aan bij de voorkeuren van deze collectieven. De keuzevrijheid ligt in deze wereld dus vooral bij de keuze van de verzekering.

Binnen iedere verzekering kan de zorg in natura plaatsvinden, bijvoorbeeld door bepaalde ziekenhuizen en artsen te contracteren of door bepaalde typen zorg wel en niet te dekken. Omdat in de praktijk deze nieuwe collectieven ook mensen verenigen met verschillende voorkeuren, passen uitkeringen in de vorm van een variabel verzekerd bedrag ook goed bij deze wereld, zeker bij de ouderenzorg. Bij de afbakening van zorgpakketten staat kosteneffectiviteit voorop. Ziektesolidariteit of ziektelast is geen apart criterium; het gaat om efficiënte verzekeringen. Hoe ver de differentiatie in de zorg gaat, zal van geval tot geval verschillen. Bij zaken als huisvesting, één- of meerpersoonskamers, wachttijden in ziekenhuizen en persoonlijke verzorging is differentiatie eenvoudiger voor te stellen dan bij de noodzakelijke medische ingrepen, zoals een blindedarmoperatie of een levertransplantatie. Gemiddeld zal de wens tot differentiatie in de ouderenzorg groter zijn dan bij de curatieve zorg. Maar ook binnen de curatieve zorg is er een grijs gebied (hoofdstuk 4) van meer of minder noodzakelijke ingrepen, van nieuwe dure behandelingen, van minder belastende –minder invasieve– behandelingen, waarvoor de een zich wel en de ander zich niet zal willen verzekeren.

Preventie is in deze wereld in beginsel eigen verantwoordelijkheid, maar mensen kunnen ook –via keuze van hun verzekering– voor meer collectieve systemen kiezen. Groepsbinding en groepsdruk kunnen mensen over de streep trekken om hun leefstijl aan te passen. In deze wereld wordt dit op kleinere schaal georganiseerd, door de zorgverzekeraar, door afspraken met werkgevers, of door initiatieven op gemeentelijk niveau. Landelijke campagnes en maatregelen van de rijksoverheid zijn minder passend. De overheid probeert preventie gericht op kinderen zoveel mogelijk te delegeren en grijpt pas in als maatschappelijke initiatieven tekortschieten.

Het voordeel van ouderenzorg is dat wij ons ruim van tevoren kunnen verzekeren. Een goed moment kan zijn om dit na je vijftigste te doen. Dan zijn de grootste kosten van kinderen achter de rug en wordt men zich meer bewust van de ‘oude dag’. Dit kan een gedifferentieerd aanbod van verzekeringen opleveren. Systemen met automatische inschrijving, met de optie deze te kunnen opzeggen, kunnen helpen om mensen over de streep te trekken. Voor objectief vast te stellen zorgbehoefte kan de verzekering worden uitgekeerd in de vorm van een uitkering of pgb (persoonsgebonden budget, vrij te besteden aan zorg) of een pvb (persoonsvolgend budget, vrij te besteden aan gecertificeerde zorg). Voor zorg die minder goed indiceerbaar is, kunnen alternatieve verzekeringspakketten via nieuwe collectieven worden aangeboden.

Regulering door de overheid is in deze wereld essentieel voor goed werkende verzekeringsmarkten. De overheid kan zorgen voor goede afstemming tussen verzekeringen, en standaardisatie opleggen. Ook kan de overheid mensen stimuleren zich te verzekeren door verzekeringsplicht of –in een lichtere variant– door systemen van automatische inschrijving met optie tot uittreden. In verschillende landen worden verzekeringen gesubsidieerd door de premies voor ziektekostenverzekeringen fiscaal aftrekbaar te maken voor werknemers en werkgevers.

Voor de curatieve zorg kan het verzekeringsstelsel in Australië als voorbeeld dienen, met een basisvoorziening, Medicare, aangevuld met een systeem van gereguleerde semi-collectieve verzekeringen (zie paragraaf 11.3.3). Ook Duitsland kent naast een basisverzekering een stelsel van gestandaardiseerde particuliere verzekeringen voor hogere inkomensgroepen, maar de verschillen tussen de basis- en particuliere verzekeringen zijn beperkt.

