



## Stinkende wonden door zachte heelmeeesters

*Als er geen structurele maatregelen op het gebied van de zorg worden genomen, dan dreigt deze in de toekomst onbetaalbaar te worden. Hoewel de situatie steeds nijpender wordt, maken politici tot dusver geen echte keuzes. Structurele hervormingen zijn noodzakelijk. Zachte heelmeeesters maken immers stinkende wonden.*

### Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel

Volgens de Nederlandse Grondwet moet de overheid maatregelen treffen ter bevordering van de volksgezondheid. De overheid heeft voor een systeem gekozen dat medische zorg voor iedereen financieel bereikbaar maakt. Ons zorgverzekeringsstelsel bestaat uit drie compartimenten. Het eerste (verplichte) compartiment omvat langdurige zorg en verpleging en zware (onverzekerbare) medische risico's die op individuele basis onbetaalbaar zijn. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en uitgevoerd door zorgkantoren. Hulpmiddelen, begeleiding en voorzieningen als huishoudelijke en persoonlijke verzorging vallen niet onder de AWBZ, maar onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die wordt uitgevoerd door gemeenten. Mensen met een beperking kunnen een persoonsgebonden budget (pgb) uit de Wmo aanvragen en hiermee zelf hulp inhuren. Ook kunnen zij kiezen voor zorg in natura, waarbij de gemeente deze zorg regelt. Het tweede (verplichte) compartiment omvat de noodzakelijke kortdurende zorg. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW). In de ZVW is geregeld dat iedereen die in Nederland woont of werkt een basisverzekering moet afsluiten bij een ziektekostenverzekeraar. Het basispakket, met alle standaardzorg, is wettelijk vastgesteld. Iedere Nederlander van achttien jaar of ouder heeft een

verplicht eigen risico.<sup>1,2</sup> De toegang tot de basisverzekering is voor iedereen gewaarborgd, omdat er voor verzekeraars een acceptatieplicht geldt en mensen met een laag inkomen financiële compensatie ontvangen in de vorm van een inkomensafhankelijke zorgtoeslag. Het derde (vrijwillige) compartiment omvat de aanvullende zorg die niet wordt gedekt door het wettelijk verplichte basispakket. Voor aanvullende zorgverzekeringen geldt geen acceptatieplicht voor verzekeraars en de inhoud van de aanvullende pakketten, de premies en de eventuele eigen risico's variëren sterk.

### Zorguitgaven lopen op

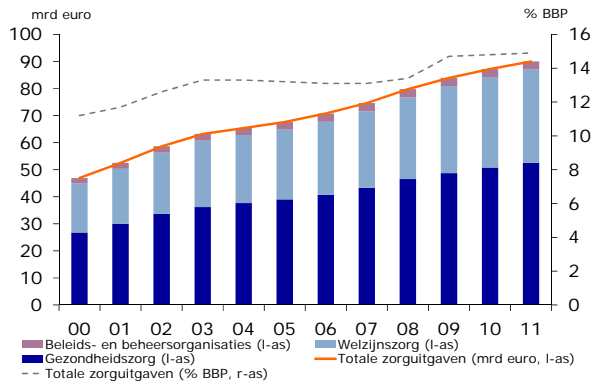
In het afgelopen decennium zijn de uitgaven aan de gezondheids- en welzijnszorg explosief gestegen. In 2000 bedroegen de zorguitgaven, in lopende prijzen, € 46,9 miljard (11,2% BBP). In 2011 waren de uitgaven gestegen tot € 90 mrd (14,9% BBP). Meer dan de helft (58%) van de totale uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg wordt besteed aan curatieve zorg (genezing). De uitgaven aan langdurige zorg zijn kleiner in omvang (38%), maar groeien wel sneller (figuur 1). Naar verwachting blijven de totale zorguitgaven in de komende jaren sterk stijgen. Het CPB voorziet een stijging van de zorguitgaven van 2,6 tot 4,2% per jaar. Volgens het RIVM kan de stijging van de zorguitgaven zelfs oplopen tot 5% per jaar. Aan deze stijgingen liggen diverse oorzaken ten grondslag. Er komen steeds meer oudere mensen die langer leven (dubbele vergrijzing). Ouderen maken meer gebruik van de zorg. Uitgaande van het huidige niveau van de zorg nemen de zorguitgaven door vergrijzing elk jaar met 1% toe. Dit lijkt veel, maar de uit-

<sup>1</sup> Niet alle zorg valt onder het verplichte eigen risico.

