



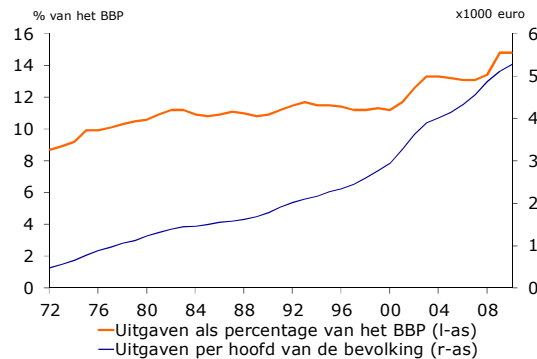
## Zorgen voor toekomstbestendige zorg

*De gezondheidszorg in Nederland is niet toekomstbestendig. De huidige zorgarrangementen dreigen onbetaalbaar te worden voor toekomstige generaties en daarnaast is de kans groot dat er onoplosbare knelpunten op de arbeidsmarkt van de zorg te ontstaan. Op dit moment komt de politiek alleen maar met lapmiddelen om de kosten op korte termijn enigszins onder controle te houden, maar een echte lange termijn visie ontbreekt. In dit Themabericht schetsen we een aantal oplossingsrichtingen om de betaalbaarheid van de zorg ook in de toekomst te garanderen.*

### Onhoudbare overheidsfinanciën

De Nederlandse overheidsfinanciën zijn door de Grote Recessie uit het lood geslagen, maar ook zonder deze crisis had de overheid met betrekking tot de houdbaarheid van de overheidsfinanciën op de langere termijn voor een grote opgave gestaan. Het Centraal Planbureau (Van der Horst et al, 2010) heeft berekend dat de toekomstige overheidsinkomsten onvoldoende groot zijn om aan de toekomstige verplichtingen, inclusief rentebetalingen op de bestaande staatsschuld, te voldoen. Het houdbaarheidstekort bedraagt 4,5% van het BBP, of terwijl 29 miljard euro. Hierbij is het CPB er vanuit gegaan dat de sociale arrangementen met betrekking tot onder andere de AOW en zorg in hun huidige vorm worden voortgezet en er dus niet getornd wordt aan de kwaliteit van de voorzieningen en collectieve verzekeringen of wie daarvoor betaalt. Vooral als gevolg van een veranderende bevolkingsopbouw zullen de kosten voor de sociale arrangementen in de toekomst sterk toenemen. Van der Horst et al (2010) heeft berekend dat de zorguitgaven in de periode van 2015 tot 2040 met 4% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) toenemen, terwijl de zorguitgaven nu al een beslag van 14,8% op onze nationale welvaart leggen ofwel ruim 5500 euro per hoofd van de bevolking per jaar (figuur 1).

**Figuur 1: Zorguitgaven**



Bron: CPB

### Vergrijzen heeft prijskaartje

Zoals vermeld is de belangrijkste oorzaak van het houdbaarheidstekort de vergrijzing (en de ontgroening), waardoor een groter deel van de bevolking uit 65-plussers bestaat. In combinatie met het feit dat de zorguitgaven over de levensloop toenemen, leidt dit ertoe dat de toekomstige zorguitgaven stijgen. Ter illustratie: gemiddeld genomen zijn de uitgaven voor de Zorgverzekeringswet (ZVW) voor een 65-plussers met 4500 euro per jaar ongeveer drie keer zo hoog als voor iemand in de werkzame leeftijd (20-64). Ook de uitgaven voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) stijgen sterk naarmate men ouder wordt. Voor een 65-jarige bedragen de kosten gemiddeld 1000 euro, voor een 75-jarige zijn de kosten opgelopen naar 3000 euro, voor een 83-jarige bedragen de AWBZ-uitgaven gemiddeld meer dan 10 000 euro en ten slotte van een 92-jarige gemiddeld meer dan 30 000 euro (Poos et al, 2008). Dit effect wordt nog eens versterkt door het feit dat mensen langer leven en ze dus langer aanspraak maken op zorg. Van de stijging van 4% van het BBP van de zorguitgaven tussen 2015 en 2040 wordt het grootste deel (2,7%) veroorzaakt door een toename van de levensverwachting (Van der Horst et al, 2010).