### **Effect op de economie**

Door de betere afstemming op de individuele voorkeuren verbetert de allocatieve efficiëntie. De premies zijn nu voor iedere groep afgestemd op de geboden zorg; de premies zijn actuarieel fair. Het zorgstelsel speelt hierdoor geen rol meer in het herverdelen tussen hoge en lage inkomens; de inkomensherverdeling loopt nu volledig via het fiscale stelsel, dat wil zeggen via het stelsel van sociale uitkeringen en belastingen. Bij een stijging van de zorguitgaven is er in dit systeem daarom geen druk tot herverdeling en dus ook geen verlies van economische groei. Hoge inkomens betalen nu meer voor zorg, maar krijgen daarvoor ook betere zorg terug. Tegenover de welvaartswinst van betere afstemming op de voorkeuren (allocatieve efficiëntie) staat een verlies aan zorgsolidariteit; er treden verschillen op in de zorg. Hoe de zorguitgaven zich in totaal gaan ontwikkelen, is moeilijk



voorspelbaar. Enerzijds kan voor de lagere inkomens voor een soberder pakket worden gekozen; maar de hogere inkomens kunnen juist hun pakket uitbreiden. Omdat de zorgverzekering niet meer verstorend is, speelt ook de totale uitgavenstijging economisch gezien een minder belangrijke rol dan in de stelsels met uniforme collectieve zorg.

De grotere risicosolidariteit betekent dat er in deze wereld een geringere prikkel is om het zorggebruik af te remmen. De zorguitgaven zijn hierdoor groter dan in de wereld van de 'consument betaalt en bepaalt' waar de verzekeringsgraad lager is. De keuze is hier echter – zoals steeds – niet zwart-wit: ook binnen de wereld van gedifferentieerde verzekeringen zijn grotere of kleinere eigen betalingen denkbaar.

### 11.3.2 Economische effecten samengevat

Ieder van de vier werelden biedt een plausibel en consistent beeld voor de toekomst, maar wel met duidelijk andere uitkomsten. Wij vatten de vier werelden nog een keer samen aan de hand van de uitkomsten op vier kenmerken:

- Financiële zekerheid bij ziekte en gebrek (risicosolidariteit);
- Afstemming van zorg op voorkeuren (allocatieve efficiëntie);
- Gelijkheid in zorg (zorgsolidariteit);
- Werkgelegenheid en bbp (bij huidig mix van nominale en inkomensafhankelijke premies).

Tabel 11.1 geeft een overzicht van de kwalitatieve scores van de alternatieve werelden. De scores zijn af te leiden uit de positie in de vier kwadranten van het assenstelsel; het gaat om de relatieve scores ten opzichte van elkaar (gemeten ten opzichte van het middenpunt waar de twee assen elkaar snijden). Het spreekt voor zich dat tal van andere aspecten ook van belang zijn, zoals de kwaliteit van de zorg, het effect op gezondheid en de omvang van de totale zorguitgaven. Het is mogelijk om de scenario's verder in te vullen; dat gaat echter te ver voor deze studie. Wij beperken ons hier tot de vier kenmerken die samenhangen met de assen van het diagram.

**Tabel 11.1 Vier werelden beoordeeld op vier kenmerken**

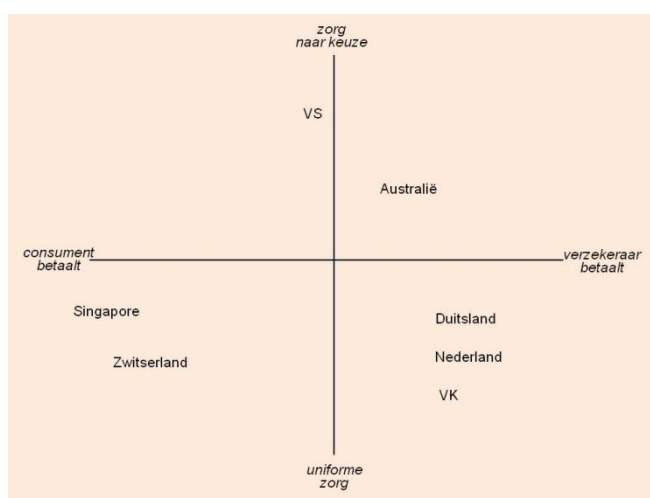
	Financiële zekerheid (waarde van verzekering)	Afstemmen op voorkeuren (allocatieve efficiëntie)	Gelijkheid in zorg	Werkgelegenheid en bbp
I - Brede collectieve zorg, ruim verzekerd	+	-	+	-
II - Uniforme zorg met eigen betalingen	-	-	+/-	+/-
III - Consument betaalt en bepaalt	-	+/-	-	+
IV - Gedifferentieerde verzekering en zorg	+	+	-	+/-