<sup>2</sup> Bij sommige verzekeraars kan de verzekerde vrijwillig kiezen voor een hoger eigen risico, waardoor de premie voor de basisverzekering lager is.

gavengroei door vergrijzing bedraagt nog geen kwart van de totale verwachte uitgavengroei. De uitgaven nemen ook toe als gevolg van een verwachte stijging van de welvaart (inclusief nieuwe technologie, veranderingen in de maatschappij en epidemiologie). Daarnaast speelt het Baumol-effect een rol. Dit effect treedt op als de arbeidsproductiviteitsstijging in de zorg achterblijft bij de productiviteitsontwikkeling in de marktsector, terwijl de lonen in de zorgsector als gevolg van de gedeelde arbeidsmarkt met de marktsector wel de algemene loonontwikkeling volgen (VWS, 2012; Van de Belt, 2011).

**Figuur 1: Zorguitgaven in Nederland**

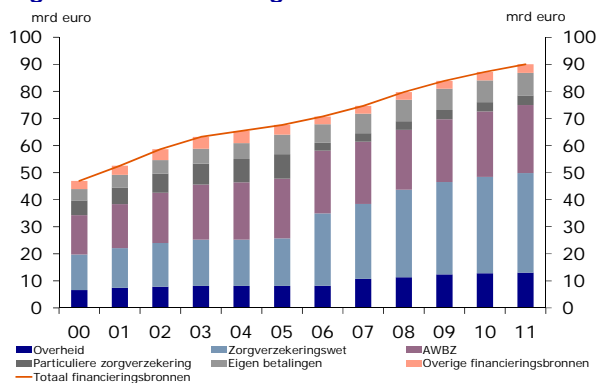


Bron: CBS

**Financiering van de zorg**

Het overgrote deel van de zorguitgaven (83% in 2010) wordt collectief gefinancierd en betaald uit belasting- en premieopbrengsten (figuur 2). Het resterende deel van de uitgaven betalen burgers direct zelf, in de vorm van eigen risico, eigen betalingen en premies voor aanvullende verzekeringen.

**Figuur 2: Financieringsbronnen**



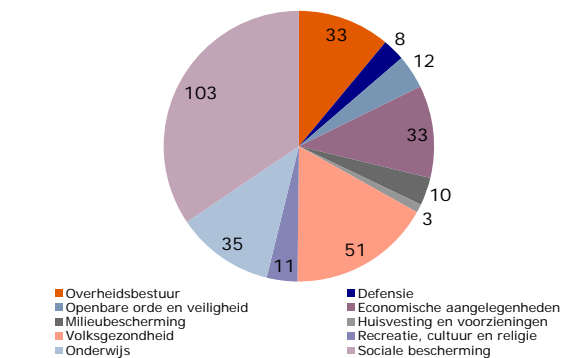
Bron: CBS

Door de grote mate van collectieve financiering leggen de zorgkosten een flink beslag op ons inkomen. Van der Horst et al (2011) hebben uitgerekend dat tweeverdieners met een gezamenlijk salaris van 1,5 keer modaal per jaar nu al ruim 23% van hun huishoudinkomen aan collectieve zorglasten betalen. Bij een ongewijzigd financieringsmodel en een trendmatige groei van de zorguitgaven lopen de betalingen in 2040 op tot 36%. Niet alleen consumeert ieder gezin in 2040 zelf meer zorg (gemiddeld 5% van het inkomen), ook moeten er lasten worden opgebracht voor een groter aantal ouderen (7%). Het beroep op de solidariteit neemt dan ook toe.

**Grenzen aan solidariteit?**

De stijgende zorguitgaven in combinatie met de grote afhankelijkheid van collectieve financiering vormen een tikkende tijdbom. Indien we niet willen dat de belasting- en premiedruk op arbeid omhoog gaat, dan kunnen hogere zorguitgaven leiden tot verdringing van andere overheidsuitgaven of een verslechtering van de overheidsfinanciën. Om de belasting- en premiedruk in de toekomst gelijk te houden, zijn dan forse bezuinigingen op andere beleidsterreinen nodig. Aangezien kleine bezuinigingen te weinig opleveren, moet er fors worden gesneden op andere beleidsterreinen, zoals het onderwijs of de AOW (figuur 3). In essentie is dat natuurlijk een politieke afweging.