Het is echter niet realistisch om te veronderstellen dat de kosten per leeftijdsgroep constant blijven, aangezien de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in het verleden almaar is toegenomen. Indien wordt aangenomen dat de helft van de extra jaren dat men leeft in goede gezondheid wordt doorgebracht, dan wordt 0,6% van de groei van de zorguitgaven teniet gedaan (Van der Horst et al, 2010). Een betere gezondheidstoestand van ouderen remt de stijging van de hogere zorgkosten die gepaard gaan met het ouder worden enigszins af, maar de compensatie is niet volledig (Jacobzone et al, 2002).

#### **Het effect van andere vraagfactoren**

Echter, ook andere vraagfactoren zorgen ervoor dat de zorguitgaven in de toekomst zullen toenemen, zoals een stijgend inkomen (SCP, 2004; Gerdtham en Jönsson, 2000; Van Elk en Mot, 2007). Ligthart (2007) vindt voor Nederland een inkomenselasticiteit van de vraag van 0,49. Dit impliceert dat als het inkomen met 1% toeneemt, stijgt de vraag naar zorg met 0,49%. De vraag naar zorg neemt dus minder dan evenredig toe en de elasticiteit duidt dan ook op een voltooid gezondheidssysteem (Barros, 1998; Okunade et al, 2004). Het effect van het inkomen op de uitgaven aan de gezondheidszorg als percentage van het BBP zal dan ook beperkt zijn.

Ook de medisch-technologische ontwikkeling speelt een belangrijke rol bij de toekomstige zorguitgaven. Door inzet van nieuwe technologieën neemt mogelijk niet alleen de kwaliteit van de zorg toe, maar de kosten ook. Immers, de mogelijkheid bestaat dat door nieuwe technieken bepaalde ziektes die voorheen niet behandeld konden worden, nu opeens wel behandelbaar zijn. Bovendien vervangen nieuwe behandelmethoden voor reeds behandelbare ziektes de oude behandelmethoden vaak niet volledig. Dit heeft tot gevolg dat het aantal diagnostische en therapeutische verrichtingen per zieke toeneemt en daarmee ook de kosten. Deze kostopdrijvende effecten wegen vaak niet

op tegen de kosten besparingen die worden gerealiseerd door bijvoorbeeld productiviteitsverbeteringen en arbeidskostenbesparingen (EC, 2009). De precieze omvang van het effect is echter moeilijk vast te stellen, omdat het moeilijk is om de mate van technologische ontwikkeling te meten.

#### **Het Baumol-effect**

Naast bovengenoemde vraagfactoren spelen ook aanbodfactoren een rol bij de stijging van de toekomstige zorguitgaven. Het zogenaamde Baumol-effect springt hierbij het meest in het oog. Dit effect treedt op als de arbeidsproductiviteitstijging in de zorg achterblijft bij de productiviteitsontwikkeling in de marktsector<sup>1</sup>, terwijl de lonen in de zorgsector als gevolg van de gedeelde arbeidsmarkt met de marktsector wel de algemene loonontwikkeling volgen. Hierdoor stijgt de prijs van zorgvoorzieningen ten opzichte van de prijs van goederen en diensten in de markt. De zorguitgaven zullen daardoor stijgen. Hartwig (2006) en Pomp en Vujić (2008) schatten het Baumol-effect voor de zorguitgaven in de OECD landen en vinden dat een productiviteitsgroei van 1% in de marktsector leidt tot een stijging in de reële zorguitgaven met 0,5%. Echter, het is onzeker of dit effect zich in de toekomst ook voor zal doen, aangezien de dienstensector een steeds prominenter rol gaat spelen en deze sector ook arbeidsintensief is.

#### **Op weg naar betaalbare collectieve zorg**

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem vormt een van de meest efficiënte systemen ter wereld, maar de zorgkosten door demografische en inkomensontwikkelingen, technologische vooruitgang en het Baumol-effect naar verwachting toe. Het is een illusie om te denken dat door het nemen van de juiste maatregelen de totale zorgkosten in de toekomst kun-

<sup>1</sup> Dit kan het geval zijn, omdat de gezondheidszorg arbeidsintensief is en arbeid minder makkelijk kan worden vervangen door apparatuur. De impact van technologische ontwikkelingen is dan ook minder groot dan in de rest van de economie.

