



Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

Voorwoord	4
1 Inleiding	6
2 De zorgsector als bedrijfstak	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Gezondheidszorg: normaal en uniek	8
2.3 De normale en unieke aspecten van het zorgaanbod	9
2.4 De normale en unieke aspecten van de arbeidsmarkt	13
2.5 De normale en unieke aspecten van de financiering van de zorg	16
3 Zorg en samenleving	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Nederland in vergelijking met andere landen	19
3.3 Gezondheid en zorg dragen bij aan maatschappelijke welvaart	21
3.4 Investeren in de gezondheidszorg loont de moeite	22
4 Samenleving en zorg	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Maatschappelijke trends	25
4.3 Trends en zorgvraag	31
5 Verzekering en financiering in de zorg	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Het verzekeringsstelsel in de zorg	35
5.3 De zorguitgaven in macroperspectief	38
5.4 Uitgavenramingen en zorgquotes	40
5.5 Premieontwikkeling op microniveau	42
5.6 Tot slot	45
Samenvatting	47
Bijlage	
Onderzoek in beeld	50
Noten	57

Voorwoord

'Het kabinet zal bezien of, in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij mede rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen.'

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de bovenstaande zin uit het Regeerakkoord van 1998 opgevat als een opdracht om een discussie voor te bereiden over de toekomst van het zorgstelsel. Inmiddels zijn op dit terrein de nodige ontwikkelingen in gang gezet. Een aantal externe adviezen en notities is uitgebracht of in voorbereiding. De minister van VWS heeft maatschappelijke organisaties uitgenodigd om hun standpunten en wensen verder te articuleren. Ook op ambtelijk niveau worden voorbereidingen getroffen voor de vernieuwing van het stelsel.

Ontwikkelingen binnen en buiten de zorg wekken bij menigeen de indruk dat de tijd meer dan ooit rijp is voor veranderingen in het stelsel. Binnen de gezondheidszorg lijken knelpunten steeds nijpender te worden, ondanks de groei van de financiële middelen van de afgelopen jaren. Van buiten af doen onder meer de toegenomen welvaart, technologie, demografische factoren en Europa hun invloed gelden. Ook een andere houding van de burger ten aanzien van de zorg is van betekenis. Tezamen geven deze ontwikkelingen aanleiding tot de vraag naar de toekomstige houdbaarheid van het huidige stelsel.

Afgaande op de media en congresserend Nederland lijkt in toenemende mate een 'stelseldebat' te ontstaan. Een impuls daartoe heeft het ministerie van VWS op 10 april 2000 gegeven door een conferentie te organiseren in het Scheveningse Kurhaus. Daarvan is al eerder een verslag gepubliceerd onder de titel *Met zorg veranderen*. Uiteenlopende organisaties en deskundigen, binnen en buiten de zorg, hebben zich tot dusver in het debat gemengd en zich uitgesproken over verschillende aspecten. Die inbreng is nodig en waardevol. Naar verwachting neemt de maatschappelijke discussie de komende maanden verder toe en het ministerie van VWS streeft ernaar daarbij een actieve rol te vervullen.

Die actieve rol blijkt ook uit enkele publicaties die het ministerie van VWS uitbrengt, ter voorbereiding op de gedachtevorming die later in het kabinet en in het parlement plaatsvindt. De publicaties zijn bedoeld om de maatschappelijke discussie verder te stimuleren en brengen daartoe relevante informatie bijeen. Vóór de zomer van 2001 zendt het kabinet een nota over de toekomst van het stelsel aan

het parlement. Bij de totstandkoming van die nota spelen de uitkomsten van de maatschappelijke discussie een belangrijke rol.

In de publicaties komen de volgende thema's aan bod:

- ontwikkelingen en vraagstukken binnen het huidige zorgstelsel;
- sociaal-economische aspecten van het stelsel;
- internationaal-rechtelijke, met name Europese, aspecten.

De publicaties zijn een product van ambtelijke studiegroepen, bestaande uit medewerkers van het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën. Zij hebben op basis van adviezen, literatuur en andere bronnen informatie bij elkaar gebracht die relevant is voor een discussie over het zorg- en verzekeringsstelsel. Ook hebben de studiegroepen gebruikgemaakt van signalen die de afgelopen maanden door verschillende maatschappelijke organisaties zijn afgegeven.

Bij de totstandkoming van deze publicatie zijn betrokken geweest: G.J. Buijs, S.P. Dannenburg-Bijl, B.M.E. Geurts (ministerie van Financiën), H.R. Hurts, B.M. Jansen, K.G.H. Okma, R.A.G. van Puijenbroek, J. T. Schokker, G.M. Warmerdam, G.J.H.C. Wiggers, M. Willemsen (ministerie van Financiën).

Deze tekst is nadrukkelijk bedoeld als bijdrage aan het maatschappelijk debat. De analyses in de tekst zijn niet uitputtend – rond ieder onderwerp bestaan uitgebreidere documenten van instanties als het CPB, de RVZ, de SER, het SCP, de WRR en andere – en de tekst is ook niet bedoeld als een stellingname. De publicatie wil er wel toe aanzetten na te denken over de toekomstige inrichting van het zorg- en verzekeringsstelsel. Ik hoop dat velen er zich dan ook door aangesproken voelen hun inbreng in het komende debat te leveren.

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Directeur-Generaal Zorg,

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1 Inleiding

In het Regeerakkoord is afgesproken te bezien of het noodzakelijk is veranderingen tot stand te brengen in het complex van wet- en regelgeving rondom de gezondheidszorg, in het licht van een aantal maatschappelijke trends. Deze publicatie brengt een aantal trends in beeld die in dit opzicht relevant zijn; centraal staat de plaats van de zorg in sociaal-economische ontwikkelingen.

Dit rapport schetst niet alleen een beeld van de successen van de gezondheidszorg, maar ook van de problemen. Het uiteindelijke doel van deze inventarisatie en de verdere discussie over het zorgstelsel is tweeledig. Ten eerste is het doel, een oplossing te vinden voor concrete, actuele problemen met een structureel karakter. Ten tweede is het van belang om de verwachte ontwikkelingen, die de nodige dynamiek in de gezondheidszorg teweeg zullen brengen, in te passen in het zorgstelsel. Bij het bereiken van deze doelstellingen kunnen veranderingen in de wet- en regelgeving functioneel zijn.

De invalshoek van deze publicatie

De gezondheidszorg kan vanuit verschillende invalshoeken worden beschouwd: medisch, epidemiologisch, sociaal-wetenschappelijk, bestuurskundig, bedrijfskundig, juridisch. Deze publicatie is geschreven vanuit een algemene sociaal-economische invalshoek. Ook deze invalshoek draagt bij aan begrip van de complexe gezondheidszorg en de eventuele knelpunten en dilemma's die zich daar voordoen. De keuze voor een economische invalshoek is bedoeld als toevoeging op de andere manieren om de zorg te bekijken.

AI brengt de economische invalshoek een eigen terminologie met zich mee, hopelijk vormt die geen grote barrière voor de niet-economen om mee te denken over gezondheidszorg – die immers ook in economische zin bijzonder boeiend is.

Vanuit het genoemde, sociaal-economische gezichtspunt besteedt deze publicatie aandacht aan de ontwikkeling van het gezondheidszorgstelsel. Uitgangspunt is de vraag: welke ontwikkelingen en trends in de samenleving in het algemeen en in de economie in het bijzonder hebben de komende decennia gevolgen voor de gezondheidszorg? Daarbij dienen zich verschillende, met elkaar samenhangende, deelvragen aan. Hoe zal de vraag naar gezondheidszorgproducten zich ontwikkelen? Hoe zal het volume ofwel het aanbod van de gezondheidszorg zich ontwikkelen? En ten slotte: hoe zal de financieringslast voor de burger zich ontwikkelen bij een groeiende gezondheidszorg?

Leeswijzer

De opbouw van deze publicatie is als volgt. Na de inleiding gaat het tweede hoofdstuk in op de normale en unieke aspecten van de gezondheidszorg als bedrijfstak. In hoofdstuk 3 wordt de gezondheidszorg in Nederland vergeleken met die in andere landen. Bovendien wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de positieve betekenis van een goede gezondheidszorg voor de maatschappij als geheel. In hoofdstuk 4 verandert het gezichtspunt: daar gaat het om de betekenis van maatschappelijke trends voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. In hoofdstuk 5 staat de financiering van de gezondheidszorg in de nabije toekomst centraal. De tekst sluit af met een samenvatting.

2 De zorgsector als bedrijfstak

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beeld van de zorgsector als bedrijfstak. Daarbij is als invalshoek gekozen: de 'normale' en 'unieke' eigenschappen van de zorgsector. Deze invalshoek wordt toegelicht in paragraaf 2.2. In de paragrafen 2.3, 2.4 en 2.5 komen respectievelijk de aanbieders, de werknemers en de financiering van de zorg aan de orde, waarbij we enkele normale en enkele unieke eigenschappen aanstippen. Deze begrippen zijn vanzelfsprekend relatief en niet normatief. 'Normaal' is wat in verschillende bedrijfstakken voorkomt, 'uniek' noemen we wat tot op zekere hoogte kenmerkend is voor de gezondheidszorg.

De bedrijfstak gezondheidszorg heeft zowel eigenschappen die overeenkomen met andere sectoren, als unieke kenmerken. De normale eigenschappen van de zorg illustreren we aan de hand van andere sectoren. De kenmerken van de sector krijgen daardoor een passender perspectief. Daarmee wordt ook de samenhang beter aangegeven, niet om mogelijke problemen te bagatelliseren maar meer om de ruimte voor oplossingen aan te geven. De groeiende vraag naar personeel in de zorg én in andere bedrijfstakken maakt het probleem van de krappe arbeidsmarkt bijvoorbeeld zelfs groter.

De unieke aspecten van de gezondheidszorg kunnen ons een zeker relativeringsvermogen geven. Zij leren ons dat een perfect systeem van financiering, organisatie en sturing voor de zorg niet bestaat. Bij de afweging van dilemma's zijn onvolkomenheden gegevenheden.

2.2 Gezondheidszorg: normaal en uniek

Eenzijds is de gezondheidszorg een bedrijfstak als zovele in de Nederlandse samenleving. Er zijn vragers en aanbieders, er zijn technologische vernieuwingen, er wordt gewerkt en geïnvesteerd. Instellingen fuseren en werken samen en nieuwe organisaties worden opgericht. Er zijn moeilijk vervulbare vacatures en 'Europa' speelt een steeds grotere rol. Er zijn tevreden klanten, klagende klanten en vooral steeds meer kritisch meedenkende klanten. Er zijn soepel draaiende aanbieders, er zijn aanbieders die kampen met tal van problemen. Nieuwe producten worden ontwikkeld en oude verdwijnen. Er is sprake van een divers productenaanbod waarbinnen flink gesubstitueerd kan worden.

1 De noten treft u aan op de pagina's 57 t/m 59

Anderzijds is de gezondheidszorg een unieke bedrijfstak binnen de Nederlandse samenleving¹. Ten eerste gaat de gezondheidszorg als geen andere sector over leven, dood en alle vormen van afhankelijkheid die daarmee samenhangen. De min

of meer afhankelijke positie van de patiënt/cliënt ten opzichte van de aanbieders van zorg, maakt het hem of haar moeilijker om zich te gedragen als een 'normale', kritisch meedenkende consument. Er ontstaat zo een relatief grote voorsprong in informatie van de aanbieder op de patiënt/cliënt. Ten tweede is de gezondheidszorg een van de weinige sectoren waar het nut vooral individueel wordt beleefd, terwijl de financiering vooral collectief is geregeld. Ook sectoren als defensie en openbare orde zijn collectief gefinancierd, maar het nut van deze sectoren is eveneens sterk collectief. In private sectoren liggen het nut én de financiering op individueel niveau. Enigszins vergelijkbaar met de gezondheidszorg is het onderwijs. Het individu heeft baat bij het onderwijs dat hij krijgt, zonder dat hij zelf daarvoor (veel) hoeft te betalen. Het gebruik van het onderwijs is echter veel gelijkmatiger gespreid over de burgers dan het gebruik van de gezondheidszorg. Sommige mensen maken – noodgedwongen – honderden keren meer gebruik van de gezondheidszorg dan anderen. Deze zeer ongelijke verdeling leidt tot tal van unieke vraagstukken op het gebied van de sturing, solidariteit en toegankelijkheid. Ten derde is er geen andere sector dan de gezondheidszorg waarop zo veel exogene ontwikkelingen zo'n grote impact kunnen hebben. Daarbij valt te denken aan demografische ontwikkelingen, epidemiologische ontwikkelingen, beleidsmatige ontwikkelingen in de woningbouw en de sociale zekerheid, inkomensontwikkeling en arbeidsparticipatie. Maar ook gedragsontwikkelingen als het gaat om bijvoorbeeld vet- en alcoholconsumptie, bewegen en seksueel gedrag, sociale ontwikkelingen zoals de gezinssamenstelling en de mantelzorg, politieke en maatschappelijke veranderingen in de houding ten opzichte van bijvoorbeeld inkomenssolidariteit spelen een rol. Al deze ontwikkelingen bepalen in belangrijke mate hoe het verder moet en kan met de gezondheidszorg. Om de complexiteit verder te vergroten, heeft de ontwikkeling van de gezondheidszorg zelf ook weer invloed op alle genoemde ontwikkelingen. Deze verwevenheid van de gezondheidszorg met zo veel andere aspecten van onze samenleving is uniek. Tot slot is de gezondheidszorg een zeer omvangrijke sector, zo'n 9% van het bruto binnenlands product (BBP) wordt aan de gezondheidszorg uitgegeven. Omdat binnen de gezondheidszorg bijna alles met alles samenhangt, ontstaat een ingewikkeld sturingsvraagstuk.

2.3 De normale en unieke aspecten van het zorgaanbod

Het 'unieke' van het zorgaanbod is de impact die de aangeboden diensten en producten kunnen hebben op de gebruikers. De producten en diensten van de gezondheidszorg hebben te maken met het leven, de dood en alle vormen van afhankelijkheid die daarbij kunnen horen. Het al dan niet (op tijd) ontvangen van de juiste diensten en producten van de gezondheidszorg kan gezondheidsschade voorkomen of juist veroorzaken. Deze grote impact en de bijbehorende emoties maken dat de consument minder in staat is het ingewikkelde product objectief kritisch te beoordelen. Zorgaanbieders, zeker in het curatief-medische segment, hebben zodoende een uniek dominante positie in de relatie tussen aanbieder en vrager.

Afgezien van bovengenoemd aspect is de gezondheidszorg in tal van opzichten een 'normale' bedrijfstak. Kenmerken van de gezondheidszorg als bedrijfstak zijn de omvang, de arbeids- en kennisintensiteit, de dynamiek en de grote range aan producten en diensten.

De gezondheidszorg is omvangrijk. Dat kunnen we op verschillende manieren verduidelijken. De verwachte 'omzet' van de gezondheidszorg voor het jaar 2000 bedraagt 76 miljard². Dit is meer dan de gerealiseerde omzet van Philips in 1999. Een multinational als Unilever is wel groter dan de Nederlandse zorg. De omzet van Shell torent boven de andere drie uit. Maar alle drie de multinationals zijn 'kleine jongens' als het gaat om de aantallen personeel. In FTE's (fulltime-eenheden) is de gezondheidszorg groter dan de drie multinationals bij elkaar. Ook vergeleken met bedrijfstakken zoals de informatie- en communicatietechnologie (ICT), het transport of het onderwijs is de gezondheidszorg omvangrijk, zowel in omzet als in aantal werkzame personen. De waarde van de productie van de bouw is wel hoger, maar er werken honderdduizenden mensen meer in de zorg.

De zorg is een arbeidsintensieve bedrijfstak. Dat blijkt uit de vergelijking met de multinationals. Shell draait drie maal meer omzet met een fractie van het aantal mensen. In arbeidsintensiteit lijken onderwijs en gezondheidszorg op elkaar. Het onderwijs is ongeveer even arbeidsintensief, de verhouding tussen de omzet en de inzet van mensen is gelijk aan die van de zorg. De omzet van de gezondheidszorg als percentage van het nationale inkomen – ook wel zorgquote genoemd – bedraagt 8,6% in 2000. Het aantal mensen dat in de gezondheidszorg werkt bedraagt 10,5% van de totale Nederlandse werkzame bevolking. Op de inzet van arbeid in de gezondheidszorg wordt in paragraaf 2.4 verder ingegaan.

Tabel 2.1 Omzet en aantallen werkzame personen in diverse bedrijven en sectoren

	Omzet/uitgaven/ productie (in mld.)	Werkzame personen, werkgelegenh.	Bron
Philips, 1999	69,3	227.000	www.philips.com
Unilever, 1999	90,3	255.000	www.unilever.com
Shell, 1999	218,0	99.000	www.shell.nl
Gezondheidszorg, 2000	76,0	+/- 850.000	MEV 2001
Onderwijs, 1998	33,8	354.000	Nationale Rekeningen 1998
Bouwnijverheid, 1998	108,7	481.000	Nationale Rekeningen 1998
Computerservicebureaus e.d., 1998	18,7	96.000	Nationale Rekeningen 1998
Vervoer (land, water, lucht), 1998	51,4	236.000	Nationale Rekeningen 1998
Nederland, BBP, 2000	872,9	8.116.000	CEP

De gezondheidszorg heeft een brede range aan 'producten'. Tabel 2.2 geeft een lange, maar niet volledige lijst van verschillende typen zorgaanbieders, elk met een eigen aanbod van producten en diensten, van kraamzorg tot aanleunwoningen. In de afgelopen tien jaar liet de gezondheidszorg in organisatorische zin een flinke dynamiek zien. Het aantal algemene ziekenhuizen is in die periode bijvoorbeeld met 14% afgenomen en het aantal verzorgingshuizen daalde met 8%. De fusiegolf die door de Nederlandse samenleving is gegaan, heeft de gezondheidszorg niet overgeslagen. Ondanks de daling van het aantal algemene ziekenhuizen zijn de twee productie-indicatoren (opnamen en eerste polikliniekbezoeken) verder gestegen. Niet alleen hebben zorgaanbieders onderling gezocht naar de voordelen van samenwerking, ook de eigen interne organisatie van de zorgaanbieders is onder de loep genomen vanuit het perspectief van de kwaliteit en de efficiency van de zorgverlening. Er is ook duidelijk sprake geweest van uitbreiding van capaciteit in bepaalde sectoren. Het aantal aanleunwoningen is toegenomen met 10%, het aantal instellingen voor verstandelijk gehandicapten met 3% en het aantal medisch kleuterdagverblijven met 45%. Dergelijke ontwikkelingen in capaciteit en op het organisatorische vlak duiden allesbehalve op stilstand.