In wereld I - *Brede collectieve zorg, ruim verzekerd* - staan een hoge verzekeringsgraad en solidariteit in de zorg voorop. Dit scenario scoort daarom zeer goed op financiële zekerheid en gelijke kansen op zorg en gezondheid. De keerzijde is dat de prikkels voor efficiëntie kleiner zijn en de zorg minder goed is afgestemd op de voorkeuren. Daarom is de score op werkgelegenheid en bbp laag, evenals die op allocatieve efficiëntie. Wereld II - *Collectieve zorg met eigen betalingen* handhaaft de uniformiteit in de zorg, maar legt meer financiële risico's bij de consument. De financiële zekerheid neemt hierdoor af. De score op gelijkheid is onzeker; het pakket is wel voor iedereen hetzelfde, maar het eigen risico kan een belemmering zijn voor toegang tot de zorg. Ook de score op bbp is onzeker; enerzijds remmen de eigen betalingen het gebruik af en daardoor zijn premies lager, anderzijds is het pakket in deze wereld breed, wat de premie juist hoger maakt. In de derde wereld waarin de *consument betaalt en bepaalt*, wordt de gelijkheid in de zorg losgelaten. Ook de financiële zekerheid is laag door gebrek aan verzekeringen. De premies zijn laag wat een gunstig effect heeft op de werkgelegenheid. Voor de allocatieve efficiëntie is het beeld gemengd; enerzijds is er meer keuzevrijheid waardoor de zorg op de voorkeuren kan worden afgestemd; anderzijds gooit een imperfecte verzekeringsmarkt roet in het eten, waardoor velen niet de verzekering kunnen krijgen die ze zouden willen. Wereld IV - *Gedifferentieerde verzekering en zorg* kiest voor allocatieve efficiëntie boven gelijkheid in de zorg. Tegelijkertijd worden de financiële risico's beperkt door verzekeringen per groep te organiseren. Door die differentiatie in verzekerde zorg wordt het versturende effect op de werkgelegenheid en het bbp voorkomen. Wel is de prikkel tot uitgavenbeperking in de zorg kleiner waardoor dit positieve effect weer –voor een deel– verloren kan gaan.

### 11.3.3 Alternatieve verzekeringsstelsels: internationale vergelijking

In de wereld om ons heen zien wij een grote diversiteit aan zorgstelsels. Wij zien ook dat verschillende keuzes worden gemaakt bij het verzekeren van de curatieve zorg en het verzekeren van de ouderenzorg. Daarbij is het mogelijk dat bij de curatieve zorg voor een sterk collectief stelsel wordt gekozen, terwijl de ouderenzorg aan de eigen verantwoordelijkheid van de consument wordt overgelaten.