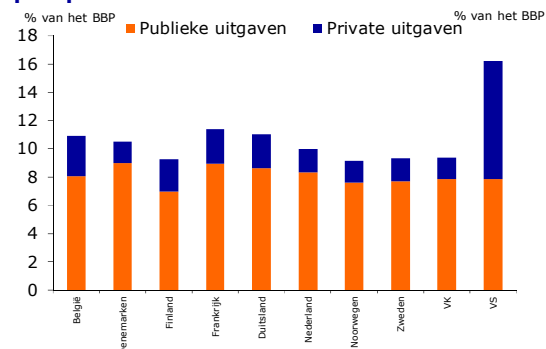
nen worden teruggedrongen. Om te voorkomen dat de overheidfinanciën in de toekomst uit de hand gaan lopen, is het echter noodzakelijk om de collectieve zorguitgaven terug te dringen. Om dit te bewerkstelligen moet er onder andere worden ingegrepen in de institutionele vormgeving van het zorgstelsel. De belangrijkste institutionele karakteristieken van de gezondheidszorg omvatten de financiering en de marktordening van de zorg (SCP, 2004). Door deze aspecten goed vorm te geven kan de overheid een belangrijke bijdrage leveren aan de beheersing van de zorgkosten. Hoewel de impact van goede vormgeving lastig te duiden is (Ligthart, 2007), veronderstellen Douven en van Spaendonck (2001) dat in landen waar de overheid door institutionele vormgeving van het gezondheidssysteem een directere greep heeft op de zorguitgaven, het kostenverloop in de zorg effectiever gestuurd kan worden. Door de introductie van open einde regelingen<sup>2</sup> zijn de wachtlijsten weliswaar spectaculair teruggelopen, maar de grip van de overheid op de zorgkosten is tegelijkertijd afgenomen.

In plaats van het keer op keer snijden in het basispakket, moet er in politiek Den Haag een standpunt worden ingenomen over wat respectievelijk onder de publieke en individuele verantwoordelijkheid valt. Er moet een fundamentele discussie plaatsvinden over wat we als samenleving voor elke ingezetene willen garanderen en we bereid om gezamenlijk te financieren en wat ingezetenen zelf maar moeten regelen. Alleen de noodzakelijke curatieve zorg hoort thuis in het basispakket, waarbij het vooral een politiek-ethische vraag is wat 'noodzakelijk' is. Bovendien moet de zorg in het basispakket doelmatig zijn in de zin dat de zorg voldoet aan bepaalde criteria op het gebied van kosteneffectiviteit die door de overheid moeten worden vastgesteld. Hoewel dergelijke

<sup>2</sup> Door de introductie van deze regelingen ontvangen zorginstellingen die meer zorg kunnen leveren en meer patiënten behandelen hiervoor ook meer gelden ontvangen.

beslissingen al snel ethische discussies oproepen is er wel wat voor te zeggen om behandelingen die de gezonde levensduur slechts zeer beperkt verlengen niet te vergoeden of behandelingen die per gezond levensjaar te duur zijn niet uit te voeren. Natuurlijk moet er voor worden gewaakt dat mensen met zeldzame aandoeningen niet buiten de boot vallen, maar hierbij kan dan duidelijk worden vermeld waarom deze zorg in het basispakket valt. Daarnaast zouden een groter gedeelte van de langdurige zorgkosten, met name de kosten die verband houden met het ouder worden, voor rekening moeten komen van de gebruikers. Op dit moment worden loophulpmiddelen, zoals rollators en wandelstokken, bijvoorbeeld deels uit het AWBZ-budget betaald. Aangezien de meeste individuen deze hulpmiddelen vroeg of laat nodig hebben, is het wellicht niet noodzakelijk om deze kosten collectief te financieren. Ook andere langdurige zorgkosten voor ouderen zouden mogelijk niet publiek gefinancierd moeten worden. Door de voorgestelde veranderingen in de financiering van de zorg, lopen de zorgkosten voor de burger op. Dit is echter een offer dat gebracht moet worden om de collectieve zorguitgaven onder de duim te houden. Bovendien is de private bijdrage in Nederland in internationaal perspectief laag (figuur 2).