Niet alle ontwikkelingen die spreken uit de veranderde aantallen aanbieders zijn een gevolg geweest van bewust gevoerd overheidsbeleid. De bedrijfstak gezondheidszorg ontwikkelt zich zowel dankzij als ondanks beleidsinspanningen. Het is – met het oog op een discussie over de inrichting van de zorg – belangrijk om te beseffen dat zowel de organisatie van de bedrijfstak als het aanbod van diensten in een periode van tien jaar aanzienlijk kan veranderen, ook al is dit weinig zichtbaar van jaar op jaar.

Uit tabel 2.2 blijkt ook dat miljoenen mensen 'klant' zijn bij de gezondheidszorg. De meeste mensen nemen weinig intensieve diensten af, enkelen zeer intensieve diensten. Samen met het grote aantal werkzame personen in de zorg, betekent dit dat veel mensen zelf of in hun directe omgeving te maken hebben met de zorgsector. Dit verklaart de grote betrokkenheid van de Nederlandse bevolking bij – veranderingen in – de zorgsector.

Tabel 2.2 Aantallen aanbieders en hun productie

	Aantal aanbieders		'Een' productie-indicator (x 1000)		
	1990	1997 of '98	1990	1997 of '98	
Algemene ziekenhuizen	124	107	1.306,0	1.324,0	opnamen
			5.614,0	6.279,0	1 ^{ste} polibezoeken
Academische ziekenhuizen	9	8	195,0	201,0	opnamen
			641,0	648,0	1 ^{ste} polibezoeken
Psychiatrische ziekenhuizen	80	79	36,2	53,4	opnamen
			540,0	1.151,0	dagbehandelingsdagen
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	121	141	3,6	3,6	1 ^{ste} opnamen
			71,0	221,0	dagbehandelingsdagen
Verpleeghuizen	326	336	43,0	54,2	opnamen
			752,0	1.189,0	dagbehandelingsdagen
Medisch kleuterdagverblijven	32	58	1,3	1,7	opnamen
Instellingen voor thuiszorg (1995 ipv 1990)	148	132	592,0	568,0	cliënten
			150,2	148,4	verzorging kraamzorg
Huisartsen	4.754	4.808	55.000,0	57.500,0	contacten
Zelfstandige apotheken	1.423	1.547	-		
Gezinsvervangende tehuizen	569	671	5.200,0	6.700,0	verzorgingsdagen
Dagverblijven	340	367	3.800,0	5.000,0	verzorgingsdagen
Verzorgingshuizen	1.514	1.394	136,0	111,7	bewoners
Aanleunwoningen (1994 ipv 1990)	46.442	51.690	-		

Bron: CBS vademecum Gezondheidszorg, 1999

De gezondheidszorg is dus in diverse opzichten groot, dynamisch en arbeidsintensief. Dit heeft consequenties voor de knelpunten en dilemma's die zich voor kunnen doen:

- De omvang van de sector impliceert dat zich altijd wel ergens een operationeel probleem zal voordoen. De essentiële vraag is of de inrichting van de zorg de meest betrokkenen voldoende in staat stelt dergelijke problemen op te sporen en op te lossen.
- De dynamiek van de sector brengt met zich mee dat wet- en regelgeving altijd in zekere mate achter de feiten aanloopt. Regelgeving moet enerzijds niet te snel worden aangepast in een dynamische omgeving, anderzijds mag regelgeving ook niet blijvend gewenste ontwikkelingen frustreren. Het is dus lastig om adequate wet- en regelgeving te maken voor zo'n dynamische sector.
- De kwaliteit van het product van de gezondheidszorg wordt mede bepaald door de snelheid waarmee tegemoet kan worden gekomen aan de vraag. Op de wachtlijst staan voor een verbouwing van je huis is van een andere orde dan op de wachtlijst staan voor – soms dringend gewenste – zorg. Dit maakt het nood-

zakelijk om enige overcapaciteit te reserveren. Personeelstekorten hebben directe gevolgen voor de snelheid van de te leveren zorgproductie. Een bedrijfsmatig concept als just-in-time-management kan dan ook niet onverkort op de zorg van toepassing zijn.

- De sector is arbeidsintensief. Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zijn dus cruciaal voor het adequaat functioneren van de sector. Tegelijkertijd kan de arbeidsmarkt in de zorg niet los worden gezien van de totale arbeidsmarkt en dus ook niet van de rest van de economie.

2.4 De normale en unieke aspecten van de arbeidsmarkt

Kenmerken van de arbeidsinzet in de zorgsector

In 2000 werken ongeveer 850.000 mensen in de zorgsector.⁴ Dit aantal is de laatste jaren flink gegroeid. In de periode 1994-1998 is de jaarlijkse groei van het aantal werkzame personen in de sector 2,9% geweest. Op de hele Nederlandse arbeidsmarkt lag deze groei op zo'n 2,4%.

Het aantal arbeidsplaatsen, gemeten in FTE's, groeit in de zorg daarentegen met zo'n 2,1% per jaar, tegenover zo'n 2,4% totaal, in dezelfde periode. De deeltijdfactor is in Nederland als geheel dus nauwelijks toegenomen sinds 1994, maar in de zorg wel aanzienlijk: het aantal werkzame personen is sterker gestegen dan het aantal arbeidsplaatsen. De gezondheidszorg is de deeltijdsector bij uitstek. In de bouw werkt nagenoeg iedereen voltijds, in de horeca zijn heel veel kleine baantjes. In het openbaar bestuur werkt drie kwart van de mensen voltijds, maar wint de grotere deeltijd baan van 20 tot 35 uur per week terrein. In de gezondheidszorg heeft bijna 40% van de mensen een grotere deeltijd baan. Er is geen andere sector die dit percentage evenaart. Ook voor de kleinere deeltijd banen (12 tot 20 uur) is de gezondheidszorg de koploper. Of anders gezegd, in geen andere sector dan de zorg werken minder mensen voltijds. Onderwijs volgt dit patroon (veel grote en kleinere deeltijd banen, weinig voltijds banen), maar minder uitgesproken.

Tabel 2.3 Parttime werkenden in diverse sectoren (in percentages)

	Minder dan 12 uur per week	12-20 uur per week	20-35 uur per week	Meer dan 35 uur per week
Bouwnijverheid	1,7	1,3	3,6	93,4
Horeca	33,1	10,8	20,1	36,1
Openbaar bestuur	1,7	6,2	15,6	76,5
Onderwijs	10,7	12,4	27,7	49,5
Gezondheids- en welzijnszorg	13,6	19,4	37,7	29,3
Totaal	10,8	8,7	18,2	62,3

Bron: CBS, 1997

De gezondheidszorg laat zich niet alleen kenschetsen als de deeltijdsector, maar is ook de vrouwensector bij uitstek. Van alle werkzame personen in de zorg is 80% vrouw. De enige andere sectoren – naast de zorg – waar vrouwen in de meerderheid zijn, zijn de detailhandel (59% vrouwen) en de horeca (51%). Het aandeel van vrouwen is in de beroepsgroep verplegenden en verzorgenden zelfs rond de 90%.

Tabel 2.4 Verdeling mannen/vrouwen in diverse sectoren (in percentages)

	Werkzame mannen	Werkzame vrouwen
Bouwnijverheid	92	8
Horeca	49	51
Onderwijs	50	50
Detailhandel en reparatie	41	59
Gezondheids- en welzijnszorg	21	79
Totaal	57	43

Bron: CBS, 1998

De gezondheidszorg is niet alleen arbeidsintensief, maar gemiddeld genomen ook kennisintensief. Het opleidingspatroon ligt hoger dan gemiddeld.

Tabel 2.5 Opleidingsniveau van werknemers in 1998 (in percentages)

Opleiding	Zorg en welzijn	Nederland totaal
Basisonderwijs	4	7
MAVO/LBO	11	21
HAVO/VWO/MBO	50	44
HBO	23	19
WO	12	9

Bron: RAZW, 1999

Behalve naar opleiding kunnen we de beroepen in de gezondheidszorg ook indelen naar inhoudelijk takenpakket. Zo ontstaat een indeling in drieën. Ten eerste is er het hoogopgeleide medisch en paramedisch personeel. Een deel van deze groep heeft een bijzonder lange opleiding afgerond voordat men zelfstandig het beroep kan uitoefenen. Een kleine 5% van het aantal werkzame personen in de gezondheidszorg heeft een medisch beroep (huisarts, specialist, verloskundige, apotheker, tandarts).⁵ Naast de medici zijn er de paramedici. Zij hebben in de regel een specialistische opleiding gehad op hbo-niveau en kunnen eerder zelfstandig het beroep uitoefenen dan de medici. Een kleine 4% van het aantal werkzame perso-

nen in de gezondheid is paramedicus (fysiotherapeut, diëtist, radiologisch laborant).

De tweede groep is de grootste in omvang. Het verplegend en verzorgend personeel maakt ruim 46% uit van het aantal werkenden in de zorg. Deze groep is gericht opgeleid om te werken in de gezondheidszorg op diverse niveaus.

Daarbuiten hebben zij nauwelijks gelegenheid om hun beroep uit te oefenen. Naast deze werknemers die direct contact hebben met patiënten, is er een groep werknemers die assisterende beroepen uitoefenen. Ook zij hebben een gerichte opleiding gevolgd (operatieassistent, apothekersassistent, medisch analist). Een kleine 7% van de werkenden in de zorg heeft een dergelijke assisterende functie.

Tot slot heeft de derde groep (ruim 38%) geen gerichte opleiding gevolgd voor de gezondheidszorg. In principe zouden zij ook kunnen kiezen voor werk buiten de zorg. Het gaat om mensen die werken in de receptie, de bewaking, de administratie, de schoonmaak, het management enzovoort.

Beschouwing van de normale en unieke kenmerken

Ook de personeelsinzet in de gezondheidszorg kent 'normale' kenmerken, vergelijkbaar met andere sectoren, en meer 'unieke' kenmerken. Enkele normale aspecten zijn bijvoorbeeld het groeiend aantal vacatures, de vergrijzing van de arbeidspopulatie en de upgradering van de verschillende beroepen.

- Elke bedrijfstak kent het laatste jaar een groeiend aantal – moeilijk vervulbare – vacatures, ook de gezondheidszorg. Het blijkt zelfs dat de zorgsector relatief nog weinig vacatures kent.⁶ Voor de toekomst is de gezondheidszorg echter kwetsbaar voor vacatures. De zorg kent de grootste instroom vanuit 'de schoolbanken' en het dalend aantal jongeren is daarom een ongunstig perspectief.
- Net als in andere sectoren vergrijst de arbeidspopulatie in de zorg. Uit recent onderzoek blijkt dat deze vergrijzing in de zorg relatief snel gaat, omdat er minder dan vroeger wordt gestopt met werken halverwege de loopbaan.⁷ Vergrijzing van de arbeidspopulatie levert in zijn algemeenheid meer problemen op bij werk met een aanzienlijke fysieke component en bij werken op onregelmatige tijden. Deze aspecten van de arbeidsomstandigheden zijn meer dan gemiddeld van toepassing in de zorgsector en vormen een belasting voor ouder wordend personeel.
- En tot slot is er ook in de gezondheidszorg – net als in andere sectoren – sprake van een upgradering van de verschillende beroepen. De opleidingseisen en de vaardigheidseisen zijn de afgelopen jaren geleidelijk aan verhoogd.

De personeelsinzet in de gezondheidszorg kent ook enkele meer unieke kenmerken:

- Het medisch specialistisch personeel kent een bijzonder lange opleidingstijd voordat men zelfstandig het beroep kan uitoefenen. Andere kleine beroepsgroe-

pen, zoals piloten, rechters en accountants kennen dit fenomeen ook. Een bijzonder kenmerk is dat medisch specialisten het laatste deel van hun opleiding voornamelijk in een 'een-op-een'-leersituatie met een 'volleerd' specialist kunnen afmaken. Dit gegeven maakt het oplossen van eventuele knelpunten op dit terrein – bijvoorbeeld een groeiende wens van medisch specialisten om meer parttime te werken – een kwestie van lange adem.

- De gezondheidszorg – zie eerder – is bij uitstek de sector waar vrouwen werken in een grotere parttimebaan. Wanneer het gaat om de specifiekere dilemma's voor werkende vrouwen, staat de gezondheidszorg vooraan. Denk daarbij aan het combineren van verantwoordelijkheden in privé- en werksfeer, de veiligheid op en rondom het werk ook in de avonden, omgaan met seksuele intimidatie, kinderopvang op onregelmatige tijden, veranderingen in de arbeidsduur gedurende de loopbaan. Dit vraagt ook om specifieke aandacht van de werkgevers in de zorg.
- Eenvoudige vormen van zorg – wassen, voeden, huishoudelijke hulp, hulp bij medicatie en hulpmiddelen – kunnen zowel door de professionele zorg worden verleend als door zogenoemde mantelzorgers. In geen andere sector dan de zorg is de potentiële substitutie tussen professionele inzet en de inzet van 'amateurs' zo groot. De benodigde inzet van werknemers in de zorg is daarmee afhankelijk van andere ontwikkelingen in de maatschappij.

2.5 De normale en unieke aspecten van de financiering van de zorg

Het normale aspect van de gezondheidszorg is dat er betaald moet worden voor de geleverde diensten en producten, net als voor alle andere geleverde diensten en producten. De betaling onttrekt zich in de regel aan het zicht van de gebruiker. De geleverde diensten en producten lijken zo wel gratis en sommige consumenten behandelen de zorgaanbieders en hun diensten ook met die attitude. Maar zonder een redelijke vergoeding voor hun inzet zijn werknemers in de zorg niet bereid te werken, zonder betaling voor de geleverde producten (intermediaire leveringen, rente, gebouwen en apparatuur) zijn andere sectoren niet bereid te leveren aan de zorg. Dat er betaald moet worden voor de zorg is 'normaal', de manier waarop is 'uniek'.

Verzekeringen

In 'normale' bedrijfstakken kiest de consument een dienst of een product uit, eventueel na meer of minder deskundig advies te hebben ingewonnen, en betaalt dan de rekening. In de gezondheidszorg is zo'n directe relatie tussen 'gebruik' en betaling niet altijd mogelijk en meestal ook niet wenselijk. Ten eerste kunnen de producten en diensten van de gezondheidszorg – zelfs heel plotseling – zeer duur worden voor een individu. Zo duur dat eigenlijk niemand ze zelf kan betalen. Deze situatie maakt een verzekeringsstelsel nodig, waarin grote groepen individuen het risico

delen. Ten tweede kunnen voor lagere-inkomensgroepen ook kleinere bedragen een rem zijn om gebruik te maken van noodzakelijke diensten en producten van de gezondheidszorg. Dat wordt niet acceptabel geacht door een grote meerderheid van de Nederlandse bevolking. Bovendien is het 'op tijd' gebruikmaken van zorg soms nodig om duurdere interventies in een later stadium te voorkomen. De mogelijkheden om onnodig gebruik van de zorg te voorkomen (met andere woorden: het stimuleren van 'gepast gebruik') door een directere financiële relatie te leggen met het gebruik, worden begrensd doordat we nuttig en noodzakelijk gebruik niet willen belemmeren.

In deze situatie brengt het (verplichte deel van het) verzekeringsstelsel uitkomst. De relatie tussen gebruik van de gezondheidszorg en de betaling daarvan wordt een stuk losser. Als de premie is betaald, brengt het (additioneel) gebruik van de gezondheidszorg geen hoge, onbegrensde kosten meer met zich mee. Een uitvloeisel van het verzekeringsstelsel is wel dat er een beheersingsmechanisme wegvalt. Omdat de directe prijsprikkel is weggenomen, is een integrale afweging tussen kosten en baten niet goed meer mogelijk, waardoor een opwaartse druk ontstaat voor patiënten en zorgaanbieders om gebruik te maken van duurdere interventies dan strikt noodzakelijk. Dit probleem is inherent aan verzekeren en wordt ook wel het 'moral-hazard'-effect genoemd. Andere typen verzekeringen (zoals reis-, levens- en autoverzekeringen) kennen vaak eigen bijdragen, eigen risico's, bonus-malustreden of speciale clausules (zoals geen uitkering op de levensverzekering na suïcide) om dit moral-hazard-probleem terug te dringen.

Budgetten

De overheid is verantwoordelijk voor een betaalbare gezondheidszorg op macroniveau. Een dure gezondheidszorg op macroniveau is uiteindelijk ook een dure gezondheidszorg op microniveau. En dat kan de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen in de samenleving in gevaar brengen, omdat het draagvlak voor solidariteitsbijdragen onder druk komt te staan.⁸ Tussen de premiebetalingen van burgers aan diverse verzekeraars en de kosten die zorgaanbieders maken om de zorg te kunnen leveren, zijn daarom budgetten op instellingsniveau en budgetten voor verzekeraars gezet. Dit beperkt de beschikbare ruimte zodat alsnog door instellingen en verzekeraars een integrale afweging wordt gemaakt over de inzet van de middelen. Dit beheersingsmechanisme komt in de plaats van de directe kosten-batenanalyse van consumenten, die wegvalt door het verzekeringsstelsel. De uitgaven aan de gezondheidszorg zijn met budgetten beter beheersbaar op macroniveau en daarmee blijven de premies beter betaalbaar op microniveau.