**Figuur 11.5 Verzekering van curatieve zorg, internationaal vergeleken**



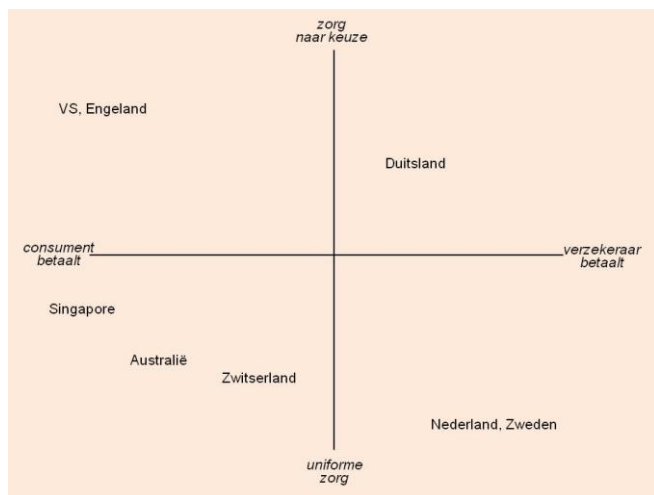
Figuur 11.5 schetst welke keuzes diverse landen hebben gemaakt voor de curatieve zorg. Het is een momentopname, want het landschap is voortdurend in beweging. Omdat de Zvw een brede basisverzekering voor iedereen is, past het Nederlandse stelsel, net als dat van Duitsland en Engeland, in het kwadrant rechtsonder. De uniformiteit van zorg is in Engeland iets groter, omdat patiënten binnen de NHS minder keus hebben dan binnen de Zvw.

Het Zwitserse stelsel lijkt heel sterk op het Nederlandse, met één uitzondering: het eigen risico. Het wettelijk eigen risico bedraagt CHF 300. Daar bovenop betaalt men 10% van de medische kosten tot een maximum van CHF 700 op jaarbasis. Samen is dat CHF 1000, oftewel 815 euro. Daar komen dan nog enkele specifieke eigen betalingen bij voor ziekenhuisverblijf en geneesmiddelen. In het stelsel van Singapore speelt zorgsparen, Medisave, een belangrijke rol. Daardoor is de zorgverzekering beperkt tot een verzekering voor zeer grote risico's (Medishield) en een vangnetvoorziening (Medifund). Dit plaatst Singapore links op de as van risicosolidariteit.

De Verenigde Staten en Australië zijn voorbeelden van landen met meer differentiatie in het voorzieningenniveau. Australië heeft als aanvulling op de basisvoorziening Medicare een systeem van gereguleerde particuliere verzekeringen. De aanvullende verzekeringen garanderen een snellere en kwalitatief betere behandeling in private ziekenhuizen. De particuliere verzekeraars hebben een acceptatieplicht en ze mogen geen onderscheid maken naar persoonskenmerken, zoals gezondheid. De premies worden met 30% gesubsidieerd. Mensen met een hoog inkomen die er voor kiezen zich niet aanvullend te verzekeren, betalen een boeteopslag op de Medicare-premie. Ook de VS kent met Medicare, Medicaid en het Veterans Program een omvangrijke publieke regeling. De private verzekeringen via werkgevers worden gesubsidieerd in de zin dat de premies aftrekbaar zijn voor de belastingen, een lichte vorm van regulering. De risicosolidariteit was tot 2013 laag, gezien het grote aantal onverzekerden en onderverzekerden en gezien het feit dat particuliere verzekeraars uitgebreid aan risicoselectie doen. Obamacare brengt daar verandering in. Vrijwel alle Amerikanen worden verplicht om een verzekering af te sluiten, of anders een boete te betalen. Een grotere groep gaat onder Medicaid vallen. Bovendien neemt de regulering van private verzekeringen toe. Er komt een mogelijkheid om via zogeheten *exchanges* met subsidie een verzekering te kopen. Deze mogelijkheid is vooral bedoeld voor mensen die geen verzekering via hun werkgever hebben. De subsidies zijn beschikbaar voor Amerikanen met inkomen tot 400% van de armoedegrens. Verder komen er tijdelijke belastingvoordelen voor kleine ondernemingen voor het aanbieden van een zorgverzekering aan hun werknemers.

De verzekeringsgraad ligt bij de ouderenzorg in de meeste landen veel lager dan bij de curatieve zorg (vergelijk figuur 11.6 met figuur 11.5). Dit is opvallend, omdat juist voor ouderenzorg de kosten heel onzeker, maar ook heel hoog kunnen zijn; hoofdstuk 7 laat dan ook zien dat de waarde van het verzekeren van ouderenzorg hoog is. De belangrijkste verklaring voor dit verschil is dat in veel landen ouderenzorg niet verzekerd is via collectieve regelingen, maar dat een groot beroep wordt gedaan op de kinderen, financieel of in de vorm van verzorging. Daarnaast speelt een rol dat er de nodige imperfecties zijn op de verzekeringsmarkt voor ouderenzorg.

