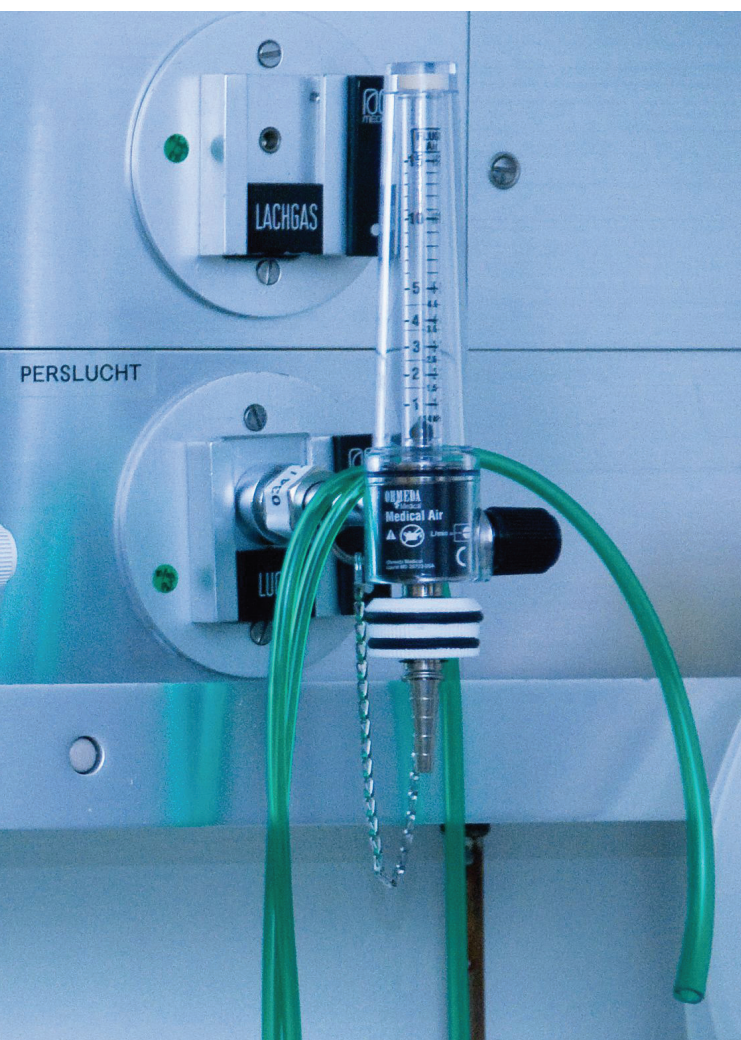




Centraal Planbureau

Gezondheid loont *Tussen keuze en solidariteit*



Toekomst
voor de zorg

Hoofdstuk 1

Het zorgstelsel
in internationaal
perspectief

1 Het zorgstelsel in internationaal perspectief

Esther Mot

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

1.1 Inleiding

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

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

1.2 De prestaties van het zorgstelsel

1.2.1 Kwaliteit

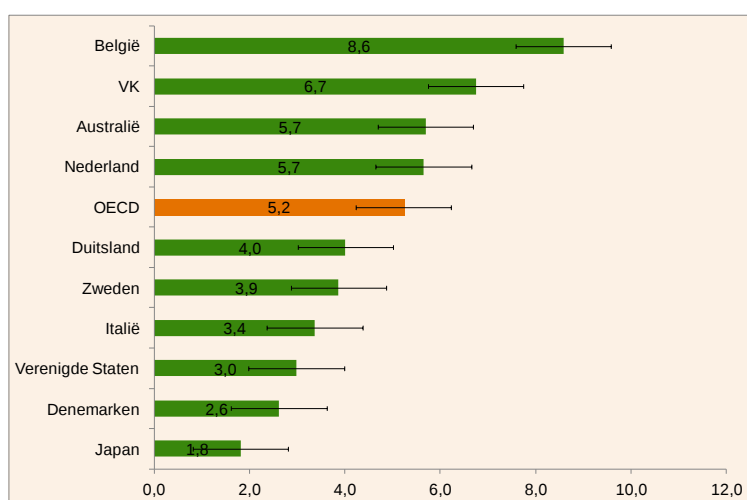
De indicatoren die zijn opgenomen in de OESO-publicatie 'Health at a glance 2011', geven een indruk van de kwaliteit in de Nederlandse curatieve zorg in vergelijking met andere landen.² De OESO geeft geen totaaloordeel; voor een aantal aandoeningen worden kwaliteitsindicatoren vergeleken, zoals de vijfjaarsoverleving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