Een bijkomend voordeel van budgetten is dat ze een goed instrument vormen om op afstand mee te sturen. Beheersmatige beslissingen kunnen met een vrij besteedbaar budget genomen worden door degenen die daar het meeste zicht op hebben. Maar de bestaande budgetsystematiek kent ook nadelen, waarvan starheid

er één is. Een instelling die zich goed organiseert, veel patiënten behandelt in korte tijd, veel initiatieven ontplooit tot samenwerking met andere zorgaanbieders, ziet deze inspanningen in de praktijk lang niet altijd beloond met een hoger budget. Een instelling die zich minder inspant, is toch verzekerd van het toegezegde budget. Kortom, de toekenning van budgetten is onvoldoende gebaseerd op de feitelijk te leveren en geleverde inspanningen. De uit de budgetten afgeleide tarieven weerspiegelen onvoldoende de kostprijs van het product en daarmee de relatieve schaarsteverhoudingen. Of, zoals in de bestuurlijke evaluatie van de Wet tarieven gezondheidszorg⁹ is opgemerkt: stimulering van een vraaggericht zorgsysteem vraagt om productgerichte vergoedingen. Verzekeraars hebben nog onvoldoende instrumentarium kunnen ontwikkelen om instellingen te contracteren voor (en af te rekenen op) een vastgelegde 'output'. Een bijkomend nadeel van de bestaande budgetsystematiek is de hoge administratieve lastendruk die ervan uitgaat.¹⁰ Het kost veel tijd en energie om het steeds verder verfijnde systeem van budgetregels uit te voeren.

Productie en financiering

Tussen het budget van de individuele instelling en de premie-inkomsten van de diverse verzekeraars is een administratief systeem nodig om de twee geldstromen aan elkaar te koppelen. Dit 'administratieve systeem' bestaat uit de productieafspraken en de financiering. Eén instelling maakt met verschillende verzekeraars afspraken over opnamen en verpleegdagen. Aan de opnamen en verpleegdagen komt een administratief prijskaartje te hangen. Elke verzekeraar betaalt dit bedrag per opname of verpleegdag. Zo wordt het budget uit een bepaald jaar gevuld. Als achteraf blijkt dat de som van alle betalingen van alle verschillende verzekeraars niet overeenkomt met het van tevoren afgesproken budget, wordt dit later verrekend. Soms zijn verzekeraars bezig met het betalen van budgetten uit verschillende jaren tegelijk. Dit kan als er achterstanden zijn ontstaan in het betalen van de rekeningen. Dit zijn enkele aspecten van het 'administratieve systeem' tussen de premie-inkomsten van de verzekeraar en het budget van de zorgaanbieder.

De ongelijkheden in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg kent dus diverse soorten geld: premies, budgetten, kosten, productieafspraken en de financiering. Om de situatie te compliceren zijn deze geldstromen niet per definitie gelijk aan elkaar. In de praktijk is zelfs geen van deze geldstromen gelijk aan een ander. Dit maakt de gezondheidszorg een lastig te doorgronden bedrijfstak. Gegeven de politieke keuze voor een brede verzekering met in het collectief gefinancierde deel een beperkt deel aan directe betalingen door de gebruiker van zorg, is een ingewikkeld systeem logisch en noodzakelijk. Maar de starheid en de administratieve lasten van het huidige systeem zijn gaan knellen. Keuzemogelijkheden van burgers zijn ongelijk en beperkt. De incentive-structuur voor aanbieders van zorg kent zwakke plekken. Dit alles vraagt om een heroriëntatie op de taken die verschillende partijen in het zorgbestel hebben.

3 Zorg en samenleving

3.1 Inleiding

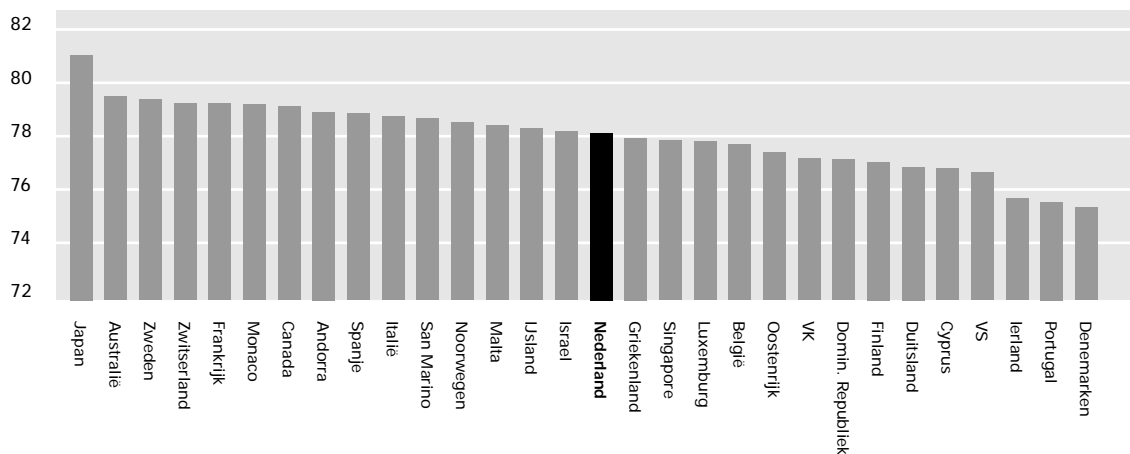
In het vorige hoofdstuk is de gezondheidszorg op zichzelf beschouwd. In dit hoofdstuk komt aan de orde wat deze sector betekent voor de samenleving. De gezondheidszorg wordt door de stijgende uitgaven en, tot voor kort, onder druk van de politieke aandacht voor budgettaire beheersing, vooral gezien als kostenpost. Daartegenover staat de positieve bijdrage die de gezondheidszorg levert aan belangrijke niet-economische waarden zoals de kwaliteit en lengte van het leven.

3.2 Nederland in vergelijking met andere landen

Zowel in organisatorische en logistieke zin als wat betreft resultaat boekt de Nederlandse gezondheidszorg goede resultaten.

Er is in de loop van de jaren internationaal vergelijkend onderzoek gedaan naar de volksgezondheid en naar de organisatie en resultaten van de gezondheidszorg. De studies nemen abstracte grootheden onder de loep, zoals de levensverwachting, de toegankelijkheid van de verzekeringsmarkt, de overlevingskansen na tal van ziekten, de totale ziektelast, en de breedte van het aanbod. Dergelijke onderzoeken geven een verifieerbaar totaalbeeld van de Nederlandse gezondheidszorg in relatie tot andere landen. Nederland hoeft zich niet te schamen voor de uitkomsten van deze studies. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) prijst het Nederlandse zorgstelsel.¹¹ De uitgaven aan gezondheidszorg liggen ongeveer op het niveau dat verwacht mag worden gegeven het inkomen per hoofd van de bevolking. Ook op indicatoren voor de gezondheidstoestand scoort Nederland goed. Ons land behoort volgens door de OESO aangehaald onderzoek onder een aantal Europese landen, tot de landen met de beste gezondheidsstatus. Verbeterpunten zijn – volgens de OESO – onder andere het implementeren van goed ontworpen elementen van concurrentie en prikkels, de aanpak van (een verbeterde registratie van) wachtlijsten en het gebruikmaken van ‘evidence-based’-systemen. De World Health Organization (WHO) heeft recent een unieke vergelijkende studie gepubliceerd over de bijdrage van de verschillende stelsels van gezondheidszorg aan de volksgezondheid.¹² De WHO toetst de verschillende stelsels aan criteria als ‘bijdrage aan de verbetering van het niveau en de distributie van gezondheid’, de ‘gevoeligheid van het systeem voor de legitieme verwachtingen van de gezondheid’ en de ‘garantie van eerlijke financiële bijdragen’. Voor wat betreft de levensverwachting – zonder correcties – scoort Nederland in de wereld een 16^{de} plaats. De verschillen tussen de eerste twintig landen zijn – afgezien van de hoge levensverwachting in Japan – klein, zoals te zien is in grafiek 3.1.

Grafiek 3.1 Totale levensverwachting 1999, de dertig landen met de hoogste score (Nederland is de zwarte balk)



Bron: WHO-rapport

De WHO construeert vervolgens een levensverwachting in goede gezondheid: de Disability Adjusted Life Expectancy (DALE). Nederland klimt dan in de scorelijst naar een 13^{de} plaats. Als we de resterende levensverwachting in 'slechte gezondheid' bestuderen, neemt Nederland een 6^{de} positie in. Alleen de landen Italië, Griekenland en Spanje 'presteren' echt beter; zij kennen een hogere levensverwachting in goede gezondheid én een lagere levensverwachting in slechte gezondheid. De WHO heeft op basis van enquêtes vastgesteld dat het Nederlandse zorgstelsel in de toptien staat als het gaat om 'responsiveness'. Er zijn vragen gesteld over de waardigheid van het individu, de vertrouwelijkheid, de inbreng van de patiënt bij beslissingen, de vrije keuze van de behandelaar, de snelheid van de hulp in noodgevallen. De Nederlandse gezondheidszorg doet het goed, zowel wat betreft niveau als wat betreft (eerlijke) verdeling over de bevolking. De WHO oordeelt minder gunstig over de 'eerlijkheid' van de verdeling van de financiële lasten. Het is bekend dat de lastenverdeling voor de gezondheidszorg Nederland niet progressief of proportioneel verdeeld is naar diverse inkomensklassen.¹³ Nederland krijgt hiervoor een gedeelde 20^{ste} plaats. De WHO vat de bovenstaande scores samen onder de noemer 'Overall goal attainment' en voor Nederland komt er dan een 8^{ste} plaats uit. Tot slot relateert de WHO de prestaties aan de beschikbare middelen. Ook landen met een laag BBP per hoofd kunnen dan een goede prestatie neerzetten. Omdat Nederland vanzelfsprekend in 'wereldperspectief' veel uit geeft aan de gezondheidszorg, dalen we op de ranglijst tot een 19^{de} plaats. Een hogere klassering kennen landen als Frankrijk, Italië, Spanje, Japan en Griekenland. Een lagere klassering is er bijvoorbeeld voor Engeland, Zwitserland, België, Duitsland, Canada, Denemarken de VS. De VS staat op de 37^{ste} plaats als één van de laagste ontwikkelde landen.

3.3 Gezondheid en zorg dragen bij aan maatschappelijke welvaart

Om een evenwichtig beeld te verkrijgen van de Nederlandse gezondheidszorg is het ook van belang om aandacht te besteden aan de invloed die de gezondheidszorg heeft op de samenleving. Gezondheid is een toestand die op zichzelf – vanzelfsprekend – hoog wordt gewaardeerd door de Nederlandse bevolking.¹⁴ De bijdrage van de gezondheidszorg aan een betere gezondheidstoestand van individuen heeft dus op zichzelf waarde. Deze waarde is niet eenduidig uit te drukken in guldens, al was het maar omdat het product 'gezondheid' niet verhandelbaar is.

Maar gezondheid is niet alleen een waarde op zichzelf. Een gezondere toestand geeft een individu de mogelijkheid om actiever te zijn in maatschappelijke, economische en sociale zin. Gezondheid is voor het individu in economische zin een 'productiemiddel'. Een goede gezondheid en een hogere levensverwachting maken het gemakkelijker en aantrekkelijker om langer door te leren, meer te werken, meer te sparen en te investeren, meer te consumeren, meer te zorgen voor anderen en minder problemen door te geven aan de volgende generatie.¹⁵ Een goede volksgezondheid is een noodzakelijke voorwaarde voor economische voorspoed en sociale cohesie.

De waarde van een goede volksgezondheid voor de samenleving is niet eenduidig uit te drukken in guldens. Alleen het beschouwen van een rampzalig tegenbeeld geeft een idee van de waarde van een goede volksgezondheid. In enkele Afrikaanse landen worden veel mensen door aids uit het leven weggenomen in de periode dat zij het productiefst zouden moeten zijn, zowel in economische zin als in zorgtaken voor kinderen en ouders. De economische ontwikkeling in die landen stagneert hierdoor ernstig en de armoede neemt toe.¹⁶ Er ontstaat een vicieuze cirkel wanneer een land door een groeiende armoede geen geld meer kan besteden aan het bestrijden van ziekten zoals malaria, hepatitis en tuberculose. De volksgezondheid neemt verder af, zodat nog minder mensen in staat zijn zich een zelfstandig bestaan te verschaffen, waardoor de armoede nog verder toeneemt.¹⁷

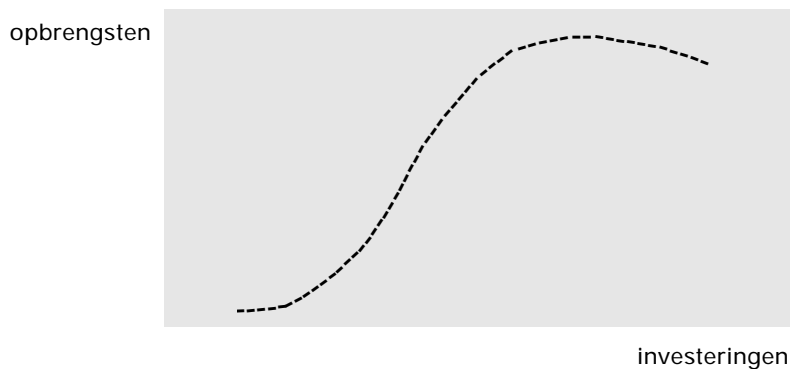
Zoals al eerder is opgemerkt, zijn veel factoren naast de gezondheidszorg van invloed op de volksgezondheid. Maar de gezondheidszorg kan wel een unieke bijdrage leveren aan de individuele gezondheid en aan de volksgezondheid. Het product van de gezondheidszorg is uniek, in die zin dat een verbetering van de gezondheid in veel gevallen op geen andere manier te verkrijgen is. Een verbetering van de gezondheid is – in economische termen – een bijdrage aan de welvaart. Dit is een positieve bijdrage van de gezondheidszorg aan de samenleving. De waarde van deze bijdrage aan de welvaart is niet eenduidig in guldens uit te drukken, maar dat maakt de grote bijdrage van de zorg aan de welvaart niet minder concreet of reëel.

3.4 Investeren in de gezondheidszorg loont de moeite

De positieve bijdrage van de gezondheidszorg aan de samenleving moet in stand worden gehouden en – indien daar goede mogelijkheden voor zijn – worden uitgebreid. In economische termen gesproken zijn daar investeringen voor nodig, noodzakelijke onderhoudsinvesteringen en goed renderende uitbreidingsinvesteringen. Het rendement van een investering in de zorg is af te meten aan de gezondheidswinst of winst in de kwaliteit van het leven die ermee wordt behaald. Deze ‘opbrengst’ van investeringen in de gezondheidszorg moet – hoe moeizaam dit ook te operationaliseren is – worden afgezet tegen de ‘opbrengst’ van extra uitgaven aan bijvoorbeeld het onderwijs, de politie, de infrastructuur of de particuliere consumptie.

Voor investeren in de gezondheidszorg geldt – net als voor alle investeringen – de wet van de meeropbrengsten, die in grafiek 3.2 hierna aanschouwelijk wordt gemaakt. De allereerste investeringen hebben het meeste rendement, dit zijn de *toenemende meeropbrengsten*. De eerste brug die twee dorpen verbindt, draagt bijvoorbeeld veel bij aan de economische ontwikkeling van de regio. Vervolginvesteringen hebben eveneens een positief rendement, maar het rendement is kleiner dan bij de allereerste investeringen. Dit gedeelte heet de *afnemende meeropbrengsten*. Verbreding en versteviging van de bestaande brug creëren nieuwe mogelijkheden voor het transport. Maar vanaf een bepaald niveau hebben extra investeringen geen toegevoegde waarde meer. Als dan toch besloten wordt tot verdere investeringen, kan dit zelfs nadelige gevolgen hebben. Dit deel van de investeringen heet de *dalende meeropbrengsten*. Een verdere verhoging en verzwaring van de brug heeft bijvoorbeeld geen positief effect meer op de transportmogelijkheden, maar tast wel het riviermilieu aan of zorgt voor een lelijke verstoring van het uitzicht. Het is soms lastig te voorzien wanneer dalende meeropbrengsten zich zullen gaan voordoen.

Grafiek 3.2 De wet van de meeropbrengsten



Een belangrijk deel van de gezondheidszorg kent duidelijk *toenemende meeropbrengsten*. Zonder elementaire gezondheidszorg komt de economische groei eenvoudigweg niet van de grond. Dit is duidelijk het geval in ontwikkelingslanden, zoals bleek uit het voorbeeld in de vorige paragraaf. Maar ook in Nederland bestaat een belangrijk deel van de gezondheidszorg uit basale vormen van zorg. Daarbij valt te denken aan het inenten van kinderen, het zetten van botbreuken, het professioneel begeleiden van bevallingen, antibiotica bij bacteriële infecties, medicatie bij psychische stoornissen of diabetes, het voeden en wassen van degenen die dat niet (meer) kunnen. Het verschil tussen heel weinig investeren in de gezondheidszorg en iets meer investeren kan een enorme bijdrage betekenen voor de volksgezondheid. De kosten van deze basale zorg zijn relatief laag en de opbrengst is groot in termen van gezondheid, gewonnen levensjaren en kwaliteit van leven. Nu moet het begrip 'basale zorg' niet de associatie oproepen dat dit deel van de gezondheidszorg in Nederland 'klaar' is. Het deel van de gezondheidszorg met sterk renderende interventies is niet vanzelfsprekend of statisch. Bepaalde kwetsbare groepen in de samenleving (allochtonen, groepen met een lagere sociaal-economische status, asielzoekers, WAO'ers) hebben een lagere levensverwachting en een slechtere gezondheid. Gericht investeren op basaal niveau in de gezondheid van deze groepen kan beduidend bijdragen aan de economische welvaart en de sociale cohesie van Nederland. Het is niet vanzelfsprekend dat alle bestaande, goed renderende interventies al zijn gepleegd. Dit deel van de gezondheidszorg is evenmin statisch. Nieuwe vindingen in de gezondheidszorg kunnen nog altijd aanzienlijke meeropbrengsten hebben in termen van gewonnen levensjaren, gewonnen kwaliteit van leven.