**Figuur 11.6 Verzekering van de ouderenzorg internationaal vergeleken**



Nederland en Zweden hebben een omvangrijke basisvoorziening voor de ouderenzorg. Landen als Zwitserland en Australië hebben ook een brede basisvoorziening, maar de eigen betalingen zijn dermate hoog dat de kinderen moeten bijdragen. Deze landen staan daarom links op de as van risicosolidariteit. De hoge eigen bijdragen in Singapore worden, net als in de curatieve zorg, afgedwongen door Medisave, het verplichte systeem van zorgsparen dat ook van toepassing is op familieleden. Het Amerikaanse en Engelse systeem van ouderenzorg beperkt zich tot een elementaire vangnetvoorziening. Mensen die niet in aanmerking komen voor de vangnetvoorziening, moeten hun ouderenzorg helemaal zelf regelen. Zowel de zorgsolidariteit als de risicosolidariteit zijn laag, zodat beide landen linksboven in figuur 11.6 zijn gepositioneerd. In Duitsland garanderen de gemeenten een vangnetvoorziening en verschaft de *Pflegeversicherung* bij ernstige hulpbehoefendheid een persoonsvolgend budget. Door deze specifieke uitkeringsvorm hebben de gebruikers een grote mate van autonomie in de besteding.

Private ouderenzorgverzekeringen spelen geen grote rol van betekenis, omdat het marktfalen te groot is. Afgezien van Duitsland is ook nergens sprake van overheidsregulering van de private ouderenzorgverzekeringen om de marktfalens te corrigeren. Dat is opmerkelijk, omdat veel mensen baat zouden hebben van een goed georganiseerde markt voor private verzekeringen voor ouderenzorg. Of wellicht semi-private verzekeringen, vergelijkbaar met onze aanvullende pensioenen.

## **11.4 Hoe robuust zijn deze werelden bij hoge groei van de zorguitgaven?**

### **11.4.1 Medische technologie**

De toekomstige groei van de zorguitgaven is mede afhankelijk van de snelheid waarmee de medische technologie zich ontwikkelt. In iedere wereld zijn aanpassingen nodig bij deze hoge groei van de zorgmogelijkheden en -uitgaven. In de ene wereld is dat echter eenvoudiger dan in de andere wereld. In het algemeen zullen werelden die sterk gebaseerd zijn op solidariteit, financieel en in zorg, meer moeite hebben om hoge uitgavengroei op te

vangen dan werelden waarin efficiëntie meer vooropstaat. Tegelijkertijd wordt verzekeren belangrijker wanneer de zorguitgaven een groter deel van het huishoudbudget uitmaken; met de uitgaven nemen ook de risico's toe. Het blijft een kwestie van kiezen.

Bij hoge groei van de uitgaven zorgt de wereld van *brede collectieve zorg, ruim verzekerd* voor goede verzekering van de groeiende risico's; dat draagt bij aan welvaart. Dat gaat wel gepaard met een stijgende marginale belastingdruk, waarbij een premiestijging met 10%-punt niet ondenkbaar is (zie het scenario *Betere Zorg* in tabel 3.3). Deze hoge premie drukt de werkgelegenheid en economische groei. Om dit te voorkomen kan de overheid de uitgavengroei beperken, zowel aan de vraagzijde via eigen betalingen, als aan de aanbodzijde door bijvoorbeeld sterkere budgettering van het aanbod. Er ontstaat dan druk om de uitgaven af te remmen ten koste van de kwaliteit en de risicosolidariteit, met ook als risico dat hogere inkomens hun heil in het buitenland gaan zoeken. In dat geval ontstaat er druk op de solidariteit in de zorg. De overheid kan er ook voor kiezen om de premiestijging in de zorg te accepteren als prijs voor de solidariteit en de wens om zorgkosten goed verzekerd te houden. De prijs uit zich in een negatief effect op de werkgelegenheid en het bbp van circa vijf procent.