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

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

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

Figuur 1.1 Aantal mensen per 100 dat overlijdt binnen 30 dagen na ziekenhuisopname voor een herseninfarct^a



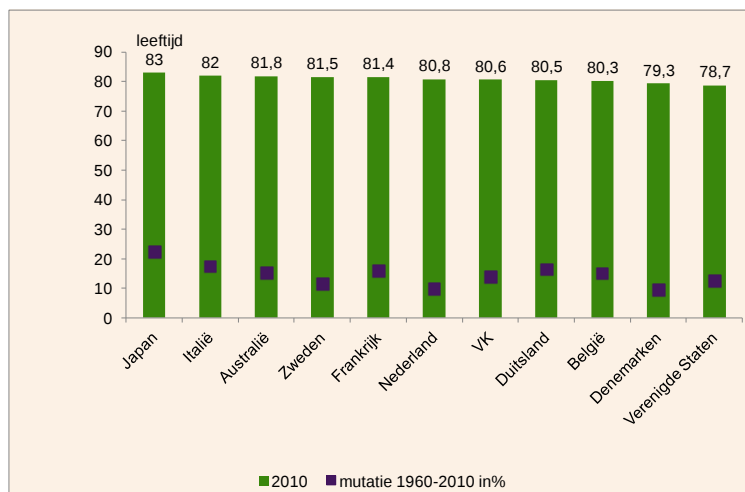
^a gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, met betrouwbaarheidsintervallen, 2009 (of dichtstbijzijnde jaar).
Bron: OECD Health at a glance 2011.

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

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

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

Figuur 1.2 Levensverwachting bij geboorte in 2010 en over de tijd



Bron: OECD health data 2012.

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

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

⁴ Zie Dandi e.a. (2012).

⁵ Zie Mot (2010).

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

1.2.2 Toegankelijkheid

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

Medische zorg

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

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

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

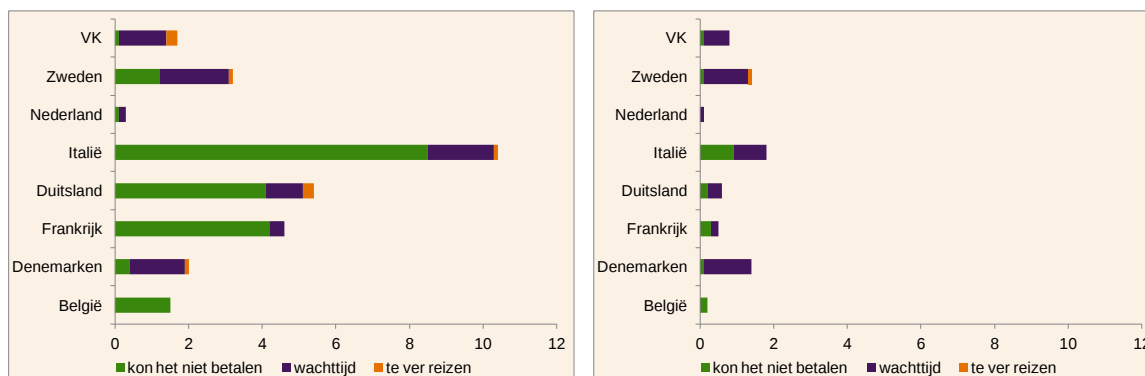
Bron: 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries.
* De percentages naar inkomensklasse zijn gecorrigeerd voor gezondheidstoestand, leeftijd en in de VS voor verzekeringsstatus; deze zijn dus niet direct vergelijkbaar met het totale percentage.

