



Centraal Planbureau

Zorgfinanciering leidt tot herverdeling

Groei zorguitgaven vergt keuzes



CPB Policy Brief | 2016/10

Financiering van de zorg op de lange termijn

Bram Wouterse
Harry ter Rele
Daniel van Vuuren

Samenvatting

De financiering en het gebruik van de zorg brengen belangrijke verdelingsvraagstukken met zich mee. Wanneer een verdere groei van de zorguitgaven op dezelfde manier als nu wordt gefinancierd dan krijgen de bestaande solidariteitselementen een sterker accent. De herverdeling van jong naar oud en van hoge inkomens naar lage inkomens neemt dan toe. Als de zorguitgaven in de toekomst net zo hard groeien als in het verleden dan gaan in 2040 de 70-plussers met een laag inkomen, de baten van de zorg meegerekend, er 21% van hun inkomen op vooruit, terwijl 70-minners in 2040 met een hoog inkomen er 3% van hun inkomen op achteruitgaan. Of dat wenselijk is, is een politieke vraag.

Andere vormen van financiering leiden tot andere verdelingseffecten. Bij een financiering van extra zorg door middel van een hoger eigen risico neemt de herverdeling van jong naar oud en van hoge naar lage inkomens af. Bij een lager eigen risico neemt de herverdeling juist verder toe. Leeftijdsafhankelijke financiering van extra zorggroei, waarbij niet-gepensioneerden lagere zorgpremies betalen, vermindert de herverdeling van jong naar oud.

Zelfs bij een verdere verhoging van het eigen risico of leeftijdsafhankelijke financiering zijn de toekomstige ouderen en arme huishoudens meestal beter af dan de huidige generaties ouderen en arme huishoudens. De lasten voor deze groepen stijgen weliswaar, maar zij hebben ook de meeste baat bij het hogere zorggebruik.

Het eigen risico legt een deel van de kosten direct neer bij gebruikers van zorg, wat verspilling voorkomt. Dit deel van de zorgkosten wordt dan niet gefinancierd uit de premie. Omdat rijkere huishoudens meer premie betalen, minder zorgtoeslag ontvangen en bovendien minder zorg gebruiken dan armere huishoudens, versterkt een lager eigen risico de herverdeling van hoge naar lage inkomens. Andersom leidt een verhoging van het eigen risico tot minder herverdeling van rijk naar arm. Deze herverdeling dient te worden afgewogen tegen de doelmatigheidswinst van het eigen risico. Voorts zijn bij een aanpassing van het eigen risico ook de bescherming tegen onverwachte kosten, de solidariteit tussen gezonden en zieken en de toegankelijkheid van de zorg van belang.

Door niet-gepensioneerden minder te laten bijdragen, vermindert de herverdeling van jong naar oud. Het effect van extra zorggroei op de herverdeling tussen verschillende generaties neemt daardoor af. De lastendruk voor de toekomstige ouderen stijgt dan wel.

De herverdelende effecten van extra zorgkosten kunnen ook worden geadresseerd via beleidsopties buiten de zorg, zoals aanpassingen in de inkomstenbelasting of het al dan niet fiscaliseren van de AOW. Binnen de zorg zijn aanpassingen mogelijk via veranderingen in de nominale premie, het eigen risico en de zorgtoeslag.

1 Inleiding

De herverdeling van middelen speelt een centrale rol in het publieke debat. Dit debat richt zich vaak op het belastingstelsel, de sociale zekerheid en de pensioenen. Deze Policy Brief laat zien dat de zorg niet mag ontbreken in dat rijtje. De wijze waarop de Nederlandse zorg wordt gefinancierd, leidt immers tot herverdeling van jong naar oud en van hoge naar lage inkomensgroepen. Transparantie over herverdelingseffecten via de zorg ontbreekt op dit moment nog voor een belangrijk deel. Of herverdeling via de zorg wenselijk is of niet – en of de herverdeling verder versterkt dient te worden of juist afgezwakt – is een politieke vraag waarop deze Policy Brief geen antwoord geeft.

Het herverdelingsvraagstuk komt naar voren wanneer de zorguitgaven op dezelfde manier stijgen als in de afgelopen decennia. Op lange termijn zijn de overheidsfinanciën houdbaar indien de zorguitgaven even hard stijgen als het bbp, gecorrigeerd voor demografische effecten.¹ Dit betekent dat toekomstige generaties dezelfde welvaartsvaste voorzieningen (waaronder zorg) van de overheid kunnen ontvangen als de huidige, zonder dat daarvoor in de toekomst extra lastenverhogingen nodig zijn. In de afgelopen decennia stegen de zorguitgaven echter harder. Er zijn belangrijke aanwijzingen dat deze trend doorzet. Hierdoor zou een financieringstekort ontstaan dat op verschillende manieren kan worden gedicht.² De manier waarop dat gebeurt, is een belangrijke politieke keuze die herverdeling tot stand brengt tussen generaties en tussen hoge en lage inkomens.