Ook in de wereld van *uniforme zorg met eigen betalingen* leidt de hoge uitgavenstijging tot hogere premies en daardoor tot negatieve effecten op de economie. Het negatieve effect is iets kleiner dan de vijf procent uit de vorige wereld, dankzij het systeem van eigen betalingen. Dit negatieve effect kan aanleiding vormen om de eigen betalingen verder te verhogen om zo vast te kunnen houden aan het ideaal van brede uniforme zorg. De hoge eigen betalingen gaan echter een belemmering vormen voor de toegankelijkheid van de zorg voor de lagere inkomens. Mogelijke oplossingen hiervoor zijn verplicht zorgsparen om de financiële buffers te vergroten; integratie van zorgverzekering met pensioenen om financiële schokken goed over de levensloop te kunnen uitsmeren; of een aanvullend financieel vangnet voor mensen met een laag inkomen. Een alternatief is om de kosten van de zorg te verlagen door aanpassing van het verzekerde pakket. In dat geval treedt een beweging naar grotere differentiatie in de zorg op omdat meer zorg onder de aanvullende verzekeringen gaat vallen.

In de wereld *consument betaalt en bepaalt* leiden hoge zorguitgaven tot grote financiële risico's voor de consumenten. De collectieve uitgaven blijven wel beheersbaar, maar de consument wordt gedwongen tot scherpere keuzes bij het beroep op zorg. De nieuwste medische behandelingen en medicijnen zijn alleen nog weggelegd voor de rijken. Consumenten moeten meer gaan sparen om de onzekerheden in zorgkosten op te vangen. Omdat zorg een groot deel van het huishoudinkomen wordt, neemt de behoefte aan verzekeren van de risico's toe, ook bij de hogere inkomens.

In de wereld met *gedifferentieerde verzekeringen en zorg* zullen de premies in overeenstemming met de gewenste zorgconsumptie stijgen. De verschillen tussen de zorgpakketten nemen toe, waarbij vooral de pakketten voor hogere inkomens zullen profiteren van de kwaliteitsverbeteringen in de zorg. Verzekeringspakketten voor de lage inkomens moeten scherpere keuzes maken om de premie betaalbaar te houden. Ondanks de

stijging van de zorguitgaven vindt er geen verstoring van de economie plaats: de stijgende zorguitgaven weerspiegelen de voorkeuren voor betere en duurder zorg. Wel neemt de druk verder toe om inefficiënties in het systeem verder te beperken. Controle op indicatie en een actieve rol van verzekeraars wordt belangrijker en aan de vraagzijde moet het gebruik worden afgeremd door hogere eigen betalingen.

#### **11.4.2 Beter opgeleide en kritische consumenten**

De toekomstige keuze tussen de vier werelden hangt niet alleen af van de kostenontwikkeling. Minstens even belangrijk, en waarschijnlijk belangrijker, is de maatschappelijke ontwikkeling. Hoe ontwikkelt de solidariteit zich in de toekomst? Zeker is dat de toekomstige consument hoger opgeleid is dan de huidige en over betere informatie beschikt over zijn gezondheid en over het brede aanbod van zorgaanbieders. Wanneer huidige trends doorzetten, zal dat binnen iedere wereld leiden tot hogere eisen die aan de zorg worden gesteld. Bij collectief georganiseerde zorg neemt de noodzaak tot maatwerk en kwaliteit toe. Het wordt moeilijker om de zorg in Nederland achter te laten lopen bij de technologische mogelijkheden die internationaal worden geboden. Dit kan leiden tot verdere opwaartse druk op de kosten.

Binnen de werelden met gedifferentieerde zorg lijkt deze trend eenvoudiger opgevangen te kunnen worden. Hogere opleiding en grotere transparantie in de zorg stellen de consument in staat bewuste keuzes te maken over preventie, gezondheid en zorg. Internet en sociale media bieden ruimte voor eigen initiatieven van nieuwe collectiviteiten om zorg onderling te regelen, bijvoorbeeld in de ouderenzorg. Regulering door de overheid blijft wel nodig om imperfecties op de verzekeringsmarkt te bestrijden.