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

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

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

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



Bron: OECD Health at a glance.

Langdurige zorg

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

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

1.2.3 Gezondheidsverschillen

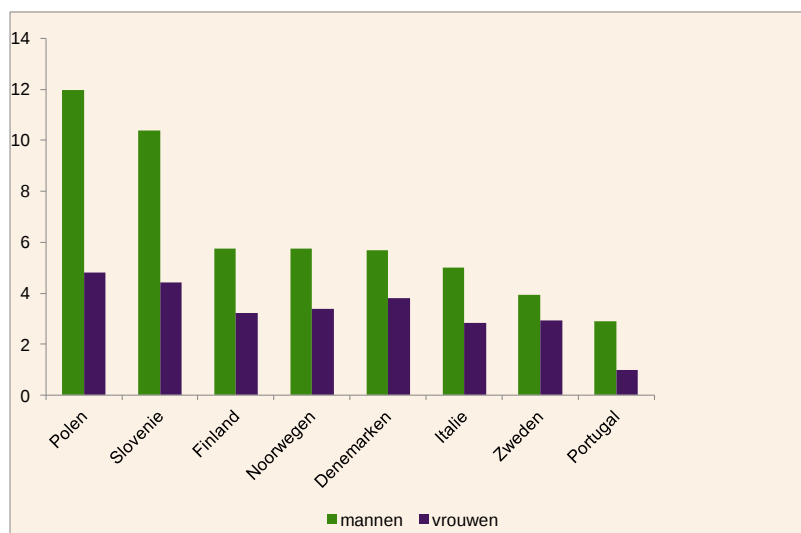
Ondanks de goede toegankelijkheid van de zorg kent Nederland, zoals veel landen, belangrijke gezondheidsverschillen tussen mensen uit verschillende sociale groepen (naar inkomen en opleiding). Bij mannen van dertig jaar met een hoog opleidingsniveau (hbo of universiteit) is de levensverwachting ongeveer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

Tabel 1.2 Resterende levensverwachting op 30-jarige leeftijd, Nederland

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

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

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



Bron: Eurostat.

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹ Het laatste laten ze zien met data voor de VS.

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

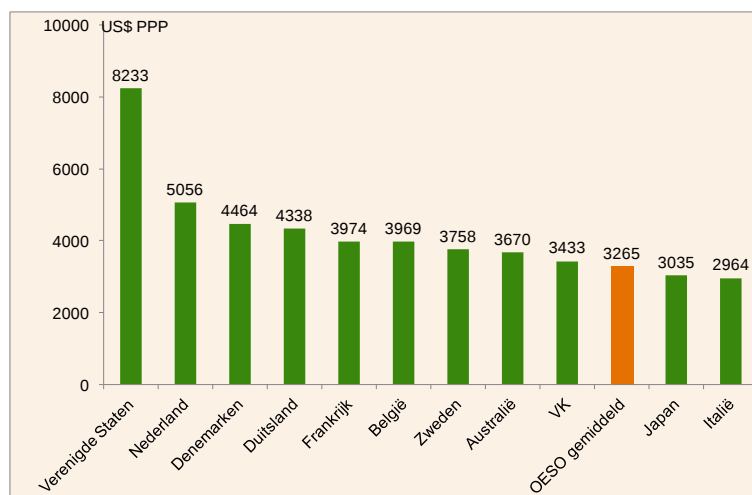
Kortom, het is moeilijk om internationaal vergelijkbare gegevens te vinden voor sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar algemene gegevens over ongelijkheid wijzen op een relatief hoge gelijkheid in Nederland.

1.3 De kosten en financiering van zorg

1.3.1 Kosten van zorg

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

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



Bron: OECD Health Data 2012.

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

¹⁰ Zie figuur 1.7.