Ook *afnemende meeropbrengsten* kunnen worden teruggevonden in belangrijke delen van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze delen van de gezondheidszorg leveren wel degelijk een positieve bijdrage aan de gezondheidswinst, de winst in de kwaliteit van het leven, de vitaliteit van de samenleving. Maar de 'gezondheidswinst per gulden' is lager dan bij de hiervoor genoemde, meest basale vormen van gezondheidszorg. Ingewikkelder ingrepen, zoals hartoperaties en chirurgische ingrepen bij kanker, dragen meestal positief bij aan de individuele gezondheidssituatie en zeker aan de algemene volksgezondheid. De behandeling van chronische aandoeningen als diabetes en astma geeft de betrokken patiënten geen klachtenvrij leven, maar wel aanzienlijk meer mogelijkheden om actief te zijn in werk en/of privé-sfeer. Een goede verzorging van verstandelijk gehandicapten heeft geleid tot een hogere levensverwachting en een betere gezondheid. De ouderenzorg verhoogt de kwaliteit van leven van een grote groep Nederlanders en neemt verder zorgen weg bij partners en kinderen van de patiënten. Zij kunnen zich met meer energie richten op andere activiteiten die bijdragen aan economie en samenleving. Om deze uitgaven aan gezondheidszorg te kunnen doen, is het van belang dat wij – als een rijk ontwikkeld land – ons deze uitgaven kunnen veroorloven. Een land in ontwikkeling zal niet starten met investeren in deze vormen van zorg, ondanks de

positieve bijdrage aan de volksgezondheid. Dit deel van de zorg is evenmin 'af'. Nieuwe vindingen kunnen – mits we daar collectief en/of privaat het geld voor beschikbaar hebben – een acceptabele bijdrage leveren aan de volksgezondheid.

Voor een klein deel van de gezondheidszorg valt niet uit te sluiten dat er sprake is – of zal zijn – van *dalende meeropbrengsten*. Diverse auteurs hebben recent aandacht gevraagd voor mogelijke nadelige consequenties van te intensieve zorg.¹⁸ Sommige interventies in de gezondheidszorg kunnen de individuele gezondheid en de volksgezondheid schaden. Het intensief medisch handelen bij het naderende levenseinde of bij het moeizame levensbegin van vroege prematuren kan de kwaliteit van het leven verminderen. Lage-kansgeneeskunde leidt voor een enkel individu tot een succes, maar voor een meerderheid van de patiënten tot vaak een minder goede gezondheid door de zwaarte en de bijwerkingen van het medisch ingrijpen. De bijwerkingen van geneesmiddelen kunnen ernstiger zijn dan de kwaal waar ze voor worden ingezet.¹⁹ De zwaarst verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten hebben minder baat bij het verzelfstandigd wonen en kunnen zelfs vereenzamen. Ook andere landen kampen met dit probleem.²⁰

Zowel de vraag van patiënten als het aanbod van hulpverleners kunnen interventies uitlokken die achteraf gezien geen positieve bijdrage hebben geleverd aan de gezondheidstoestand. Het belang van een goede uitkomst is zo groot, dat men bereid is ook 'kleine kansen' te grijpen. De relatieve onbekendheid van bijwerkingen van het intensieve ingrijpen – ook op de lange termijn – maakt een dergelijke beslissing mogelijk.

Opnieuw zien we dat de problemen en de successen tegelijkertijd en vlak naast elkaar kunnen bestaan. De gynaecoloog die op het ene moment levensreddend handelt voor moeder en kind met een keizersnede, kan zich enige tijd later inspannen voor een IVF-poging bij een oudere vrouw waarbij de kans op succes en de hormonale bijwerkingen elkaar nauwelijks in evenwicht houden. Sterk renderende, gemiddeld renderende en niet-renderende zorginterventies lopen gemakkelijk in elkaar over. Maar het is verstandig om alert te blijven vragen – bij bestaande en nieuwe vormen van zorg – wat de investering bijdraagt aan gezond en lang leven.

4 Samenleving en zorg

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geconcludeerd dat de zorgsector het functioneren van de samenleving als geheel beïnvloedt. Maar, beïnvloeding vindt plaats over en weer. De samenleving oefent ook invloed uit op het zorgstelsel. Daar gaat dit hoofdstuk over: de exogene invloeden vanuit de samenleving op de zorg. Het belang van deze invloeden voor de zorgsector is evident. Immers, om de positieve bijdrage van de zorg voor de samenleving te kunnen behouden, is het zaak dat het stelsel tegemoetkomt aan veranderende omstandigheden en aan de eisen die de samenleving aan de zorg stelt.

Dit hoofdstuk bespreekt een aantal van deze omgevingsfactoren. Achtereenvolgens wordt ingegaan op ontwikkelingen in de bevolkingssamenstelling (demografie), huishoudenssamenstelling, afnemende mantelzorg, welvaart, medische technologie, maatschappelijke en culturele factoren, leefpatronen, Europa en een aantal ontwikkelingen die vanuit andere beleidsterreinen invloed hebben op de zorg. Daarbij wordt meteen opgemerkt dat de volgorde waarin de afzonderlijke factoren aan de orde komen niets zegt over het relatieve belang ervan voor de zorgvraag. De meeste bestaande onderzoeken geven wel ramingen voor de ontwikkeling van de totale zorgvraag, maar splitsen die ramingen niet volledig op in de afzonderlijke deeleffecten.

4.2 Maatschappelijke trends

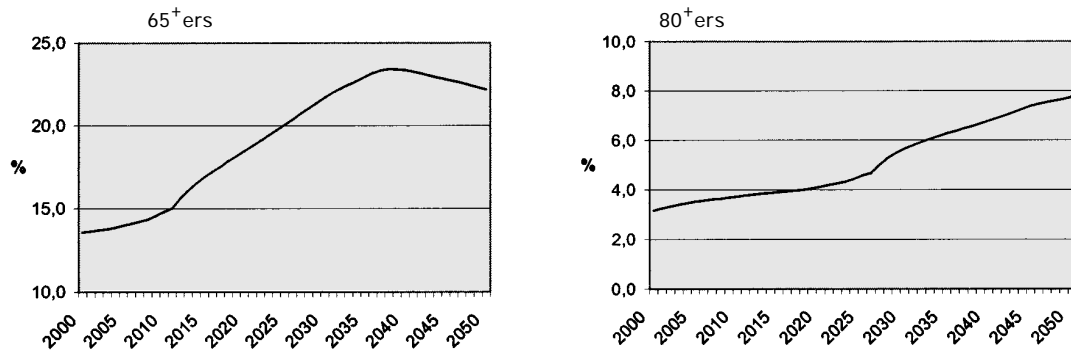
- *Demografie*

In het recente verleden zijn verscheidene publicaties verschenen die ingaan op de groeiverwachtingen van de zorgvraag in de komende jaren. Deze publicaties zijn in de bijlage nader beschreven. Alle onderzoeken noemen demografie als een belangrijke oorzaak voor de stijgende vraag naar zorg.

Demografische ontwikkelingen veroorzaken veranderingen in de omvang en/of samenstelling van de bevolking. Daarbij spelen veel factoren een rol, zoals de ontgroening van de samenleving, migratiepatronen, veranderende levensverwachtingen en, niet te vergeten, de (dubbele) vergrijzing. Zo komen er allereerst meer ouderen. De na-oorlogse geboortegolf begint immers vanaf 2010 de pensioenleeftijd te bereiken. En daarnaast worden ouderen gemiddeld ouder dan voorheen.

Grafiek 4.1 laat zien hoe het aandeel ouderen in de totale samenleving verandert tussen nu en 2050 conform de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Grafiek 4.1 Aantal 65⁺ers en 80⁺ers in percentages van de totale bevolking, 2000-2050

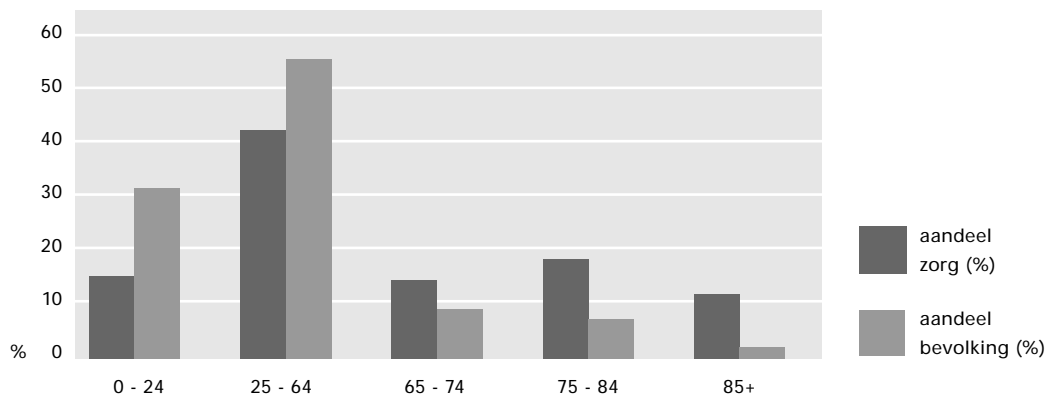


Bron: CBS bevolkingsprognose 1998-2050, middenvariant, januari 1999

Het CBS houdt bij de bevolkingsprognoses rekening met een groot aantal zaken, zoals de ontwikkeling van leeftijdsspecifieke vruchtbaarheidscijfers (aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd gecorrigeerd voor ontwikkelingen in het gemiddeld aantal kinderen per vrouw en de leeftijd waarop vrouwen hun kinderen krijgen), leeftijds- en geslachtsspecifieke sterftecijfers en migratiepatronen. Al deze ontwikkelingen schat het CBS voor de komende jaren op basis van historische trends in combinatie met veronderstellingen over toekomstige veranderingen.

Bevolkingsprognoses over een termijn van 50 jaar zijn vanzelfsprekend onzeker. Maar zelfs met deze onzekerheid in het achterhoofd, drukt de vergrijzingstendens een duidelijk stempel op de demografische ontwikkeling voor de komende decennia.²¹ En naarmate de Nederlandse bevolking vergrijst, mag worden verwacht dat ook het gebruik van zorgvoorzieningen toeneemt. Immers, de zorgconsumptie neemt na het 65ste levensjaar gemiddeld fors toe, zoals grafiek 4.2 illustreert.

Grafiek 4.2 Zorgconsumptie naar leeftijdsgroep, 1994



Bron: J.J. Polder et al, Kosten van ziekten in Nederland, 1994

Grafiek 4.2 laat zien dat de zorgconsumptie van 0 tot 64-jarigen in de totale zorgconsumptie geringer is dan het bevolkingsaandeel van deze groep. Bij ouderen ligt dit precies andersom. Bij een bevolkingsaandeel van 13% namen 65+ers in 1994 ruim 40% van de totale zorgkosten voor hun rekening.

Nu is het niet waarschijnlijk dat het gemiddeld zorggebruik per leeftijdsgroep constant blijft in de tijd. Mensen blijven steeds langer gezond, waardoor het zorgverbruik van de ouderen van straks kan afwijken van dat van de ouderen van nu. Het zorgverbruik zal ook in de toekomst wel blijven oplopen met de leeftijd, maar wellicht zal dit verloop minder steil zijn. Daarbij wijzen enkele studies erop dat hoge zorgkosten van ouderen niet volledig samenhangen met de hoge leeftijd, maar deels ook met het overlijden.²² Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan relatief hoge kosten van intensieve behandeling/verzorging van de ziekteverschijnselen waaraan patiënten uiteindelijk overlijden. Deze kosten concentreren zich veelal in de periode vlak voor het overlijden. Het feit dat ouderen steeds ouder worden zal dan ook deels leiden tot een verschuiving van zorgkosten in de tijd en niet alleen tot een verhoging van de kosten.

- *Huishoudenssamenstelling*

Het aantal eenpersoonshuishoudens neemt fors toe. Alleenstaanden kunnen bij ziekte in het algemeen minder terugvallen op hun omgeving. Dit betekent dat de druk op de reguliere zorgverlening toeneemt. Overigens wordt dit effect gemitigeerd door de afname van het aantal eenpersoonshuishoudens bij ouderen, zoals tabel 4.1 laat zien. Door de afnemende ongelijkheid in levensverwachting tussen mannen en vrouwen (de levensverwachting van mannen nadert die van vrouwen), blijven paren op latere leeftijd langer samen. Hierdoor kan onder ouderen het beroep op lichtere vormen van zorgvoorzieningen juist afnemen.

Tabel 4.1 Bevolkingsaandeel eenpersoonshuishoudens naar leeftijdsgroep, 2000-2030

	2000	2010	2020	2030
55-59 jaar	15,2	19,4	22,6	22,6
60-64 jaar	18,2	20,7	24,0	24,0
65-70 jaar	23,0	23,8	26,2	26,2
70-74 jaar	31,7	30,9	30,8	30,8
75-79 jaar	42,8	40,7	38,2	38,3
80-84 jaar	56,9	53,9	50,0	49,5
85 jaar en ouder	73,8	70,7	67,9	66,2

Bron: SCP, Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen. 1999

Een ander verschijnsel is dat het aandeel vrouwen dat kinderloos blijft, in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid toeneemt. De daling van het aantal vrouwen dat op relatief jonge leeftijd hun eerste kind krijgt, wordt niet volledig gecompenseerd door de toename van het aandeel vrouwen dat op hogere leeftijd hun eerste kind krijgt. Per saldo zal de kinderloosheid toenemen van ongeveer 15% van de vrouwen die in 1950 zijn geboren naar ongeveer 20% voor toekomstige generaties. Op termijn vermindert dit ook de mogelijkheid van mantelzorg en zal de druk op de professionele zorgverlening toenemen.

- *Afnemende mantelzorg*

In het verlengde van het vorige punt speelt een rol dat de toenemende arbeidsmarktparticipatie van vrouwen de vraag naar 'professioneel' zorgaanbod verhoogt. Immers, informele zorgtaken die voorheen veelal door vrouwen werden uitgevoerd zullen meer en meer door reguliere zorgaanbieders opgevangen moeten worden. Een soortgelijk effect treedt op door de toegenomen binnenlandse migratie. Meer dan vroeger verhuizen mensen over grotere afstanden, met als gevolg dat daarmee directe zorg voor familieleden wordt bemoeilijkt. Daarentegen wordt door stimulering van het 'combinatiescenario', tot uiting komend in allerlei verlofregelingen, nagestreefd dat mannen meer gaan zorgen. Per saldo is echter de verwachting dat de hoeveelheid mantelzorg afneemt.

- *Welvaart*

Door de inkomensontwikkeling hebben consumenten meer geld over voor de aanschaf van zorg. Tegelijkertijd zullen zij zich steeds meer opstellen als mondige consumenten die bereid zijn te betalen voor een product, maar die dan ook wel waar voor hun geld willen. Een uniform zorgaanbod, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin, zal daardoor steeds minder passen bij een zich gedifferentieerd ontwikkelende vraag.

- *Medische technologie*

Het afgelopen decennium is een breed scala aan nieuwe medische technologieën beschikbaar gekomen. Dit betekent enerzijds dat meer ziekten kunnen worden behandeld, en dat dus het zorgvolume toeneemt. Anderzijds betekent nieuwe technologie in een aantal gevallen ook een kostenbesparing doordat duurdere diagnostiek of behandelingen achterwege kunnen blijven. Ondanks het feit dat beide effecten vooralsnog niet kunnen worden gekwantificeerd, komt men in alle studies over dit onderwerp tot de conclusie dat de ontwikkeling van de technologie een opwaarts effect op de uitgaven heeft.

- *Algemeen maatschappelijke en culturele factoren*

Veranderende maatschappelijke opvattingen en trends zoals de emancipatie van verschillende bevolkingsgroepen, mondiger burgers (het kennis- en opleidingsniveau neemt toe), individualisering en dergelijke leiden tot hogere en andere eisen aan zowel de kwaliteit als de kwantiteit van zorgvoorzieningen.

- *Veranderende leefpatronen*

Leefpatronen, zoals roken, bewegen, drinken veranderen in de tijd, veelal onder invloed van reeds eerdergenoemde trends als welvaartsontwikkeling, individu-

alisering, emancipatie. Door deze ontwikkelingen kan zowel gezond als ongezond gedrag worden gestimuleerd (meer inkomen maakt de consumptie van meer alcohol of tabak mogelijk, maar tegelijkertijd ook die van veiliger auto's en gezonde voeding). Per saldo zullen deze factoren dus ook effect op de vraag naar zorg uitoefenen, al is onduidelijk welke richting dit effect opgaat.

