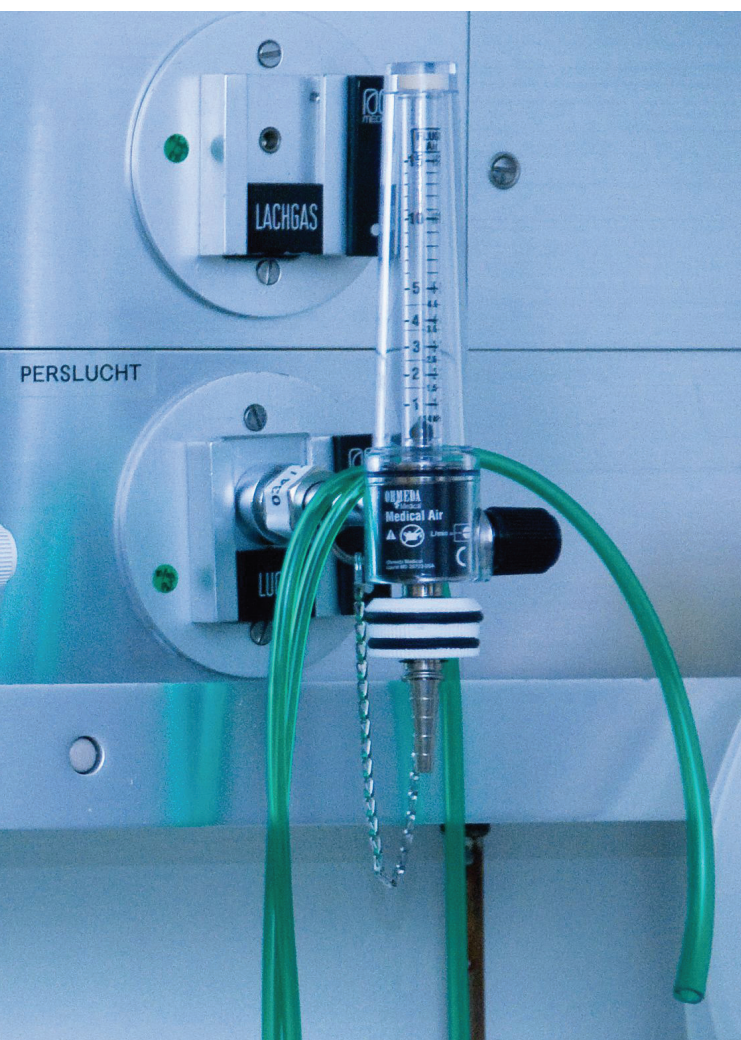




Centraal Planbureau

Gezondheid loont *Tussen keuze en solidariteit*



**Toekomst
voor de zorg**

Inhoudsopgave

Ten geleide

*Uitgebreide
samenvatting*

Inhoud

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

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

Ten geleide

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

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

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

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

Coen Teulings, directeur

Uitgebreide samenvatting

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

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

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

Grote baten van zorg ...

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

... ook stijgende kosten

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

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

Investeren in gezondheid loont...

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

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

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

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

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

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

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

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

Sober basispakket: meer aanvullende verzekeringen

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

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

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

Curatieve zorg verzekeren, maar niet voor de volle 100%

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

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

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

Ouderenzorg verzekeren, sparen niet efficiënt

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

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

Solidariteit in de zorg en uiteenlopende wensen

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

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

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

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

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

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

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

Toekomst voor de zorg: de omgeving verandert

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

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

Toekomst voor de zorg: vier werelden

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

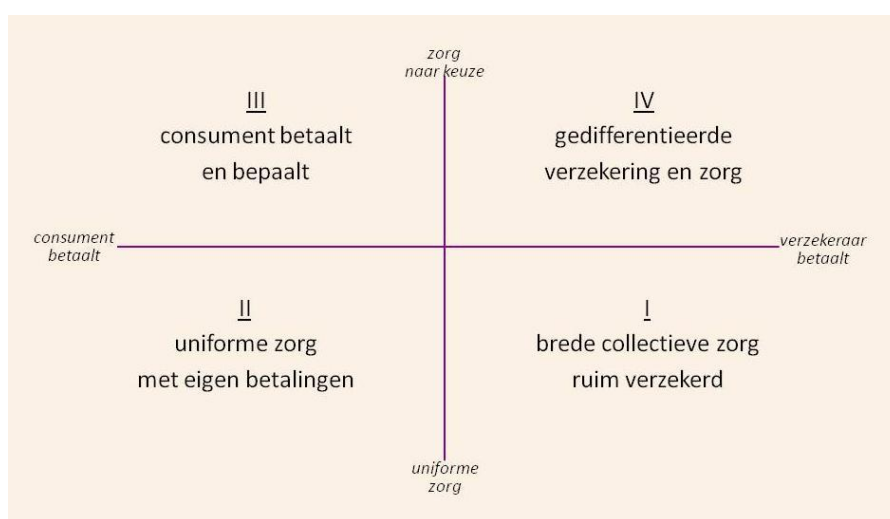
De eerste dimensie van zorgsolidariteit betreft inhoud van de zorg. Het gaat om de afweging tussen stelsels met uniform en collectief geregelde zorg en stelsels die meer gedifferentieerde zorg bieden, afgestemd op de uiteenlopende individuele voorkeuren. In het eerste geval staat de solidariteit voorop,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

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

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

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

Vier werelden voor de toekomst van de zorg



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

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

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

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

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

Vier werelden voor preventie, curatieve zorg en ouderenzorg

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

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

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

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

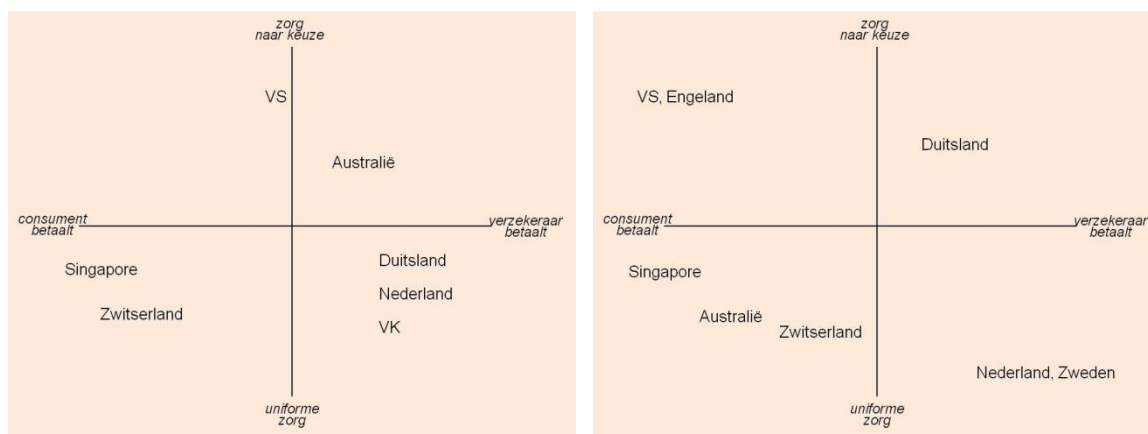
Dit nadeel weegt zwaar in werelden (I en IV) waarin veel belang wordt gehecht aan het verzekeren van zorg.

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

Vier werelden internationaal geïllustreerd

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

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



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

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

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

Toekomst voor de zorg

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

Afbakening en leeswijzer

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

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

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