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

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

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

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

	2010
	% bbp
Verenigde Staten	17,6
Nederland	12,0
Frankrijk	11,6
Duitsland	11,6
Denemarken	11,1
België ¹	10,5
Zweden	9,6
Verenigd Koninkrijk	9,6
Japan	9,5
OESO -gemiddelde	9,5
Italië	9,3
Australië	9,1
Bron: OECD Health Data 2012.	

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

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

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

¹⁴ CBS (2012), pag. 134.

Tabel 1.5 Groei van de reële zorguitgaven 2000-2010 (of dichtstbijzijnde jaar), % per jaar^a

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

Bron: OECD Health Data 2012.

^a De reële groei is de nominale groei minus de inflatie (afgemeten aan de prijsstijging van het bbp);

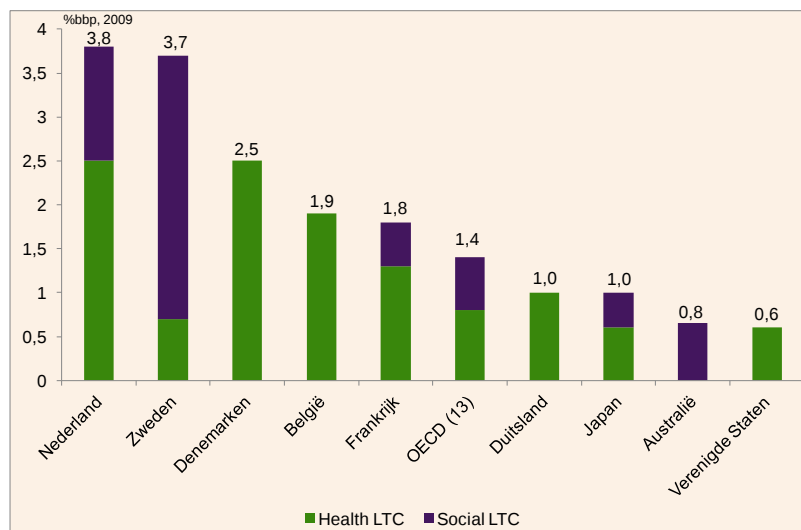
^b Breuk in de reeks.

1.3.2 Langdurige zorg

Formele zorg

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

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



Bron: OESO (2011), tabel 8.8.1

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

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

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

Projecties voor de toekomst

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

¹⁵ Zie Kraus e.a.(2010).

¹⁶ Mot e.a. (2012).

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

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

	2010	2040
		%
Duitsland	1,1	2,2
Nederland	2,0	4,8
Spanje	0,5	0,8
Polen (alleen intramurale zorg)	0,05	0,1
Bron: Geerts en Willemé (2012).		

Mantelzorg

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

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

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

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

¹⁹ Zie Colombo e.a. (2011).

²⁰ In SHARE wordt niet gevraagd naar praktische hulp binnen het huishouden.

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

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

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

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

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

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

1.3.3 Medische zorg

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

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

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

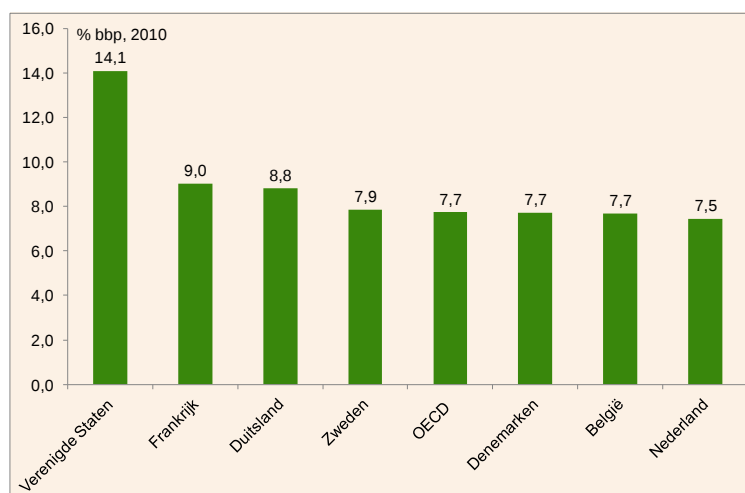
²³ We rekenen onder de medische zorg drie categorieën uit de OECD Health Database: Services of curative and rehabilitative care, Ancillary services to health care, Medical goods.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.4 Premieheffing Zvw en AWBZ

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

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

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

²⁷ Zie figuur 2.4 in de betreffende publicatie.