- *Europa*

Niet alleen nationaal beleid, ook 'Brussels beleid' heeft (in toenemende mate) invloed op de zorgsector. Voorbeelden daarvan zijn de gerechtelijke uitspraken rondom Kohl-Decker, het toenemende belang van de Europese mededingingswetgeving in het kader van de verdergaande vrijhandel van goederen en diensten en de door Europa, via de schaderichtlijnen, voorgeschreven beperkingen van overheidsregulering van de particuliere verzekeringsmarkt.

De hiervoor beschreven ontwikkelingen kunnen worden beschouwd als 'exogene' ontwikkelingen die direct vanuit de maatschappij op de zorg afkomen. Daarnaast is er ook een indirectere maatschappelijke invloed op de zorg door ontwikkelingen op andere beleidsterreinen. Het gaat met name om ontwikkelingen in de sociale zekerheid en in de volkshuisvesting:

- *Sociale zekerheid en zorg*

In de sociale zekerheid verschuift het beleidsmatige accent van het verzekeren van inkomensderving in de richting van meer aandacht voor het (re)activeren van personen die om wat voor reden dan ook buiten het arbeidsproces zijn beland. Deze tendens komt onder meer tot uiting in het verleggen van financiële verantwoordelijkheden. Zo zijn werkgevers de laatste jaren meer en meer financieel geprikkeld om het ziekteverzuim en de uitstroom van werknemers naar arbeidsongeschiktheidsregelingen te beperken.

Deze tendens laat ook de zorgsector niet ongemoeid. Immers, werkgevers krijgen steeds meer directe belangen bij een goed functionerende zorgsector die in staat is om uitgevallen werknemers snel en accuraat weer terug te loodsen naar hun arbeidsplek. Hierdoor neemt niet alleen de druk op de reguliere zorgsector toe, ook de vraag naar andere typen zorg stijgt. Denk bijvoorbeeld aan de recente discussie rondom gespecialiseerde behandelcentra voor arbeidsgerelateerde aandoeningen. Werkgevers zijn, onder bepaalde omstandigheden, bereid extra te betalen om hun werknemers snel te laten behandelen.

- *Volkshuisvesting en zorg*

In de Ontwerpnota Wonen²³ is een analyse gemaakt naar de woonopgave 2000-2010. In de analyse noemt het ministerie van VROM verschillende trends die de woonvoorkeuren bepalen, zoals individualisering, informatisering, multiculturaliteit, maar ook vergrijzing.

Rondom wonen en zorg stelt de nota dat het aantal mensen dat behoefte heeft aan een combinatie van zelfstandig wonen met aanvullende zorgvoorziening(en), de komende decennia fors toeneemt.

Het grootste probleem voor de burger is, aldus de nota, dat voorzieningen voor wonen en zorg onvoldoende op elkaar zijn afgestemd en dat woningaanpassingen of thuiszorg vaak te lang op zich laten wachten. Veel ouderen en gehandicapten moeten bij verschillende loketten langs omdat zij gebruikmaken van een combinatie van voorzieningen.

Tabel 4.2 geeft een indruk van de samenloop van voorzieningen. In de Nota Wonen wordt aangegeven dat het gecombineerd gebruik van de verschillende faciliteiten voor zorgbehoevenden lastig is door de verscheidenheid van regelingen. Voor de burger bestaat een vaak ondoorzichtige situatie, waardoor zij moeilijk in staat zijn het gebruik van de verschillende voorzieningen goed op elkaar af te stemmen.

Tabel 4.2 Gecombineerd gebruik van zorgfaciliteiten door huishoudens naar leeftijd van het hoofd van het huishouden, 1995

	< 55 jaar	55-65 jaar	65-75 jaar	> 75 jaar
procenten per leeftijdscategorie				
Geen gebruik voorzieningen	76,6	71,4	57,4	38,3
Alleen IHS	7,8	8,7	9,5	10,9
Alleen AWBZ	9,4	6,6	8,6	10,9
Alleen WVG	3,4	8,4	10,5	10,2
IHS en AWBZ	0,7	0,8	1,4	5,1
AWBZ en WVG	1,3	2,7	4,7	9,6
IHS en WVG	0,4	0,7	5,1	5,9
IHS en AWBZ en WVG	0,4	0,7	2,8	9,1

Bron: VROM, Ontwerpnota Wonen, 2000

Een en ander leidt tot een aantal beleidsopties om in de toekomst de vraaggerichtheid van het volkshuisvestingsbeleid te vergroten. In relatie tot de zorg speelt het volgende:

- vergroting van de eenloketmogelijkheid bij de behoefte aan meer voorzieningen;
- vergroting van het klantgericht woningaanbod, waarbij de beschikbaarheid van levensloopbestendige en toegankelijke woonruimten moet worden vergroot;
- vergroting van de keuzevrijheid van zorgbehoevenden.

Daartoe worden experimenten opgestart met een 'woon-zorgvoucher'.

Zorgbehoevenden die zijn aangewezen op huursubsidie kunnen op verzoek het subsidiebedrag op een genormeerd niveau laten vaststellen en dit bedrag als voucher meenemen naar een andere woonvoorziening die deel uitmaakt van een woon-zorgarrangement, ongeacht de hoogte van de huur.

Het mag duidelijk zijn dat deze ontwikkelingen op het gebied van het volkshuisvestingsbeleid de zorg niet ongemoeid zullen laten. Extramuralisering en zorg op maat zullen ook vanuit deze hoek worden gestimuleerd.

4.3 Trends en zorgvraag

Een voor de hand liggende vraag na lezing van de voorgaande paragraaf is wat deze trends nu zullen betekenen voor de zorgvraag in de komende decennia. Zoals al eerder gezegd is hier al in verscheidene studies onderzoek naar gedaan. De bijlage geeft een overzicht van een aantal recente studies op dit terrein.

Deze studies beschrijven (de meeste van) de in paragraaf 4.2 genoemde trends als belangrijk voor de vraag naar zorg, en doen daarbij ook een poging de gevolgen voor de zorgvraag te kwantificeren. Daarbij komen de meeste onderzoeken tot een totaalraming van de zorggroei, waarbij veelal nog onderscheid wordt gemaakt tussen een demografisch effect en een resttrend. De resttrend wordt meestal niet verder ontleed, met uitzondering van een aantal studies die nog iets zeggen over de afzonderlijke invloed van de inkomensontwikkeling en het Baumol-effect²⁴ op de zorgvraag.

Tabel 4.3 vat de belangrijkste uitkomsten samen.

Tabel 4.3 Overzicht van de diverse groeiramingen voor de zorgsector

	Periode	Demografie	Inkomen	Baumol-effect	'Overig' /trend	Totaal
CPB (1996), Lange Termijn Verkenning 1995-2020 (drie scenario's)	1995-	DE: 0,8		1,0	1,1	2,9
	2020	EC 1,1		1,2	1,5	3,8
		GC: 1,0		0,8	2,0	3,8
RIVM (1997), Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997	1994-2015	1,0		0,3	1,1	2,4
CPB (1997), CEP 1997 (generatie berekeningen)	1995-2040	1,0			2,0	3,0
Studiegroep begrotingsruimte (1997), Tiende rapport	1995-2040	Demo:1,5			1,2	2,7
		Welvaart: 0,9			2,2	3,1
WRR (1997), Volksgezondheidszorg	1990-2015	1,1			1,8	2,9
SCP (1998), Memorandum Quartaire Sector 1998-2002	1998-2002	1,0			0,3	1,3
					0,8	1,8 ¹
Commissie-De Vries (1999), Gezondheidszorg in Tel 7	1999-2002	0,9			1,7	2,6
SER (1999) ² , Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing	'komende decennia'	1,0		1,2	1,3	3,5
CPB (1999), CPB-report 1999/4, (Ramingsmodel zorgsector, basisscenario)	1999-2049	0,6	0,8		1,6	3,0
CPB (2000), Ageing in the Netherlands, (basisscenario) ³	2000-2040				3,0	

1 Inclusief de trendmatige ontwikkeling bij farmaceutische hulp en hulpmiddelen. Op basis van ervaringscijfers is te berekenen dat het meenemen van deze sector tot een bovenwaartse bijstelling van de volumegroei met 0,5 procentpunten leidt.

2 Commissie Sociaal Economische Deskundigen.

3 Deze studie beslaat in zijn totaliteit de periode 2000-2080. In de tabel zijn de uitkomsten voor de periode 2000-2040 opgenomen.

Bij de vergelijking van de cijfers moet een kanttekening worden gemaakt. Met name de commissie-De Vries (1999), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) (1997), de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (1997) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (1998) ramen een belangrijk deel van de uitgavengroei door de in het verleden waargenomen trend door te trekken naar de toekomst. Hierbij past echter wel een aantal nuanceringen:

- De keuze van de periode om de historische trend te bepalen is cruciaal voor de uitkomsten.
- De historische trend wordt voor een deel bepaald door het beleid in de betreffende periode. Aan het doortrekken van de trend zonder een nadere analyse van het beleid zitten vanuit analytisch oogpunt de nodige haken en ogen. Zo vertaalt een restrictief beleid zich in een gematigde volumegroei en daarmee een relatief lage waarde van de trend. Daartegenover staat echter in een aantal gevallen een toename van de omvang van de wachtlijsten. Op basis van de extrapolatie van de – in vergelijking met de vraagontwikkeling te lage – trendwaarde naar de toekomst, blijft de capaciteit echter steeds verder achter bij de vraag en nemen de wachtlijsten in omvang toe.
- Het doortrekken van een trend negeert nieuwe (maatschappelijke) ontwikkelingen. In het verleden hebben zich bijvoorbeeld ontwikkelingen voorgedaan, die de uitgavengroei hebben geremd zoals de efficiëncyverbeteringen als gevolg van jarenlang beleid en de verbetering van de volksgezondheid met een lagere vraag als gevolg. Het doortrekken van deze trend is enerzijds niet zonder aannames te onderbouwen. Efficiëncywinst en gezondheidswinst kunnen maar eenmaal worden 'geboekt'. Anderzijds zijn wellicht geheel nieuwe vormen van efficiëncywinst en gezondheidswinst mogelijk in de toekomst. Soms zijn daar bescheiden aanwijzingen voor te vinden.²⁵ Ook op andere terreinen kunnen zich ontwikkelingen voordoen die niet overeenstemmen met de bestaande trend. Zo leidt de komende krapte op de arbeidsmarkt waarschijnlijk tot een adequatere inzet van zorg om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te beperken. Ook zal de stijging in de participatiegraad de mogelijkheden voor mantelzorg en vrijwilligerswerk doen afnemen, zodat extra beroep zal worden gedaan op de (formele) zorg.

Dit in ogenschouw nemend expliciteren de overige studies duidelijker de aannames waaronder de gepresenteerde groeivoeten tot uiting komen. Daarnaast presenteert het Centraal Planbureau (CPB) groeicijfers die betrekking hebben op de inputs. Deze methodiek is in lijn met de ramingen in de *Zorgnota*. De volumecijfers van bijvoorbeeld het SCP zijn daarentegen van toepassing op de outputs. Tussen inputs en outputs bevindt zich de productiviteitsontwikkeling.

Uit de studies komen de volgende conclusies naar voren:

- De uitkomsten van de diverse studies verschillen nogal, wat onder meer wordt veroorzaakt door de verschillende methodes om trendmatige ontwikkelingen naar de toekomst door te trekken.

- Als gevolg van de demografische ontwikkelingen zal de komende decennia de zorgvraag met ongeveer 1,0% per jaar stijgen. Naar verwachting zal dit effect zich vooral vertalen in een toenemende vraag naar carevoorzieningen (met name verzorgings- en verpleeghuizen). Helaas ontbreekt in de meeste studies een kwantificering van de vraagontwikkeling per zorgvorm.
- De meeste onderzoeken schatten het effect van trendmatige ontwikkelingen op het zorgvolume op *minimaal* 1,0%. CPB-onderzoeken en onderzoeken van de Sociaal-Economische Raad (SER) blijken in dat opzicht hoger uit te komen dan de andere genoemde onderzoeken.
- Een toenemende welvaart genereert extra middelen voor de zorgsector. Daar staat echter tegenover dat ook de eisen toenemen, die burgers aan de zorg stellen. Zeker in combinatie met de vergrijzing kan dit tot een forse uitgavenstijging leiden.
- In de curesector leiden met name nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen tot een forse stijging van de zorguitgaven. De overheid heeft hier tot op zekere hoogte invloed op. Zo bestaat er in een aantal gevallen de keuze om een verrichting of medicijn al dan niet in het wettelijk pakket op te nemen. De samenleving accepteert echter niet dat – uitsluitend – op basis van financiële argumenten een behandeling aan iemand wordt onthouden. Daarom leiden ook medische technologische ontwikkelingen min of meer autonoom tot hogere zorguitgaven.
- Alles overziend zal de reële vraag naar zorg de komende decennia naar verwachting jaarlijks met ongeveer 3% toenemen.

5 Verzekering en financiering in de zorg

5.1 Inleiding

Het voorgaande hoofdstuk eindigde met de verwachting dat de zorgvraag in de komende decennia naar verwachting met om en nabij de drie procent per jaar zal toenemen. Een dergelijke toename van de vraag leidt er natuurlijk ook toe dat de zorguitgaven zullen stijgen. Voorzover deze groei wordt vergezeld door een ongeveer even grote groei van het (nationale) inkomen, hoeft dat geen probleem te zijn. Het inkomen zorgt namelijk voor draagvlak voor belasting- en premieheffing. Maar als de inkomensontwikkeling achterblijft bij de ontwikkeling van de zorguitgaven, kan er druk gaan ontstaan op de houdbaarheid van het verzekeringsstelsel. Het verzekeringsstelsel in het Nederlandse systeem van gezondheidszorg is niet alleen gebaseerd op het principe van risicosolidariteit, dat kenmerkend is voor elk verzekeringsstelsel, maar ook op het principe van inkomenssolidariteit. Verzekerden met hogere inkomens betalen mee aan de ziektekosten van verzekerden met lagere inkomens. De opzet van het Nederlandse verzekeringsstelsel zal iets nader worden toegelicht in paragraaf 5.2. Vervolgens geeft dit hoofdstuk een beeld van wat de geschetste ontwikkeling in de zorguitgaven betekent in zowel macroperspectief (ontwikkeling zorgquote) als microperspectief (ontwikkeling van de individuele premies).

5.2 Het verzekeringsstelsel in de zorg

Deze paragraaf gaat in op de kenmerkende eigenschappen van de verschillende verzekeringsstelsels in de zorg. Achtereenvolgens wordt ingezoomd op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Ziekenfondswet (ZFW), publiek-rechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (IZA/IZR), de particuliere ziektekostenverzekering en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ).

- *AWBZ*

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekert de kosten van geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging en zorg ter voorkoming van ziekten. De AWBZ betaalt voorzieningen tot behoud, herstel of bevordering van de arbeidsgeschiktheid, verbetering van de levensomstandigheden en de maatschappelijke dienstverlening. Omdat het gaat om risico's die op zichzelf niet zo groot zijn, maar in voorkomende gevallen hoge kosten met zich meebrengen, spreken we van bijzondere ziektekosten.

De AWBZ is een volksverzekering. Verzekerd zijn de ingezetenen van Nederland en de niet-ingezetenen die in Nederland in loondienst werken. Alle verzekerden zijn

verplicht om de wettelijke premie te betalen. Mensen die aanspraak maken op AWBZ-voorzieningen betalen in veel gevallen een eigen bijdrage. De verzekerde die voor AWBZ-zorg geïndiceerd is, kan zich wenden tot elke zorgverlener of instelling die AWBZ-zorg levert. De feitelijke uitvoering van de verzekering is opgedragen aan regionale zorgkantoren.

Voor de AWBZ-verzekering geldt een inkomensafhankelijke premie, gebaseerd op het belastbaar inkomen (gemaximeerd).

- *ZFW*

Twee van de drie Nederlanders zijn verzekerd op grond van de Ziekenfondswet (ZFW); dat komt neer op ongeveer 10 miljoen ziekenfondsverzekerden. Behalve werknemers en hun gezinsleden komen ook uitkeringsgerechtigden, AOW-gerechtigden en zelfstandigen met een laag inkomen voor ziekenfondsverzekering in aanmerking. De belangrijkste verzekeringsvoorwaarde is dat het brutoinkomen (voor zelfstandigen: het belastbaar inkomen) niet hoger is dan de loongrens/inkomensgrens. De loongrens/inkomensgrens is gedifferentieerd voor verschillende groepen verzekerden. Gezinsleden van ziekenfondsverzekerden kunnen zijn meeverzekerd, tenzij zij zelf eigen inkomsten hebben op grond waarvan zij verplicht verzekerd zijn.

Ziekenfondsverzekerden kunnen zich inschrijven bij een ziekenfonds naar eigen keuze. Alle Nederlandse ziekenfondsen werken landelijk. Een verzekerde kan in principe alleen medische hulp inroepen bij een zorgverlener of een instelling waarmee zijn verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. In andere gevallen is toestemming van de verzekeraar vereist. Verzekerden kunnen jaarlijks van ziekenfonds wisselen. Ziekenfondsen hebben een acceptatieplicht. De ziekenfondspremie bestaat uit een inkomensafhankelijke (procentuele) premie, ingehouden op loon, winst, uitkering of pensioen en een vaste nominale premie, vastgesteld en geïnd door het ziekenfonds.

- *Publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren*

Ambtenaren vallen door het bijzondere karakter van hun arbeidsverhouding in burgerlijke rijksdienst van oudsher buiten de sociale werknemersverzekeringen. Zij vallen in beginsel dan ook niet onder de Ziekenfondswet. Rijksambtenaren en onderwijzend personeel in actieve dienst kunnen zich particulier verzekeren. Gemeente- en provincieambtenaren en rijks- en gemeentepolitie nemen verplicht deel aan publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Partner en kinderen zijn in de meeste gevallen meeverzekerd. Verzekerden hebben een vrije keus in hulpverleners. De regelingen vergoeden gemaakte ziektekosten (restitutiestelsel). Het pakket komt grotendeels overeen met het ziekenfondspakket, maar is op onderdelen ruimer. Werkgever en werknemer betalen elk een deel van de procentuele premie. De werknemer betaalt ook een nominale premie. Voor bepaalde vormen van zorg gelden eigen bijdragen.