**Figuur 2: Private zorgkosten in internationaal perspectief**



Bron: WHO

Aangezien de zorgkosten doorgaans pas op latere leeftijd de pan uit rijzen, kan het een goed idee zijn om mensen aan te moedigen om niet

alleen te sparen voor pensioen maar ook voor zorg. Op dit moment worden al individuele zorgspaarproducten aangeboden, maar mogelijk kunnen ze in de toekomst ook collectief gefinancierd worden, bijvoorbeeld als onderdeel van bestaande pensioenarrangementen. Op deze manier kunnen mensen vermogen opbouwen dat ze afhankelijk van hun gezondheidstoestand kunnen inzetten voor zorg.

Een andere manier om de druk op de collectieve middelen te verminderen is mensen stimuleren om langer zelfstandig te blijven wonen, aangezien verpleegzorg erg duur is. Dit kan enerzijds worden bereikt door vrijwilligers en mantelzorgers een belangrijkere rol laten spelen dan nu het geval is. In vergelijking met andere landen is de Nederlandse zorg sterk geformaliseerd en het informeler maken van de zorg kan daardoor geen kwaad. Anderzijds kan dit worden bereikt door stimulatie van Domotica in de zorg. Technologische ontwikkelingen kunnen ervoor zorgen dat ouderen en mensen met een functiebeperking langer zelfredzaam blijven wonen in de eigen woonomgeving en daardoor dus later en korter een beroep op de zorg doen.

### Conclusie

*Het is niet mogelijk om toekomstige generaties dezelfde zorgarrangementen te bieden waar huidige generaties van profiteren. De zorg zal in de toekomst niet goedkoper worden, maar wel kan worden geprobeerd om de kostenstijging zoveel mogelijk binnen de perken te houden. Politieke actie is hierbij noodzakelijk. Men moet niet jaarlijks beknibbelen op het basispakket en het eigen risico elk jaar iets ophogen, maar fundamentele wijzigingen in het Nederlandse zorgstelsel doorvoeren.*

november 2011

Ruth van de Belt (030 – 2160143)

R.Belt@rn.rabobank.nl

[www.rabobank.com/economie](http://www.rabobank.com/economie)

### Literatuurlijst

Baros, P.P. (1998). The black box of health care expenditure growth determinants. *Health economics*, 7, pp. 533-544.

Douven, R. en T. van Spaendonck (2001). Uitgavenontwikkeling in de gezondheidszorg. CPB Memorandum, 11, Den Haag.

Europese Commissie (2009). *The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States*. European Economy nr 2.

Ewijk, C. van, N. Draper, H. ter Rele, en E. Westerhout (2006). *Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances*. CPB Bijzondere Publicatie 61.

Gerdtham, U.G. en B. Jönsson (2000). *International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis*. In Culyer, A.J. en J.P. Newhouse, *Handbook of health economics*, 1A, pp. 11-53.

Hartwig, J. (2006). *What drives health care expenditure? Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited*. Working Papers nr. 133, KOF Swiss Economic Institute, ETH Zurich.

Jacobzone, S., E. Cambois en J.M. Robine (2002). *Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing ?* OECD Economic studies, 30, pp. 149-190.

Ligthart, M. (2007). *Determinanten van de gezondheidsuitgaven*. CPB Memorandum, 186, Den Haag.

Okunade, A.A., M.C. Karakus en C.V. Okeke (2004). Determinants of health expenditure growth of OECD countries: jackknife resampling plan estimates. *Health care Management Science*, 7, pp. 173-183.

Poos M.J.J.C., J.M. Smit, J. Groen, G.J. Kommer en L.C.J. Slobbe (2008). *Kosten van Ziekten in Nederland 2005: zorg voor euro's*. RIVM-rapport 270751019.

Sociaal Cultureel Planbureau (2004). *Advies ramingen verplegingen en verzorging*. Den Haag: SCP.

Van der Horst, A., L. Bettendorf, N. Draper, C. van Ewijk, R. de Mooij en H. ter Rele (2010). *Vergrijzing verdeeld: Toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën*. CPB Publicaties, 86, juni 2010.