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

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

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

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

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

1.4 De organisatie van het stelsel en solidariteit

De risicosolidariteit in de basisverzekering is groot

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

Verschillende uitingen van solidariteit

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

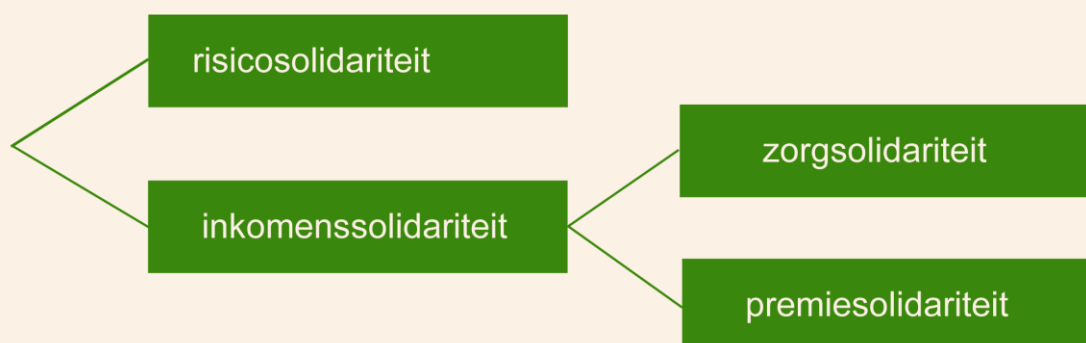
In deze studie worden verschillende elementen van solidariteit, van deze saamhorigheid, benoemd.

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

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

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

Uitsplitsing van diverse vormen van solidariteit in de zorgverzekering



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

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

Eigen betalingen in België

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

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

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

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

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

Hoge zorgsolidariteit dankzij een breed basispakket

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

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

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

Tabel 1.12 Verzekeringsdekking in het basispakket, 2008-2009

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

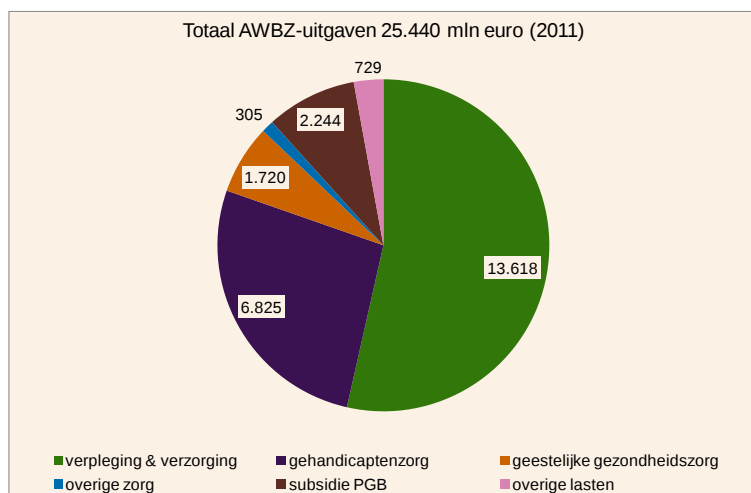
Bron: Health at a glance 2011, table A.4.

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

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

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

Figuur 1.8 Uitgaven AWBZ 2011 (mln euro)



Bron: CVZ.

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

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

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

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

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

Aanvullingen op de basisverzekering

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

Figuur 1.9 Karakterisering van aanvullingen op een basisvoorziening in natura



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

³² Sadiraj e.a. (2011).