**Figuur 3: Meer zorg, minder andere overheidsuitgaven?**



Bron: CBS

We kunnen, zonder de belasting- en premiedruk te verhogen, ook meer uitgeven aan de zorg door de staatsschuld te laten oplopen. Dit is geen houdbare strategie en tast de intergenerationele solidariteit aan. Dan worden de kosten van onze uitgaven immers afgewenteld op ons nageslacht. De stijgende zorgkosten kunnen ook worden betaald door de belastingen en premies te verhogen. Wanneer we willen dat iedereen meebetaalt is in 2040 een tarief van 45% in de eerste schijf nodig (nu: 33%) en 54% in de tweede schijf (nu: 41,95%). Indien we alleen de midden- en hogere inkomens willen laten betalen, dan is in 2040 een belastingstijging van 42% naar 79% in de derde schijf noodzakelijk en een stijging van 52% naar 89% in de vierde schijf. De hogere belastingdruk kan er toe leiden dat mensen minder gaan werken en dat de mensen die werken minder uren gaan maken. Dat leidt tot minder economische groei, waardoor ons reële inkomen in 2040 4% lager uitvalt dan zonder deze toename van kosten (CPB, 2011). Bovendien neemt hierdoor de herverdeling toe en komt de (eenzijdige) solidariteit onder druk te staan. Uit onderzoek van Kloosterman (2011) blijkt dat Nederlanders over het algemeen solidair zijn met mensen die buiten hun schuld om ziek zijn en met mensen die een beroep doen op zorg die iedereen zelf mogelijk ook ooit nodig heeft. De overgrote meerderheid is van mening dat deze groepen geen hogere zorgpremie zouden moeten betalen, hoewel ze naar verhouding meer gebruik maken van de gezondheidszorg. De bereidheid om te betalen voor een ander neemt af voor inkomensoverdrachten waar je naar verwachting zelf geen gebruik van gaat maken (eenzijdige inkomensoverdrachten)<sup>3</sup>. De hoogte van de premie voor mensen die ongezond leven staat bijvoorbeeld regelmatig ter discussie. Een groot deel van de Nederlandse bevolking is van mening dat men-

sen die ongezond leven een hogere zorgpremie zouden moeten betalen. Toegankelijke en voor iedereen betaalbare zorg is ook in de toekomst mogelijk, maar doet wel een groter beroep op de solidariteit. Zijn wij bereid om hiervoor te betalen?

### De zorg langs de schaaft

Indien we hier niet toe bereid zijn, dan dienen de zorguitgaven te worden beperkt. Uit doorrekening van het CPB (2012) blijkt dat alle partijen een bezuiniging op de zorgkosten beogen. De VVD realiseert in 2017 de grootste bezuiniging (8,5 mrd) ten opzichte van het basispad, terwijl de SP 0,7 mrd op de zorg wil besparen door aanpassing van de AWBZ en ZVW (figuur 4). Zoals het er nu naar uit ziet, gaat de langdurige zorg flink op de schop. Alle partijen, met uitzondering van het CDA<sup>4</sup>, kiezen ervoor om van de AWBZ een sociale voorziening te maken in plaats van een verzekering. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de manier waarop de AWBZ wordt gefinancierd. De uitvoerende instantie verschilt per partij. De VVD legt de uitvoering in handen van een zelfstandig bestuursorgaan, terwijl de PvdA, D66, GroenLinks en ChristenUnie gemeenten belasten met de uitvoering. PVV, SGP en SP kiezen voor het concept van Buurtzorg of 'regelarme zorg'. Ook bezuinigen de meeste partijen op de Wmo door de grens voor aanspraak op persoonlijke verzorging en/ of begeleiding op te trekken. Het CDA en de SGP laten de eerste drie uur van huishoudelijke verzorging voor rekening van de gebruikers komen. De VVD, de ChristenUnie en D66 schaffen deze functie in zijn geheel af. In de curatieve zorg willen de meeste politieke partijen ook besparen op de uitgaven. Alleen de SP wil de uitgaven met 100 miljoen intensiveren. Tussen de partijen bestaan grote verschillen met betrekking tot de vormgeving van de curatieve zorg. Op dit moment is er sprake

<sup>3</sup> Eenzijdige inkomensoverdrachten van hoge naar lage inkomens staan daarentegen nauwelijks ter discussie. Veel burgers vinden dat een laag inkomen gepaard moet gaan met een lagere zorgpremie en een hoog inkomen met een hogere premie.