### **11.5 Kwantitatieve indicatie van de economische effecten**

De keuze tussen de werelden zijn principieel van aard en hangen samen met maatschappelijke opvattingen en voorkeuren. Informatie over kosten en baten is van belang om de alternatieven af te wegen. Op basis van analyses in de voorgaande hoofdstukken van deze studie kan een voorzichtige indruk worden gegeven van de orde van grootte van de economische effecten. In de eerste plaats hebben we in hoofdstuk 7 gezien dat verzekeren van zorgkosten van grote waarde is. En die waarde neemt toe wanneer de individuele zorguitgaven in de toekomst een groter deel van het huishoudbudget bepalen. Met een eenvoudige som is de potentiële waarde van verzekeren van ouderenzorg berekend op ruim 10% van de consumptie over de levensloop. Voor de curatieve zorg is de potentiële winst geringer, namelijk 7%. Dit verschil zit in de veel grotere spreiding van de kosten voor ouderenzorg. Deze waarden gaan ervan uit dat huishoudens tegenvallers over een lange tijdshorizon kunnen uitsmeren. Als dat niet zo is, dan is de winst van verzekeren aanmerkelijk groter.

Wanneer in de toekomst de zorguitgaven verder stijgen, neemt het belang van verzekeren toe. Een verdubbeling van de zorgquote –het aandeel van zorg in de totale individuele consumptie– zoals in het hoge groeiscenario betekent dat de waarde van verzekeren met een

factor vier toeneemt. In het lage groeiscenario waar de zorgquote met vijftig procent stijgt, neemt de waarde van verzekeren met ruim een factor twee toe.

Een hoge waarde van verzekeren betekent niet dat maximaal verzekeren optimaal is; de welvaartswinst neemt af naarmate de verzekeringsgraad stijgt. Uiteindelijk moet de waarde van verzekeren worden afgewogen tegen de kosten van het wegvallen van de prikkel voor matiging van het gebruik. Vaak wordt aangenomen dat een 10%-punten lagere verzekeringsgraad een besparing in de uitgaven oplevert van 2%. In hoofdstuk 7 komen wij op grond hiervan uit op een optimale verzekeringsgraad van ongeveer 75%. Een belangrijke factor hierbij is de voorkeur voor risicosolidariteit, ofwel de risicoafkeer. Een lagere risicosolidariteit doet de optimale verzekeringsgraad al snel met 10 tot 20%-punten dalen. Dat zou dus een kostenbesparing in de zorg kunnen opleveren in de orde van grootte van 2 tot 4%.

Ook voor de allocatieve efficiëntie kan met een eenvoudige som een indicatie worden gevonden, zie hoofdstuk 6. Hierbij gaat het om de kosten van slechte afstemming op de voorkeuren bij uniforme verstrekking van de zorg. Als we ervan uitgaan dat het zorgpakket is afgestemd op een burger met een modaal inkomen, dan is er sprake van 'overconsumptie' van zorg voor de lagere inkomens en 'onderconsumptie' van zorg voor de hoge inkomens. Het totale waardeverlies hiervan kan becijferd worden op ½% tot 6% van het totale inkomen (bbp). Dit getal neemt evenredig toe, wanneer het aandeel van de zorg in het inkomen in de toekomst verder groeit. Bij een verdubbeling van het zorgaandeel, zoals in het hoge groeiscenario, komt het welvaartsverlies van een uniforme zorg dus uit op 1 tot 12% van het totale inkomen. Dit is de prijs van zorgsolidariteit.

De waarde van verzekeren en de allocatieve efficiëntie komen niet tot uitdrukking in de gebruikelijke berekeningen van het nationaal inkomen of bbp. We kunnen wel iets zeggen over de versturende effecten van inkomensafhankelijke zorgpremies op de werkgelegenheid en het bbp. Wanneer door invoering van eigen betalingen de zorguitgaven (en ook de premie) met 2 tot 4% van het bbp verlaagd kunnen worden, dan levert dit bij een arbeidsaanbodelasticiteit van 0,4 een positief effect op van 1 tot 1½% op de werkgelegenheid en het bbp. Dit kan worden beschouwd als de prijs van gelijkheid tussen de wereld met collectieve zorg met en zonder eigen betalingen. Het versturende effect kan nog verder dalen bij differentiatie in de verzekeringen en de zorg. De omvang hiervan is te onzeker om met een eenvoudige som uit te rekenen. Wel kunnen we iets zeggen over de effecten, wanneer in de toekomst de individuele zorguitgaven verder stijgen. Zoals wij in hoofdstuk 3 hebben gezien, kunnen de premies oplopen met 4 tot 14%, wat leidt tot een verlies aan bbp van 1½ tot 5% procent.