- *Particuliere ziektekostenverzekering*

Iedereen die niet van rechtswege ziekenfondsverzekerd of publiekrechtelijk verzekerd is, kan zich particulier verzekeren. De particuliere ziektekostenverzekering

is een schadeverzekering. Verzekerden krijgen dus een vergoeding voor de gemaakte ziektekosten (na verrekening van een eventueel eigen risico). Particuliere ziektekostenverzekeraars bepalen zelf de hoogte van de premie en de inhoud van het vergoedingspakket. De premie is volledig nominaal. Verzekerden kunnen kiezen voor een eigen risico. In principe kunnen verzekerden veelal jaarlijks van verzekeraar wisselen. Verzekeraars kennen echter geen acceptatieplicht, dus er bestaat kans op uitsluiting of een hogere premie. De particuliere verzekeraars zijn verplicht aan hun verzekerden boven de door de verzekerde te betalen premie voor de door hem of haar gesloten ziektekostenverzekering een tweetal bijdragen in rekening te brengen. Het betreft ten eerste de MOOZ-bijdrage. Deze bijdrage vloeit voort uit de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden. De bijdrage is nodig omdat er meer ouderen verzekerd zijn in het ziekenfonds dan in de particuliere verzekering. Daarnaast betaalt de particulier verzekerde ook de WTZ-omslagbijdrage. De WTZ kent een standaardpakket, waarvoor een maximumpremie geldt (zie ook het item hierna). Omdat de schade (de vergoedingen) hoger is dan de premieinkomsten ontstaat een tekort. Dit tekort wordt omgeslagen over alle particulier verzekerden, behalve verzekerden van 65 jaar en ouder.

- *WTZ*

De Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ) garandeert voor bepaalde groepen toegang tot de zogenoemde standaardverzekering, waarvan de dekking overeenkomt met het ziekenfondspakket en waarvoor de overheid een maximumpremie vaststelt. De standaardverzekering is een particuliere schadeverzekering. Een particuliere verzekeringsmaatschappij is verplicht om met iemand die aan de wettelijk gestelde voorwaarden voldoet, op zijn verzoek een standaardverzekering te sluiten. De verzekerde krijgt dan niet een maatschappijpolis, maar de standaardpakketpolis.

De WTZ geldt voor verzekerden die op de particuliere markt geen of geen betaalbare polis kunnen krijgen. Het gaat vooral om particulier verzekerde bejaarden en ziekenfondsverzekerden die de loongrens overschrijden. De premie is een nominaal bedrag per verzekerde. Voor verschillende categorieën van verzekerden bestaan verschillende maximumpremies.

Het kenmerk van verzekeren is een verdeling van de risico's of solidariteit. Voor ziektekostenverzekeringen betekent dit dat personen met onbekende medische risico's via de verzekering bijeen worden gebracht en dat de kosten van al die verzekerden hoofdelijk worden omgeslagen. Dat leidt tot een herverdeling van lasten tussen personen bij wie het risico zich wel voordoet en personen bij wie het risico zich niet voordoet (solidariteit tussen gezonden en zieken). Bovendien is het in de ziektekostenverzekeringen meestal zo dat de premies voor de ziektekostenverzekering niet zijn gedifferentieerd naar ziektekostenrisico's, zodat verzekerden voor ongelijke risico's gelijke premies betalen (risicosolidariteit). Ook in de particuliere ziektekostenverzekering is sprake van een grote mate van risicosolidariteit. Als de

premie wordt vastgesteld in relatie tot het inkomen van de verzekerde, dus niet evenredig aan de risico's, dan is sprake van inkomenssolidariteit. Inkomenssolidariteit komt wel voor in de ziekenfondsverzekering, de AWBZ en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren, maar niet in de particuliere ziektekostenverzekeringen.

Ook *omslagbijdragen* zijn een vorm van solidariteit. Omslagbijdragen kunnen worden omschreven als een wijze van medefinanciering van de ene (verzekerings)groep aan de verzekering van een andere (verzekerings)groep. De wettelijke omslagbijdrage uit hoofde van de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden voorziet op deze wijze in een overdracht van alle particulier verzekerden aan de ziekenfondsverzekerden. De omslagbijdrage uit hoofde van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen voorziet zo in een medefinanciering van de hoge gezondheidsrisico's binnen de particuliere ziektekostenverzekering.

Overigens betreffen bovenstaande vormen van solidariteit vooral het eerste en tweede compartiment van de zorg. In het derde compartiment, dat de zorg omvat waarvoor burgers geacht worden zelf de (financiële) verantwoordelijkheid te dragen,²⁶ is sprake van een meer 'normale' verzekeringsmarkt. Risico's worden afgedekt via particuliere verzekeringen met inkomensonafhankelijke premies. Dus hier geldt alleen risicosolidariteit en geen inkomenssolidariteit.

De budgettaire omvang van het derde compartiment is overigens beperkt. Van de f 75 à f 80 miljard aan zorguitgaven gaat ongeveer f 2,5 miljard naar het derde compartiment.

Om in het eerste en tweede compartiment een verzekeringssysteem te kunnen handhaven dat wordt gekenmerkt door verschillende vormen van solidariteit, is voldoende maatschappelijk draagvlak vereist. In het licht van dat draagvlak zal in het vervolg van dit hoofdstuk wat nader worden gezien hoe de ontwikkeling van de zorguitgaven zich verhoudt tot de te verwachten welvaartsontwikkeling in de komende decennia.

5.3 De zorguitgaven in macroperspectief

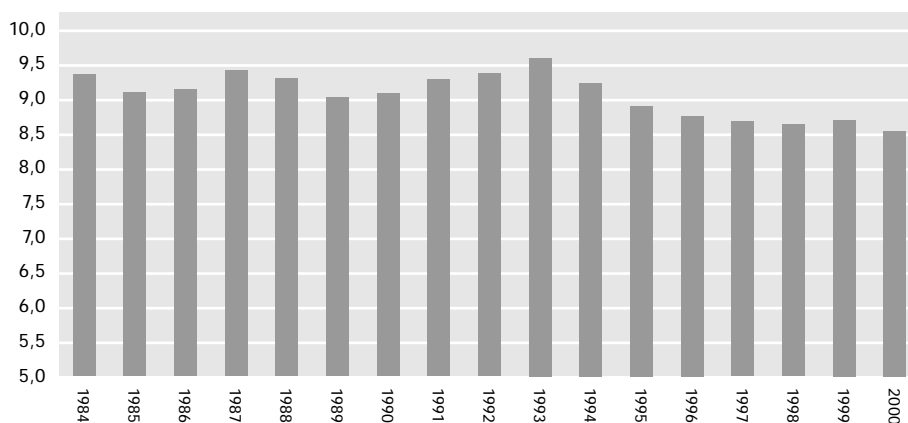
Een maat om naar de houdbaarheid en financierbaarheid van de zorguitgaven te kijken is de zorgquote. Dat is het deel van het nationaal inkomen dat besteed wordt aan zorg.²⁷

Grafiek 5.1 geeft een beeld van de ontwikkeling van de zorgquote sinds 1984 en laat zien dat de zorgquote de laatste vijf jaar is gedaald ten opzichte van de tien daaraan voorafgaande jaren.

Eenzijds wordt het verloop van de zorgquote vanzelfsprekend beïnvloed door het gevoerde beleid sinds het begin van de jaren tachtig, waarin het op orde brengen

van de overheidsfinanciën centraal heeft gestaan. Anderzijds wordt de zorgquote niet alleen door beleid beïnvloed, maar ook door de economische ontwikkeling in het algemeen. Deze, meer conjuncturele, invloed is ook duidelijk zichtbaar in de ontwikkeling van de zorgquote.

Grafiek 5.1 Zorgquote, 1984-2000 in % BBP



Bron: CPB, Macro Economische Verkenningen 2001, Bijlage A1, A2 en A11

Verschillende organen als de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, de Commissie van Sociaal-Economisch Deskundigen (CSED) van de Sociaal-Economische Raad, het Centraal Planbureau en de Studiegroep Begrotingsruimte gaan in hun analyses in op de financierbaarheid van de zorguitgaven op de lange termijn. Nu is het ramen van de zorguitgaven op een termijn van 40 tot 80 jaar al een hele klus, maar het ramen van de economische groei op een dergelijke termijn is zeker niet eenvoudiger. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit de frequente ramingsbijstellingen van de groei voor één jaar vooruit. Om deze onzekerheden duidelijk in beeld te hebben, werkt het Centraal Planbureau daarom met verschillende scenario's voor de economische groei op lange termijn.

Bij het beschouwen van zorgquotes past een relativering. De CSED van de SER stelt dat, vanuit macro-economisch oogpunt, de totale collectieve lastenontwikkeling van belang is, en niet alleen de zorgquote. Immers, als elders in de collectieve sector budgettaire ruimte ontstaat, hoeven de totale lasten niet te stijgen om toenemende zorguitgaven op te vangen. Gebruikmakend van de *Lange Termijn Verkenning 1995-2020* van het CPB blijkt dit tot de mogelijkheden te behoren. Twee van de drie scenario's kennen een stijgende zorgquote waarbij tegelijkertijd de collectieve lastendruk daalt. Dat geldt voor het European-Coordinationsscenario (EC) en het Global-Competitionsscenario (GC). In het Divided-Europescenario (DE) gaan stijgende zorguitgaven gepaard met hogere collectieve uitgaven (zie ook tabel 5.1).

In DE is de gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei (reëel ten opzichte van de BBP-prijs) in de zorg 2,9%, in EC en GC is die groei 3,8% in de periode 1995-2020.

Tabel 5.1 Zorguitgaven en BBP 1995-2020

	1995 2020 Niveau in % BBP				1995 – 2020 Reële groei (t.o.v. BBP-prijs)		
	DE	EC	GC		DE	EC	GC
Zorg (collectief)	8,7	12,2	11,4	9,9	2,9	3,8	3,8
Collectieve uitgaven (bruto)	53,7	56,4	49,6	42,4	1,1	1,5	1,7
Economische groei	-	-	-	-	1,5	2,7	3,3

Bron: SER/CPB

5.4 Uitgavenramingen en zorgquotes

Voor de berekening van zorgquotes moeten ramingen en veronderstellingen worden gemaakt voor de uitgavenontwikkeling in de zorg en de ontwikkeling van het BBP. Het CPB en de Studiegroep Begrotingsruimte (tiende rapport) hebben voor de lange termijn zorgquotes voorspeld. Het RIVM en de WRR hebben ramingen voor de zorguitgaven gemaakt. Om die te vertalen in een zorgquote moeten dus aannames voor de economische groei worden gemaakt.

Zoals hiervoor al gezegd, maakt de Lange Termijn Verkenning 1995-2020 van het Centraal Planbureau gebruik van scenario's. De grote hoeveelheid variabelen maakt het ondoenlijk om op alle mogelijke toekomstvarianten in te gaan en dat lijkt bovendien weinig zinvol. Van alle mogelijke variaties zijn uiteindelijk drie scenario's samengesteld met verschillende aannames voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van de wereldhandel, de economische groei en de macht van Brussel. In het scenario European Coordination (EC) bedraagt de jaarlijkse economische groei 2,75%, in Global Competition (GC) 3,25% en in Divided Europe (DE) 1,5%. In de scenario's met een hogere economische groei is ook de groei van zorguitgaven hoger (3,8%) dan in DE (2,9%). In tabel 5.2 zijn de verschillende langetermijnramingen naast elkaar gezet.

Tabel 5.2 Langetermijnramingen zorguitgaven

Studie	Periode	Groeipercentage (reëel t.o.v. prijs-BBP)	Zorgquote (laatste jaar)
CPB (1996), Lange Termijn Verkenning 1995-2020 (drie scenario's)	1995-2020		
- Divided Europe		2,9	12,2
- European Coordination		3,8	11,4
- Global Competition		3,8	9,9
CPB (1997), CEP 1997 (Generatierекeningen)	1995-2020 2020-2040	3,0 3,0	9,8 13,2
CPB (2000), Ageing in the Netherlands	2000-2040	3,0	10,6 ^a
Studiegroep Begrotingsruimte (1997), tiende rapport	1995-2040	3,1	13,2
WRR (1997), Volksgezondheidszorg	1990-2015	2,9	8,2 – 10,6
RIVM (1997), Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997	1994-2015	2,4	7,6 – 9,8

a In deze studie wordt de zorgquote berekend van alleen de collectief gefinancierde zorguitgaven. Deze stijgt van 7% in 2000 tot 10,6 % in 2040.

Bron: CPB/SER/VWS; deels eigen berekeningen

Naast de langetermijnstudie heeft het CPB in het Centraal Economisch Plan 1997 aandacht besteed aan de vergrijzing en de betekenis daarvan voor de houdbaarheid van de overheidsfinanciën. De groei van de zorguitgaven in deze studie is in de periode 1995-2040 gemiddeld 3,0% per jaar. Daardoor stijgen de collectief gefinancierde zorguitgaven van 8,7% BBP in 1995 tot 9,8% in 2020. Op de piek van de vergrijzing in 2040 bedraagt de (collectieve) zorgquote 13,2%.

Ook de in de bijlage besproken CPB-studie *Ageing in the Netherlands* presenteert ramingen voor de (collectieve) zorgquote. De (collectieve) zorgquote loopt op van 7% in 2000 naar 8,6% in 2020. Op de piek van de vergrijzing in 2040 bedraagt de collectieve zorgquote volgens deze studie 10,6% .

Het WRR-rapport uit 1997 gaat uit van een jaarlijkse uitgavengroei van 2,9% tussen

1990 en 2015. De WRR kijkt onder andere naar ziektespecifieke veranderingen door het verleden te extrapoleren naar de toekomst. Maar ontwikkelingen in het verleden laten zich nu eenmaal niet zonder meer doortrekken naar de toekomst. Probleem is vooral dat deze ramingen nooit beleidsarm zijn. Daarbij komt dat deze WRR-studie zich alleen richt op de zorgvraagontwikkeling, los van de sociaal-economische context waarbinnen deze ontwikkeling plaatsvindt. Zo ontbreekt de relatie met de inkomensontwikkeling en blijft ook de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie buiten beeld.

De WRR berekent dan ook geen zorgquote. Gebruikmakend van de langetermijnverkenning van het CPB uit 1996 is het echter mogelijk om een drietal scenario's voor de zorgquote te berekenen. Uitgaande van een zorgquote van 8,6% (zie ook tabel 5.1) in 2000 bedraagt de zorgquote in 2015 bij een economische groei van 2,75% (European-Coordinationsscenario) 8,8%. De economische groei kan ook meezitten. In het Global-Competitionsscenario van het CPB bedraagt deze 3,25%. In een dergelijk scenario daalt de zorgquote zelfs tot 8,2% in 2015. In het pessimistische Divided-Europescenario (groei 1,5%) komt de zorgquote in 2015 uit op 10,6%.

Voor de VTV-raming gelden dezelfde bezwaren tegen ramen op basis van het verleden. De methode komt erop neer dat het RIVM twee punten in de tijd prikt en daar een lijn doortrekt. Resultaat is een uitgavengroei van 2,4% per jaar. Daarmee rekenend en startend in 2000 met 8,6% daalt de zorgquote de komende 15 jaar tot 8,2% bij 2,75% economische groei of tot 7,6% bij 3,25% groei. In het pessimistische DE-scenario (groei 1,5%) neemt de zorgquote toe tot 9,8% in 2015.

Gezien de reeds in hoofdstuk 4 geconstateerde verschillen in de groeiramingen van de zorgvraag, zal het niet verbazen dat ook de groei van de zorgquotes verschilt tussen de diverse studies. Daar komt bij dat de studies verschillende tijdvakken bestrijken en dat de zorgquote soms wordt berekend op basis van de totale zorguitgaven en soms op basis van alleen de collectief gefinancierde uitgaven, wat de vergelijkbaarheid van de studies niet vergroot.

De vergelijking maakt echter wel duidelijk dat bijna alle studies verwachten dat de groei van de zorguitgaven de komende jaren de economische groei zal overtreffen, al is vanzelfsprekend de groeiraming van de economie als geheel met veel onzekerheden omgeven. Bijna overal stijgen de zorgquotes en dus ook de premies.

Om een indicatie te krijgen wat een en ander betekent op microniveau, laat de volgende paragraaf aan de hand van de reeds genoemde CPB-scenario's zien hoe de premies van AWBZ en ZFW zich zonder nader beleid de komende jaren zullen ontwikkelen.

5.5 Premieontwikkeling op microniveau

De eerdere hoofdstukken hebben duidelijk gemaakt dat ontwikkelingen in de zorgsector niet los staan van andere sociaal-economische ontwikkelingen. Beïnvloeding

vindt over en weer plaats. Dit veroorzaakt mede dat voorspellingen over premieontwikkelingen met veel onzekerheden zijn omgeven. Vandaar dat deze paragraaf aan de hand van de eerdergenoemde langetermijnstudie van het CPB uit 1996 een indicatie wil geven van toekomstige premieontwikkelingen. De door het CPB gebruikte methodiek waarborgt de consistentie tussen de ontwikkelingen in de zorg en die in de rest van de economie. En tevens doet het werken met scenario's recht aan de grote hoeveelheid onzekerheden die kenmerkend is voor dit type ramingen.