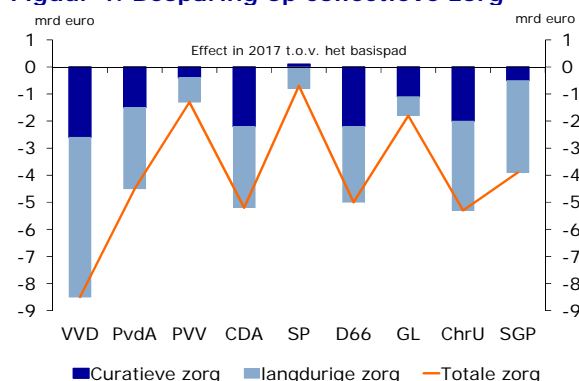
<sup>4</sup> Het CDA houdt vast aan het verzekeringskarakter van de AWBZ, met als aanpassing een uitkering in vouchers in plaats van in natura. Deze vouchers kunnen zorgbehoevenden zelf besteden bij gecertificeerde zorgaanbieders.

van gereguleerde marktwerking. De VVD, PVV, CDA, GroenLinks, ChristenUnie en SGP kiezen ervoor om hiermee door te gaan. Met uitzondering van de PVV willen deze partijen echter wel meer overheidsregulering. De informatievoorziening over de kwaliteit van de geleverde zorg moet omhoog en het risico voor zorgverzekeraars wordt vergroot, waardoor verzekeraars worden geprikkeld om zorg doelmatiger in te kopen. Bovendien willen deze partijen de vraag naar ziekenhuiszorg inperken. De PvdA en SP pleiten voor een stelselwijziging waarbij de zorg een voorziening in plaats van een verzekering wordt en het aanbod van de zorg krap wordt gebudgetteerd. De precieze invulling is echter nog onduidelijk. Een aanbodsbeperking zonder aanpak van de zorgvraag kan tot wachtlijsten leiden. Wachtlijsten kunnen op hun beurt leiden tot gezondheidsschade en vermindering van kwaliteit van leven, omdat de ziekte erger wordt en/of langer duurt. Om met de stijgende zorgkosten om te gaan, kan er binnen de zorg ook aan andere knoppen worden gedraaid.<sup>5</sup> Een populaire maatregel om de curatieve zorguitgaven te beteugelen, is het verkleinen van het basispakket. In het begrotingsakkoord 2013, waarop het basispad is gebaseerd, worden voorstellen gedaan om het basispakket te verkleinen, waardoor de uitgaven met € 1,3 mrd dalen. Veel partijen willen de maatregelen echter deels terugdraaien. Wel doen partijen voorstellen om medisch niet-noodzakelijke zorg, niet-bewezen effectieve zorg en niet-kosteneffectieve zorg uit het pakket te halen. Daarnaast kan het eigen risico worden verhoogd. Volgens het Begrotingsakkoord 2013 gaat het eigen risico volgend jaar van € 220 naar € 350. Wie een laag inkomen heeft, krijgt als compensatie extra zorgtoeslag. GroenLinks, PvdA, SGP en D66 kiezen voor een inkomensafhankelijk eigen risico. Tevens pleiten bijna alle partijen voor de

<sup>5</sup> Buiten de zorg kan worden gewerkt aan economische groei, zodat we de zorg gemakkelijker kunnen betalen. Deze factor zullen we in dit Themabericht echter buiten beschouwing laten.

introductie/verhoging van eigen bijdrages voor bepaalde zorg.

**Figuur 4: Besparing op collectieve zorg**



Bron: CPB

## Conclusie

*Om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden, zijn meer inspanningen en fundamentele keuzes noodzakelijk. We kunnen niet blijven klagen over de hoge kosten van de zorg en tegelijkertijd klagen over het feit dat een deel van de zorg niet langer collectief wordt gefinancierd. Dit zijn twee zijdes van dezelfde medaille en pas als we dit (willen) inzien kan er een fundamentele discussie over de zorg worden gevoerd. Welke zorg dient collectief gedragen te worden? Welke mate van collectiviteit dient het zorgstelsel te garanderen? Waar begint de eigen verantwoordelijkheid van de burger? Deze vragen gaan politici liever uit de weg, maar dit zijn wel de vragen waar het om draait.*

september 2012

Ruth van de Belt (030 – 216 0143)

R.Belt@rn.rabobank.nl

www.rabobank.com/economie

## Literatuurlijst

CPB (2012). Keuzes in Kaart 2013-2017. Een analyse van tien verkiezingsprogramma's. Den Haag: CPB.  
 Kloosterman, R. (2011). Solidariteit in de gezondheidszorg. Den Haag: CBS.  
 Van de Belt, R. (2011). Zorgen voor toekomstbestendige zorg. Themabericht 11/33, Rabobank Nederland.  
 Van der Horst, A., E. van Erp en J. de Jong (2011). Trends in gezondheid en zorg. Den Haag: CPB.  
 VWS (2012). De zorg: hoeveel extra is het ons waarde? Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.