Deze cijfers geven aan dat de kosten van de zorg en de versturende effecten die daar het gevolg van zijn, toenemen. In geen van de werelden stuit de groei van de zorg op absolute grenzen binnen de gegeven tijdshorizon, ook niet in het hoge groeiscenario voor de zorg. De prijs van solidariteit neemt echter toe; dat geldt zowel voor risicosolidariteit als de zorgsolidariteit. Het ene stelsel is daar meer gevoelig voor dan het andere.

## 11.6 Conclusie

Hoe de zorg er in de toekomst uitziet is niet te zeggen, maar dat de zorg gaat veranderen, is zeker. De voortdurende uitgavenstijging in de zorg vereist fundamentele keuzes over de inrichting en de financiering van de zorg. De toekomstige consument is kritisch, goed opgeleid en beschikt over veel informatie over de mogelijkheden en kwaliteit van de zorg, in binnen- en buitenland. Tegelijkertijd zullen verschillen in gezondheid blijven bestaan, niet alleen tussen mensen met meer geluk in gezondheid en mensen met minder geluk, maar ook door ongelijke kansen voor mensen met lagere inkomens en met hogere inkomens. De verschillen in gezondheid zullen niet vanzelf verdwijnen en vereisen actief beleid, afhankelijk van de mate van solidariteit en maakbaarheid van de samenleving.

De zorg staat voor –ten minste- twee fundamentele keuzes. Ten eerste de afweging tussen de wens tot verzekeren (risicosolidariteit) en het streven om onnodig gebruik van zorg af te remmen. Ten tweede de afweging tussen het ideaal van gelijkheid in de zorg (zorgsolidariteit) en de wens om zorg af te stemmen op individuele voorkeuren. Deze twee fundamentele dimensies leiden tot vier mogelijke scenario's of werelden. Ieder van die werelden geeft een plausibel beeld van de toekomstige zorg.

De werelden verschillen echter wel in robuustheid; een snelle uitgavenstijging door nieuwe medische technologie kan eenvoudiger worden opvangen in een wereld waarin meer verantwoordelijkheid ligt bij de consument en waarin de zorg aansluit bij de individuele voorkeuren. De wereld met een sterk collectieve invulling van de zorg heeft meer last van de stijgende prijs van solidariteit dan een wereld waarbij de zorg aansluit bij de individuele voorkeuren. Keuzevrijheid helpt om dat laatste bereiken, maar kan op gespannen voet staan met een goed werkende verzekeringsmarkt. Inrichting van de zorg in de toekomst vereist daarom maatwerk, afhankelijk van de maatschappelijke voorkeuren en economische omstandigheden.





Ons hele leven lang is onze gezondheid belangrijk, genietend van goede jaren, of kampend met een zwakke gezondheid. Ons leven lang is de gezondheidszorg belangrijk, we maken er gebruik van en betalen ervoor. Niets wijst erop dat in de toekomst gezondheid en zorg in belang zullen afnemen. Integendeel, wij worden steeds ouder, maar ook chronische ziekten nemen toe; de medische mogelijkheden nemen toe, maar de zorg legt ook een steeds groter beslag op onze bestedingen.

*Toekomst voor de zorg* laat zien voor welke keuzes de Nederlandse samenleving wordt geplaagd: keuzes over de inrichting van het zorgstelsel en over de hoogte van de bijdrage. Keuzes die sterk op ons afkomen als consumenten steeds kritischer worden en de medische technologie voortschrijdt.

*Toekomst voor de zorg* is geschreven voor iedereen die wil meedenken over de toekomst voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau (CPB)  
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag  
(070) 338 33 80 | [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl) | [info@cpb.nl](mailto:info@cpb.nl)

Gedrukt door:

De Swart BV  
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag  
(070) 308 21 21 | [www.kds.nl](http://www.kds.nl) | [info@kds.nl](mailto:info@kds.nl)

Maart 2013 | ISBN 978-90-5833-589-0