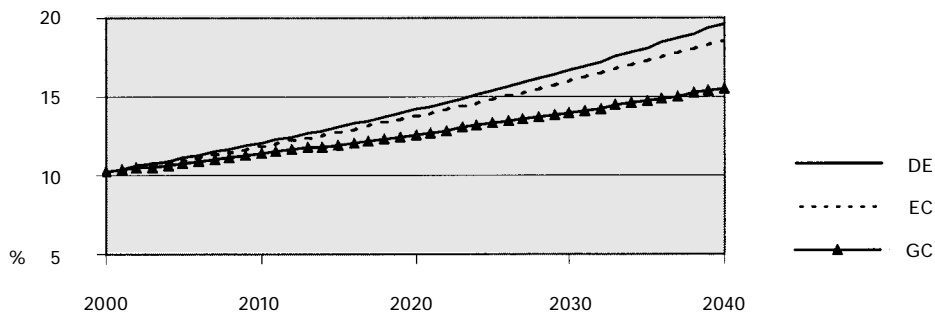
Tabel 5.1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van zowel de geraamde groei in de zorguitgaven als van de geraamde economische groei in de drie scenario's die het CPB heeft doorgerekend voor de periode 1995-2020. De groei van de zorguitgaven als geheel bedraagt daar gemiddeld 2,9% (Divided Europe) respectievelijk 3,8% (European Coordination en Global Competition). Het CPB heeft aangegeven dat de groei in de curesector naar verwachting iets groter zal zijn dan in de caresector. Hoewel de vergrijzing een groter beroep zal betekenen op careverstrekingen (eerste compartiment) en toekomstige loonstijgingen als gevolg van het vrijwel afwezig zijn van productiviteitsstijgingen (Baumol-effect) eveneens tot kostenstijgingen leiden, wordt de gemiddelde jaarlijkse groei van het tweede compartiment iets hoger ingeschat. Voornaamste reden is de te verwachten ontwikkeling op het terrein van de medische technologie. De loonkosten in het tweede compartiment worden in tegenstelling tot die in het eerste compartiment gedempt door productiviteitsstijgingen. Dit betekent dus dat het aandeel van het eerste compartiment in de totale zorguitgaven daalt en het aandeel van het tweede compartiment stijgt.

In de onderstaande premieberekeningen zijn de volgende veronderstellingen verwerkt:

- De groei van de ZFW-uitgaven is 0,3% hoger dan de gemiddelde groeiraming in de verschillende scenario's en de groei van de AWBZ-uitgaven 0,2% lager.
- De grondslag van de AWBZ loopt op met zowel de werkgelegenheidsontwikkeling als de reële loonontwikkeling (voor de groep verzekerden die nog niet de maximale premie betaalt).
- De grondslag van de ZFW wordt bepaald door de werkgelegenheidsontwikkeling en de reële loonontwikkeling voor *alle* verzekerden. Anders dan in de AWBZ wordt de premiegrens van het ziekenfonds geïndexeerd met de loonontwikkeling en niet met de prijsontwikkeling.

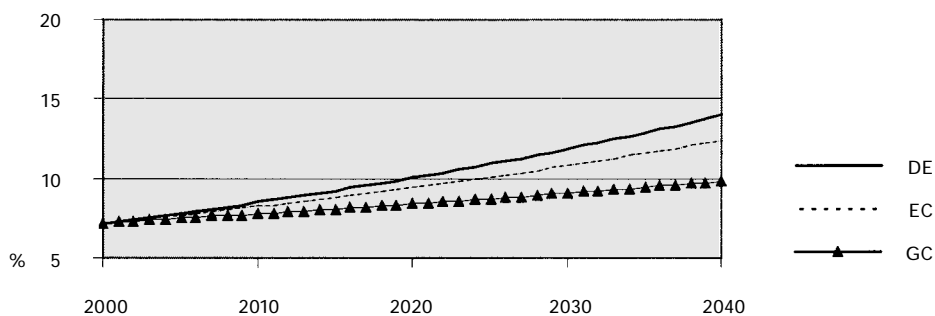
Grafiek 5.2 geeft een indicatie van de ontwikkeling van het AWBZ-premiepercentage voor de komende 40 jaar in de drie genoemde scenario's onder de veronderstelling dat de langetermijnramingen van het CPB ook houdbaar zijn voor de periode na 2020. De grafiek laat zien dat onder deze veronderstellingen de AWBZ-premie tussen nu en 2040 zal toenemen. Afhankelijk van de veronderstelde economische ontwikkeling zal die toename kunnen variëren van ongeveer 5 procentpunten tot ongeveer 9 procentpunten.

Grafiek 5.2 Premieontwikkeling AWBZ, 2000-2040 (in percentages van het premieplichtig inkomen), drie scenario's



Grafiek 5.3 hierna geeft een beeld van de ontwikkeling van de ZFW-premie. Ook de ZFW-premie stijgt de komende jaren. Afhankelijk van het veronderstelde scenario en onder de vermelde veronderstellingen, komt de premie over 40 jaar uit tussen 10% (Global Competition) en 14% (Divided Europe).

Grafiek 5.3 Premieontwikkeling ZFW, 2000-2040 (in percentages van het premieplichtig inkomen), drie scenario's



De uitkomsten van deze premieberekeningen lopen in de pas met de eerder gepresenteerde ontwikkeling van de zorgquote in de betreffende CPB-scenario's. Die ontwikkeling is ook stijgend in alle scenario's. Dat de relatieve stijging van de premies iets hoger ligt dan die van de zorgquote hangt samen met enerzijds het verschil in de ontwikkeling van de zorguitgaven in eerste en tweede compartiment en anderzijds met een verschillende ontwikkeling van de grondslag. Met name bij de AWBZ blijft de grondslagontwikkeling achter bij de economische groei door de wettelijk vastgelegde indexeringsmechanismen.

Overigens hoeft de geschetste premieontwikkeling als zodanig geen probleem voor de Nederlandse samenleving te betekenen. Zoals al eerder is opgemerkt is vanuit economisch oogpunt de totale collectieve lastenontwikkeling van belang, en niet alleen de zorgquote. Wanneer de toenemende zorguitgaven worden gecompenseerd door vrijvallende ruimte elders binnen de collectieve sector, hoeven de totale

lasten niet te stijgen. In twee van de drie CPB-scenario's is dit ook het geval (zie tabel 5.1).

5.6 Tot slot

In de vorige hoofdstukken is al geconcludeerd dat vanuit de samenleving ontwikkelingen op de zorg afkomen die de *aard* van de zorgvraag (zullen) veranderen. Dit hoofdstuk laat zien dat ook de gevraagde *hoeveelheid* zorg toeneemt. Al met al leiden de geschetste maatschappelijke ontwikkelingen naar verwachting tot een dusdanige vraag naar zorg dat zonder nader beleid de zorgpremies voor burgers aanzienlijk zullen kunnen stijgen, zoals de verschillende varianten laten zien.

Of dit een probleem voor de samenleving is, hangt mede af van hoe de overige collectieve lasten zich ontwikkelen. Stijgende zorgpremies kunnen worden gecompenseerd door dalende premies elders, zoals in twee van de drie CPB-scenario's het geval is. Maar in het geval dat de druk van de *totale* collectieve lasten te hoog wordt, zal de maatschappelijke bereidheid tot acceptatie hiervan kunnen afnemen, zeker bij de huidige financieringssystematiek in de zorg, die zich kenmerkt door een grote mate van inkomenssolidariteit. Daarbij bestaat ook het gevaar van afwenteling van zorgkosten door werknemers op werkgevers, met als gevolg oplopende loonkosten en afbraak van werkgelegenheid.

Een en ander kan betekenen dat naast de veranderende aard van de vraag ook de financierbaarheid zonder nader beleid druk doet ontstaan op de houdbaarheid van het stelsel. En daarmee rijst de vraag welke oplossingen bestaan om de stijgende vraag naar gezondheidszorg te kunnen financieren, zonder de collectief opgebrachte lastendruk te veel te laten oplopen.

Een aantal zeer recent verschenen studies²⁸ op dit terrein schetsen verschillende oplossingsrichtingen die verkend kunnen worden. Grofweg zijn die in te delen in de volgende categorieën:

- Vergroting van het draagvlak voor premieheffing en daarmee mitigering van de micropremiestijging.
In deze categorie wordt onder meer gedacht aan een toename van de arbeidsparticipatie, bijvoorbeeld onder vrouwen, ouderen en arbeidsongeschikten. Maar ook structuurversterkende lastenverlichting kan een bijdrage leveren aan een betere groei- en werkgelegenheidsprestatie van de economie als geheel en daarmee aan vergroting van het draagvlak voor premieheffing.
- Schuldreductie als investering in de toekomst.
Omdat nog niet alle trends zich de komende vijf tot tien jaar in volle hevigheid manifesteren (de vergrijzing zal pas vanaf 2020 voor de zorg relevant toeneemen), kan schuldreductie op korte termijn ook een bijdrage leveren aan de financierbaarheid van de zorg op langere termijn. Schuldreductie schept immers 'ruimte' in de jaarlijkse rente-uitgaven, die gebruikt kan worden voor andere, collectief gefinancierde, behoeften;

Of, en zo ja in welke mate, deze oplossingsrichtingen een rol kunnen spelen, zal in de nabije toekomst nader bediscussieerd moeten worden. Het voorgaande laat in ieder geval zien dat de financiering van de toenemende zorgvraag in het licht van de geschetste ontwikkelingen niet tot problemen hoeft te leiden.

6 Samenvatting

Het is niet mogelijk om in één rapport het zorgstelsel volledig te positioneren in een breed maatschappelijk perspectief. Deze publicatie heeft dan ook niet die ambitie, maar is bedoeld om bouwstenen aan te dragen voor een verdere discussie over de inrichting van een zorgstelsel dat robuust genoeg is om de maatschappelijke ontwikkelingen voor de komende decennia te kunnen accommoderen.

Gezondheid wordt door velen gezien als het belangrijkste goed in het leven. Nu zijn er diverse factoren die de gezondheid van individuen beïnvloeden. Vele daarvan hebben mensen zelf in de hand (gezond eten, bewegen), maar vele ook niet. Als verbetering van de gezondheid niet mogelijk is door een ander leefpatroon, kan een beroep worden gedaan op de gezondheidszorg. In die zin is het product van de sector uniek, omdat een verbetering van de gezondheid op geen andere manier te verkrijgen is.

Vandaar dat een goed stelsel van gezondheidszorg belangrijk is, allereerst natuurlijk voor de patiënt/consument zelf, maar ook voor andere actoren in de maatschappij. Immers, gezondheid is voor individuen in economische zin ook een 'productiemiddel'. Een goede gezondheid maakt het makkelijker en ook aantrekkelijker om actief deel te nemen aan de samenleving en daarmee ook bij te dragen aan de samenleving, zowel in werk- als privé-sfeer. De vitaliteit van de samenleving als geheel ondervindt een positief effect als de burgers daarin een goede gezondheid genieten. Investeren in gezondheidszorg loont dus de moeite.

Om de positieve bijdrage van de gezondheidszorg op de samenleving te behouden, is het wel zaak dat de zorg tegemoetkomt aan de eisen die de samenleving stelt en inspeelt op trends en vragen die vanuit de samenleving op de zorg afkomen.

In deze publicatie is een aantal van die trends beschreven. Vergrijzing, technologische ontwikkelingen en welvaartsstijging zijn er een paar van. Deze ontwikkelingen hebben onder meer tot gevolg dat er een andere type vraag op de zorg afkomt.

Mensen gaan andere eisen aan de zorg stellen. Consumenten worden mondiger en nemen niet langer genoegen met de stelregel 'Patients must be patient'. De wens van de patiënt om snel, adequaat en klantvriendelijk geholpen te worden zal meer dan voorheen centraal moeten staan bij de inrichting van het zorgstelsel, waarbij de patiënt ook meer zijn eigen keuzes moet kunnen maken.

Maar niet alleen de aard van de gevraagde zorg zal veranderen, ook de gevraagde hoeveelheid. Als gevolg van een aantal van de genoemde maatschappelijke trends zal de vraag naar zorg toenemen. Verschillende studies laten zien dat de zorgvraag naar verwachting de komende decennia met zo'n 3% per jaar zal toenemen.

Afhankelijk van de economische groei in de komende decennia komt dit overeen met een stijging van het aandeel van de zorguitgaven in het BBP van ongeveer

8,5% in 2000 tot ruim 13% in 2002. Evident is dat, zonder nader beleid, dit kan leiden tot belangrijke collectieve premieverhogingen. Dit hoeft echter niet het geval te zijn. In recent verschenen studies zijn reeds enige mogelijke oplossingsrichtingen geschetst. Hoe daarmee om te gaan is een van de beleidsvragen voor de komende tijd.

Bijlage

Bijlage

Onderzoek in beeld

CPB: Omgevingsscenario's Lange Termijn Verkenning 1995-2020

Het CPB onderscheidt drie scenario's: Divided Europe (DE), European Coordination (EC) en Global Competition (GC). De scenario's zijn gebaseerd op een set van veronderstellingen over vijf belangrijke trends: demografie, internationale economische ontwikkelingen, sociaal-culturele factoren, technologie en economie. Tevens verschilt de invulling van het overheidsbeleid. Bij de ontwikkeling van de zorguitgaven kijkt het CPB naar de demografie, het overheidsbeleid en de specifieke prijsontwikkeling in de zorgsector (Baumol-effect).

De reële jaarlijkse groei van de zorguitgaven bedraagt per jaar in de drie scenario's respectievelijk 2,9%, 3,8% en 3,8%. Gecombineerd met de prognoses van het BBP stijgt de zorgquote van 8,7% in 1995 tot respectievelijk 12,2%, 11,4% en 9,9% in 2020.

RIVM: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997

In 1997 publiceerde het RIVM de studie *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*, waarin ook een verkenning van de zorguitgaven in de periode 1994-2015 is opgenomen.

Bij de demografische projectie van de zorguitgaven in de toekomst baseert het RIVM zich op de verdeling van de zorgkosten per voorziening naar leeftijd en geslacht in 1994. In dat jaar waren de gemiddelde uitgaven per inwoner 3.900 gulden. Achter dat bedrag gaat echter een grote spreiding over de verschillende leeftijds-geslachtscategorieën schuil. Verschuivingen in de omvang en samenstelling van de bevolking vertalen zich daarom – onder overigens gelijke omstandigheden – in een toe- of afname van de zorguitgaven. Door het combineren van de zorguitgaven in 1994 en de CBS-bevolkingsprognoses – beide gespecificeerd naar leeftijd en geslacht – komt het RIVM tot een schatting van het effect van demografische ontwikkelingen op de toekomstige zorguitgaven.

Bij de demografische projecties gaat het RIVM uit van de veronderstelling dat per leeftijds-geslachtscategorie het relatieve aantal ziektegevallen per aandoening constant blijft. Voor een aantal ziekten is echter bekend dat dit niet het geval is. Zo blijft naar verwachting het aantal gevallen van coronaire hartziekten achter bij de demografische ramingen terwijl voor bijvoorbeeld diabetes en hartfalen het omgekeerde het geval is.

Aangezien de kosten per ziekte fors uiteenlopen, kunnen epidemiologische ontwikkelingen als de toename van diabetes – op de langere termijn – een grote invloed hebben op de ontwikkeling van de zorguitgaven. Helaas ontbreekt echter de informatie om deze invloed voor de gehele zorgsector te kunnen kwantificeren. Daarom moet het RIVM volstaan met het extrapoleren van de trend (feitelijke groei gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen) in de periode 1988-1994 naar de toekomst.

Het RIVM merkt op dat in deze trend naast epidemiologische ontwikkelingen ook de effecten van onder meer veranderingen in de medische technologie (nieuwe medicijnen en behandelmethoden), veranderingen in de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld extramuralisering) en veranderend vraaggedrag (bijvoorbeeld de mondige/calculerende burger) zijn terug te vinden.

Het RIVM becijfert voor de periode 1994-2015 een volumegroei van ongeveer 0,9%-1,0% als gevolg van demografische ontwikkelingen. Ook een recente update van deze demoramingen door het RIVM (november 1999) komt op ongeveer dit percentage uit. Voor het opvangen van overige ontwikkelingen en trends schat het RIVM dat 1,1%-1,2% benodigd is. Tezamen met een Baumol-effect van 0,3% komt het RIVM in totaal uit op 2,4% volumegroei.

CPB: CEP 1997

Het CPB besteedt in het CEP 1997 aandacht aan de vergrijzing en de betekenis daarvan voor de houdbaarheid van de overheidsfinanciën. Daarvoor wordt de methode van generatierекeningen gebruikt, waarbij wordt gekeken naar de intergenerationele verdeling van collectieve lusten en lasten.²⁹ De belangrijkste conclusie is dat het huidige collectieve bestel op lange termijn niet houdbaar is: toekomstige generaties profiteren minder van de overheid dan de huidige. De groei van de zorguitgaven volgens deze methodiek is in zowel 1995-2020 als 2020-2040 gemiddeld 3,0% per jaar. Hiervan wordt ongeveer 1 procentpunt door demografische ontwikkelingen veroorzaakt en de rest door trendmatige zaken (inclusief het Baumol-effect).

Studiegroep Begrotingsruimte 1997

In het tiende rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte is een inschatting gemaakt van de ontwikkeling van de zorguitgaven over de periode 1995-2040 bij ongewijzigd beleid. De studiegroep heeft daarbij twee varianten berekend. Een van de varianten incorporeert alleen het demografische effect en het Baumol-effect. Tezamen levert dit een groei van 2,7% per jaar op. Wanneer echter ook wordt verondersteld dat de zorguitgaven grosso modo meegroeien met de welvaart, zoals dat ook in de afgelopen jaren is gebeurd, dan bedraagt de volumegroei 3,1% per jaar.