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

Tabel 1.14 Classificatie van aanvullende zorgverzekeringen

Type markt	Aard van de dekking	EU voorbeelden
Supplementair	Snellere toegang tot zorg en grotere keuzevrijheid	Ierland, Polen, Roemenie, Spanje, Zweden, VK
Complementair (diensten)	Diensten die niet in het publieke pakket zitten	Denemarken, Hongarije, Nederland
Complementair (eigen betalingen)	Verplichte eigen betalingen in het publieke stelsel	België, Frankrijk, Letland, Slovenië
Substituut	Mensen die buiten het publieke stelsel vallen of er uitstappen	Duitsland
Bron: Thomson en Mossialos (2009).		

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

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

³³ Roos en Schut (2012).

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

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

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

Tabel 1.15 Doelen van particuliere zorgverzekeringen en inhoud supplementaire verzekering

	Doelen	Supplementaire verzekering
België	Complementair (EB) Complementair (zorg)	
Denemarken	Complementair (zorg) Supplementair	Keuze van arts, particulier ziekenhuis en diagnostiek, snellere toegang
Duitsland	Substituut Complementair (EB) Complementair (zorg) Supplementair	Particulier ziekenhuis, keuze van specialist, financiële vergoeding per dag bij ziekenhuisopname
Frankrijk	Complementair (EB) Supplementair Complementair (zorg)	Betere voorzieningen in ziekenhuis, eigen kamer
Italië	Complementair (zorg) Complementair (EB) Supplementair	Particuliere zorg
Nederland	Complementair (zorg) Supplementair	Eenpersoonskamer in ziekenhuis, een vergoeding per dag bij ziekenhuisopname voor een luxepakket (bv. huur van radio, tv en internetaansluiting, luxe maaltijden)
Verenigd Koninkrijk	Supplementair, vaak als dubbele van NHS	Acute zorg (electieve ingrepen) ³⁶ , screening, 'employee health management' processen
Zweden	Supplementair Complementair (EB)	Snellere toegang, particuliere electieve zorg
Australië	Complementair Supplementair	Behandeling in particuliere ziekenhuizen, particuliere zorg in publieke ziekenhuizen, keuze in de timing ingrepen
Japan	Supplementair (ontstaan als aanvulling op levens-verzekering) Complementair	Lumpsum betaling bij ziekenhuisopname voor een bepaalde periode en/of diagnose van kanker of een van een aantal specifieke chronische ziekten
Verenigde Staten	Substituut Complementair	
Bronnen: Thomson en Mossialos (2009), Voorwaarden aanvullende zorgverzekeringen in Nederland, The Commonwealth Fund (2012). EB: eigen betalingen.		

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

³⁵ Reitsman-Van Rooijen e.a. (2011).

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

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

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

Literatuur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ons hele leven lang is onze gezondheid belangrijk, genietend van goede jaren, of kampend met een zwakke gezondheid. Ons leven lang is de gezondheidszorg belangrijk, we maken er gebruik van en betalen ervoor. Niets wijst erop dat in de toekomst gezondheid en zorg in belang zullen afnemen. Integendeel, wij worden steeds ouder, maar ook chronische ziekten nemen toe; de medische mogelijkheden nemen toe, maar de zorg legt ook een steeds groter beslag op onze bestedingen.

Toekomst voor de zorg laat zien voor welke keuzes de Nederlandse samenleving wordt geplaagd: keuzes over de inrichting van het zorgstelsel en over de hoogte van de bijdrage. Keuzes die sterk op ons afkomen als consumenten steeds kritischer worden en de medische technologie voortschrijdt.

Toekomst voor de zorg is geschreven voor iedereen die wil meedenken over de toekomst voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau (CPB)
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
(070) 338 33 80 | www.cpb.nl | info@cpb.nl

Gedrukt door:

De Swart BV
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag
(070) 308 21 21 | www.kds.nl | info@kds.nl

Maart 2013 | ISBN 978-90-5833-589-0