WRR: Volksgezondheidszorg

Medio 1997 publiceerde de WRR het rapport *Volksgezondheidszorg*. Als achtergrondstudie verscheen het werkdocument *Toekomstige zorgbehoefte in Nederland. Een kwantitatieve verkenning*.

Centraal in dit werkdocument staat een verkenning op macroniveau van de ontwikkeling van zorguitgaven in de periode 1990-2030. Hierbij zijn twee determinanten geanalyseerd: demografie en (een aantal) ziektespecifieke veranderingen. Bij de schatting van de kostenontwikkelingen fungeert 1990 als basisjaar.

Als gevolg van demografische ontwikkelingen stijgen de zorguitgaven in de periode 1990-2015 met gemiddeld 1,1% per jaar. Bij de verpleeghuizen is dit percentage 1,8.

Ook maakt de WRR een inschatting van de trend ('autonome ontwikkelingen'). De WRR bepaalt de trend door op de totale uitgavenontwikkeling 1988-1994 het demografische effect in mindering te brengen. Deze exercitie resulteert in een trend van 1,75% per jaar.

Als deze trend zich ook in de toekomst doorzet, impliceert dit dat de zorguitgaven in de periode 1990-2015 jaarlijks met 2,9% toenemen; bij de verpleeghuizen zelfs met 3,6%.

SCP: Memorandum Quartaire sector 1998-2002

Het SCP maakt in het memorandum onderscheid tussen een demoraming en een basisraming. De eerste raming geeft een indruk van de uitgavengroei op basis van alleen demografische ontwikkelingen, de tweede raming extrapoleert het gebruik van voorzieningen in het verleden. Het in de tekst reeds genoemde gevaar van extrapolatie van beleid speelt ook in de SCP-ramingen een rol, bijvoorbeeld het restrictieve toelatingsbeleid bij de verzorgingshuizen uit het recente verleden drukt de totale groei voor de komende jaren. Hiermee komen de totale groeiraming en de partiële demoraming voor de zorg dicht bij elkaar te liggen. In totaal raamt het SCP de totale volumegroei in de periode 1999-2002 op 1,3% exclusief geneesmiddelen en 1,8% inclusief geneesmiddelen.

Onderzoekscommissie-De Vries: Gezondheidszorg in Tel 7

In oktober 1999 publiceerde een commissie onder leiding van de voormalige minister van SZW, prof. B. de Vries, de zevende editie van *Gezondheidszorg in Tel (GiT)*. Opdrachtgevers van GiT zijn een groot aantal koepels van zorgaanbieders waaronder de NZf, LVT en de KNMG.

GiT bevat onder meer een raming van de benodigde middelen in de komende jaren. Tevens vindt een confrontatie plaats met de middelen die in de *Zorgnota* beschikbaar worden gesteld.

GiT komt voor de periode 1999-2002 uit op een totale volumegroei van 2,6%.³⁰

Deze volumegroei wordt in de volgende componenten uiteengehaald:

- 0,9% om de effecten van demografische ontwikkelingen op te vangen, waarbij uitgegaan wordt van een constant verbruik per leeftijdsklasse;
- 1,4% als gevolg van trendmatige ontwikkelingen in het gebruik;
Dit percentage is vastgesteld op basis van informatie over de daadwerkelijke groei van het productievolume in de periode 1992-1998. GiT constateert dat trendmatige ontwikkelingen per sector aanzienlijk kunnen verschillen als gevolg van met name verschuivingen in het aanbod. Ambulante zorg (dagbehandelingen/opnamen en poliklinische behandelingen) neemt de plaats in van klinische behandelingen. Dit blijkt ook uit de bijdrage van de farmaceutische zorg aan de trendmatige groei. Exclusief farmaceutische zorg zou de trendmatige groei uitkomen op 0,4%.
- 0,2% voor veranderingen in de intensiteit.
Deze ontwikkeling is overigens nauw verbonden met de trendmatige ontwikkeling van het gebruik. Zo leidt extramuralisering bij de ziekenhuizen – onder overigens gelijkblijvende omstandigheden – tot een afname van het aantal patiënten. Doordat echter de ‘lichtere’ patiënten extramuraal worden behandeld, neemt de gemiddelde zorgintensiteit van de intramuraal behandelde patiënten toe.

Bij de ramingen baseert GiT zich veelal op de trendmatige ontwikkelingen en veranderingen van de intensiteit in het verleden. Voor een aantal voorzieningen worden echter cijfers per leeftijdscategorie gehanteerd, waardoor de effecten van veranderingen in de samenstelling van de bevolking zichtbaar worden.

CSED van de SER: Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing

Centraal in het onderzoek staat de vergrijzingsbestendigheid van het huidige stelsel. In dit kader stelt de CSED zich de vraag hoe de zorguitgaven zich op de lange termijn onder invloed van onder meer demografische ontwikkelingen gaan ontwikkelen:

- Onder invloed van demografie stijgen de zorguitgaven met circa 1% per jaar. Daarnaast leiden ook medisch-technologische en epidemiologische ontwikkelingen, toenemende welvaart en het Baumol-effect (op 1,2% per jaar ingeschat!) tot stijgende zorguitgaven. In totaal verwacht de CSED dat de zorguitgaven (in constante prijzen, dus na correctie voor de prijsontwikkeling van het BBP) jaarlijks met 3 tot 4% zullen stijgen. De zorgquote zal hierdoor in 2040 ruim 13% bedragen tegenover 8,7% in 1995. *Het verwachte groeipercentage is aanzienlijk hoger dan het cijfer dat bijvoorbeeld het RIVM in de VTV presenteert. Dit verschil is met name te herleiden tot de inschatting van het Baumol-effect: 0,3% in VTV versus 1,2% bij de CSED.*

- Naast een toename in de zorgvraag is er ook sprake van een toenemende pluri-formiteit in de zorgvraag. Ouderen met hoge inkomens maken in vergelijking met de lagere inkomens weinig gebruik van met name de thuiszorg en de verzorgingshuizen. De beperkte woonkwaliteit (verzorgingshuizen) en hoge eigen bijdragen zijn hier waarschijnlijk debet aan. Deze groep zoekt vaak een alternatief in de particuliere sector.

WRR: Generatiebewust beleid

In 1999 heeft de WRR in het rapport *Generatiebewust beleid* een studie gepubliceerd over de verhoudingen tussen generaties in het kader van de vergrijzing. De raad heeft daarbij twee vragen centraal gesteld:

- Hoe kunnen aanspraken op overdrachten zodanig worden gewaarborgd dat het bestaande systeem voor deze overdrachten niet wordt ontwricht?
- Hoe kunnen de lusten en lasten zodanig tussen generaties worden verdeeld dat de verschillende generaties dit als rechtvaardig ervaren en aanvaarden?

De WRR schetst in dit rapport een aantal varianten van de toekomstige vergrijzingslasten voor onder meer de zorg. Daarbij maakt de raad gebruik van uitkomsten van andere studies. Zonder in detail te treden merkt de WRR op dat in het verleden de groei van de zorgquote maar in beperkte mate te verklaren was uit demografische ontwikkelingen. De overige zaken, als nieuwe behandelingsmethoden, veranderingen in het gebruiksgedrag en arbeidsproductiviteitsontwikkelingen, hebben in het verleden een omvangrijker effect op de zorgquote gehad. De WRR geeft aan dat de onderliggende oorzaken van deze 'overige ontwikkelingen' moeilijk te scheiden zijn en werkt in dit rapport met een referentiescenario waarin wordt verondersteld dat de overige ontwikkelingen, tezamen met de prijsontwikkeling in de zorg, gelijk oplopen met de economische groei per hoofd van de bevolking. Vervolgens kunnen daarbij verschillende demografische scenario's worden gehanteerd. Afhankelijk van het gehanteerde scenario neemt de zorgquote (zorguitgaven als percentage van het BBP) tussen 2000 en 2050 toe met respectievelijk 2% in de 'lage' variant tot 6% in de 'hoge' variant.

Het mag duidelijk zijn dat hier niet zozeer sprake is van een raming van de zorguitgaven, als wel van een gevoeligheidsanalyse.

CPB: ramingsmodel zorgsector³¹

In opdracht van het ministerie van VWS werken CPB en SCP aan een integraal ramingsmodel voor de zorgsector. Eind 2000 is het project afgerond. Met behulp van een voorlopige versie van het model heeft het CPB langetermijnramingen van de zorguitgaven opgesteld voor de periode 1999-2049. Het CPB komt in het basis-scenario uit op een jaarlijks reële groei van de zorguitgaven van 3,0%. Hiervan

nemen demografie, inkomen en overige factoren (technologie, Baumol en dergelijke) respectievelijk 0,6%, 0,8% en 1,6% voor hun rekening. Het CPB gaat verder uit van een jaarlijkse bevolkingstoename van 0,2%. De reële groei van de zorguitgaven *per inwoner* komt daarmee op 2,8% uit.

Vervolgens rekent het CPB drie alternatieve scenario's door:

- Het *grijze* scenario: minder geboorten, sterfte en immigratie; de zorguitgaven *per inwoner* stijgen nu met 3,2%.
- Het *rijke* scenario: arbeidsproductiviteit en inkomen stijgen jaarlijks 1,0% extra; de zorguitgaven *per inwoner* groeien jaarlijks met 3,6%.
- Het *high-tech* scenario: technologische vooruitgang gaat 1,5 keer zo snel als in het basisscenario. Dit leidt tot een jaarlijkse groei van de zorguitgaven *per inwoner* met 3,6%.

CPB: Ageing in the Netherlands (2000)

Medio september 2000 heeft het CPB een studie uitgebracht over de langetermijnconsequenties van de vergrijzing op de Nederlandse economie. En lange termijn is hier inderdaad lange termijn. De studie bestrijkt de periode 2000-2080. Wat betreft de ramingen van de zorguitgaven verschilt de aanpak van het CPB in deze studie van eerdere berekeningen. In deze studie maakt het CPB namelijk onderscheid tussen leeftijdsgerelateerde kosten en sterftegerelateerde kosten. Naarmate de vergrijzing (in de zin van ouder wordende ouderen) doorzet, zullen de sterftegerelateerde kosten niet leiden tot meer kosten maar slechts tot uitstel van kosten. Hierdoor vallen de totale kosten van vergrijzing lager uit dan in eerdere berekeningen. In totaal neemt het volume van de zorg in deze berekeningen toe met 3% per jaar. Helaas geeft het werkdocument geen uitsplitsing van de onderliggende bijdragen aan de totale groeiraming.

Noten

- 1 Arrow benoemde in 1963 in the American Economic Review als een van de eersten economische karakteristieken van de gezondheidszorg. Diverse economen, waaronder Feldstein en Phelps, hebben dat rijtje verder uitgebreid. Lapré e.a. (*Algemene economie van de gezondheidszorg, 1999*) komen tot in totaal tien bijzondere kenmerken van de zorg.
- 2 CPB, *Macro Economische Verkenningen*. september 2000.
- 3 Zie bijvoorbeeld *Herontwerp van zorgprocessen* van De ziekenhuisketen en Ernst&Young Consulting met het project Verkorting van Doorstroomtijden, aan de hand van het principe van het Business Process Redesign, 2000.
- 4 *Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 1999*, OSA. p. 102: In 1998 zijn 821.000 personen werkzaam in de zorg. Verondersteld is een jaarlijkse groei van ongeveer 2%, wat zou betekenen dat er in 2000 ongeveer 850.000 werkzame personen in de zorg zijn.
- 5 Gebaseerd op tabel A1.11 en A1.2 uit *Zorgnota 2000*.
- 6 CBS, persbericht 22 augustus: totaal 37 vacatures per 1000 banen, gezondheids- en welzijnszorg 21 vacatures per 1000 banen.
- 7 'Vergrijzing zorgpersoneel kost miljarden'. In: Het Financieele Dagblad, 7 augustus 2000.
- 8 Een recent voorbeeld over de reikwijdte van solidariteit betreft de discussie in de media over de mate waarin werknemers zonder kinderen in zouden moeten springen voor hun collega's met kinderen wanneer deze zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof etc. opnemen.
- 9 Ernst&Young consulting, *Het speelveld van de WTG: Strijd of Samenspel*. mei 1999.
- 10 PriceWaterhouseCoopers, *Zorg belast, categorisering van de administratieve lasten*. mei 2000.
- 11 OECD Economic Surveys, *Netherlands*. Paris, maart 2000.
- 12 WHO, 'Health systems: Improving performance'. In: *World Health Report 2000*
- 13 'Verdeling van lasten en baten'. In: *Zorgnota 1997*, bijlage A4.9.
- 14 In 1996 acht 53% van de Nederlanders een goede gezondheid het belangrijkste dat men kan hebben in het leven, 33% acht een goed huwelijk en een leuk gezin het belangrijkste. SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 1996*.
- 15 'The health and wealth of nations'. In: Bloom en Canning, *Science*, 18 februari 2000, p.1207-1209.
- 16 Volgens de Wereldbank is de jaarlijkse economische groei ten minste 1% minder bij een infectiegraad van 25% van de volwassen bevolking met aids. Volgens een recente studie van de International Labour Organization zal de economische groei in Afrikaanse landen de komende 20 jaar zelfs 25% lager uitvallen als gevolg van de aids-epidemie.
- 17 Jeffrey Sachs in Medisch Contact, nr.1, 2000

18 Minister Borst in Vrij Nederland, 24 juni 2000: 'Vaak krijgen ernstig zieken de kans niet om te sterven. Ook hier bieden artsen hoogbejaarden nog van alles aan, zonder eerlijke voorlichting. (...) Niet nog een keer de ellende van een chemokuur. Als je weet dat het toch niet meer echt helpt.'

Professor Post in Medisch Contact, 23 juni 2000: 'Als er niet meer dan 10% kans is dat een technologie de gezondheidstoestand echt verbetert, moeten we die interventie dan nog wel aanbieden? (...) Vaak zijn het immers juist deze ingrepen die met grote bijwerkingen gepaard gaan en die de kans op een slechte kwaliteit van leven bevorderen.'

Professor Dupuis in HMF, 2 juni 2000: 'Er vindt tegenwoordig veel geneeskunde plaats waar mensen geen zin in hebben of die tegen het belang van mensen ingaat.'

Professor Van de Ven in Trouw, 5 september 2000: 'Ten slotte wordt er (...) stilzwijgend van uitgegaan dat meer zorg ook meer gezondheid betekent. Bij het huidige niveau van de gezondheidszorg is dit een twijfelachtige veronderstelling.' Hij verwijst naar Amerikaanse ervaringen.

19 Polak en Völker-Dieben in Medisch Contact, februari 2000: 'Oogdruppels soms levensgevaarlijk'

Venn (et al.) in The Lancet, november 1999: 'Risk of cancer after use of fertility drugs with in-vitro fertilisation'

20 In de VS heeft president Clinton een onderzoek ingesteld naar dit fenomeen en in Engeland studeert men op de sterfte door iatrogene oorzaken.

'Medical futility in end-of-life care. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs'. JAMA, maart 1999.

Fischer en Welch in JAMA, februari 1999, 'Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse?'

21 Ter illustratie: het aandeel van de AOW-uitgaven in het BBP zal tussen nu en 2040 naar verwachting stijgen van 4% tot ongeveer 8%.

22 Zie ook WRR, *Volksgezondheidszorg* (Rapporten aan de regering nr. 52), 1997. Overigens moet bij de kwantificering in dit soort studies worden bedacht dat alle zorgkosten die personen in het laatste levensjaar maken, worden aangemerkt als sterftegerelateerde kosten. Dit leidt tot een overschatting van de sterftegerelateerde kosten en daarmee tot een onderschatting van de overige (leeftijdsgelateerde) kosten.

23 Ministerie van VROM, *Ontwerpnota Wonen. Mensen, wensen, wonen*. 2000

24 Het Baumol-effect verwijst naar de groei van de reële zorguitgaven als gevolg van het feit dat de lonen in de zorgsector ongeveer gelijk meestijgen met die in de rest van de economie, terwijl de arbeidsproductiviteitsontwikkeling achterblijft. Hierdoor is de reële groei van de zorguitgaven bijna automatisch groter dan die van andere collectieve uitgaven.

- 25 Zie bijvoorbeeld *Herontwerp van zorgprocessen* van De ziekenhuisketen en Ernst&Young Consulting met het project Verkorting van Doorstroomtijden, aan de hand van het principe van het Business Process Redesign.
- 26 Het derde compartiment bestaat vooral uit niet-wettelijk geregelde delen van de tandheelkunde en fysiotherapie, evenals uit zaken als hulpmiddelen en klassenverpleging.
- 27 Hierbij moet worden opgemerkt dat geen eenduidige definitie van zorgquote bestaat, zowel wat betreft de exacte afbakening van zorgactiviteiten als wat betreft de wijze van financiering (alle zorg of alleen collectief gefinancierd?). Niveaus van de zorgquote zijn daarom niet altijd even interessant. Mutaties zijn dat daarentegen wel, want die zeggen iets over de houdbaarheid van het stelsel.
- 28 CPB, *Ageing in the Netherlands*. september 2000;
DNB, *Kwartaal bericht*. september 2000;
Rapport van een ambtelijke werkgroep, samengesteld uit de leden van de Studiegroep Begrotingsruimte, *Een verkenning van de schuldpolitiek op lange termijn*. juli 2000.
- 29 Deze methode kent wat haken en ogen. Zo laat het private overdrachten buiten beschouwing en moeten zeer veel aannames worden gedaan, bijvoorbeeld voor de waardering van kapitaal.
- 30 In totaal raamt GiT7 een volumegroei van 2,7% over de periode 1999-2002. Het verschil van 0,1% per jaar wordt verklaard door het volume-effect van de beleidsmatige afschaffing van de eigen bijdragen ZFW m.i.v. 1 januari 1999.
- 31 CPB, *CPB report 1999/4*. 1999.