Deze Policy Brief laat zien dat de manier waarop extra zorguitgaven worden gefinancierd van invloed is op de herverdeling. We presenteren de verdelingseffecten van een drietal alternatieve financieringsvormen ten opzichte van de huidige financieringssystematiek. De gepresenteerde alternatieve vormen van financiering zijn: een hoger eigen risico, een lager eigen risico en een leeftijdsafhankelijke premie. De herverdelingseffecten van deze beleidsopties verschillen sterk. Naast de drie gepresenteerde alternatieven zijn nog veel andere financieringsvormen denkbaar.³

¹ Zie Smid et al. (2014). Het gaat hierbij zowel om de curatieve als de langdurige zorg.

² De Studiegroep Begrotingsruimte noemt een extra stijging van de zorguitgaven als punt van waakzaamheid (Rijksoverheid, 2016). Bij een 1% hogere jaarlijkse groei van de zorguitgaven (Zvw, Wlz en WMO) tot 2060 verslechtert het houdbaarheidssaldo met 5,6% van het bbp (Smid et al., 2014). Deze analyse biedt weliswaar inzicht in de financieringsopgave, maar niet in de mogelijke financieringsalternatieven en de herverdelende gevolgen daarvan.

³ Alternatieven die hier niet kwantitatief worden beschreven, zijn: een aanpassing van de eigen bijdrage in de WLZ, aanpassing van het zorgpakket, aanpassing van de zorgtoeslag, of wijzigingen in de inkomensafhankelijke bijdrage in de Zvw. Een aanpassing van de zorgtoeslag waarbij de compenserende werking ervan bij de lagere inkomens wordt uitgeschakeld, is behandeld in Van der Horst en ter Rele (2013). In het achtergronddocument bij deze Policy Brief is een variant uitgewerkt waarbij de curatieve zorg voor de helft uit een nominale en voor de helft uit een inkomensafhankelijke premie wordt gefinancierd, zonder compensatie via de zorgtoeslag.

2 Stijgende zorguitgaven

De zorguitgaven stegen tussen 1972 en 2015 sterker dan het bruto binnenlands product (bbp). In die periode stegen de zorguitgaven van 9 naar 14% van het bbp. Ten opzichte van omringende landen kende Nederland in de periode tot 2000 een gematigde groei van de zorguitgaven. Na de eeuwwisseling groeiden de uitgaven in Nederland juist relatief hard. Tussen 2000 en 2010 stegen de reële zorguitgaven in Nederland jaarlijks met 4,6%, ten opzichte van 3,3% in omringende landen.⁴ Na 2012 was de stijging van de zorguitgaven relatief beperkt en daalde deze zelfs licht als percentage van het bbp.

De vergrijzing van de bevolking verklaart slechts een beperkt deel van de stijgende zorguitgaven. Door het groeiende aandeel ouderen in de bevolking zijn de zorguitgaven nu ruim 1% van het bbp hoger dan in 1972 (figuur 2.1). Naast de vergrijzing zijn de toenemende welvaart, technologische ontwikkelingen en prijsstijgingen belangrijke oorzaken van de uitgavenstijging. De voortdurende ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden is vooral in de curatieve zorg belangrijk. In de langdurige zorg leidt de combinatie van een hoge arbeidsintensiteit met geringe productiviteitsstijgingen tot bovengemiddelde prijsstijgingen. Ten opzichte van de rest van de economie wordt de langdurige zorg daardoor steeds duurder (het zogenoemd Baumol-effect).

Naar verwachting stijgen de zorguitgaven ook in de komende decennia harder dan de welvaart. De bevolking vergrijst immers nog steeds en ook andere verklaringen voor stijgende uitgaven (technologise ontwikkeling, achterblijvende productiviteit) blijven in de toekomst waarschijnlijk geldig. De recente beperkte stijging van de zorguitgaven wordt internationaal als een tijdelijke groeivertraging gezien.⁵ Overheden hebben in de nasleep van de economische crisis de hand op de knip gehouden, waardoor de groei van de zorguitgaven tijdelijk beneden de trendmatige groei uitkwam. Bij een reële groei van 3,5 procent per jaar,⁶ wat gelijk is aan de trendmatige ontwikkeling in het verleden, stijgen de collectieve zorguitgaven aan curatieve en langdurige zorg van 9% nu naar 15% van het bbp in 2040.⁷ Dat is circa 3% van het bbp meer dan als de uitgaven in lijn met het bbp en de demografische ontwikkeling zouden groeien.

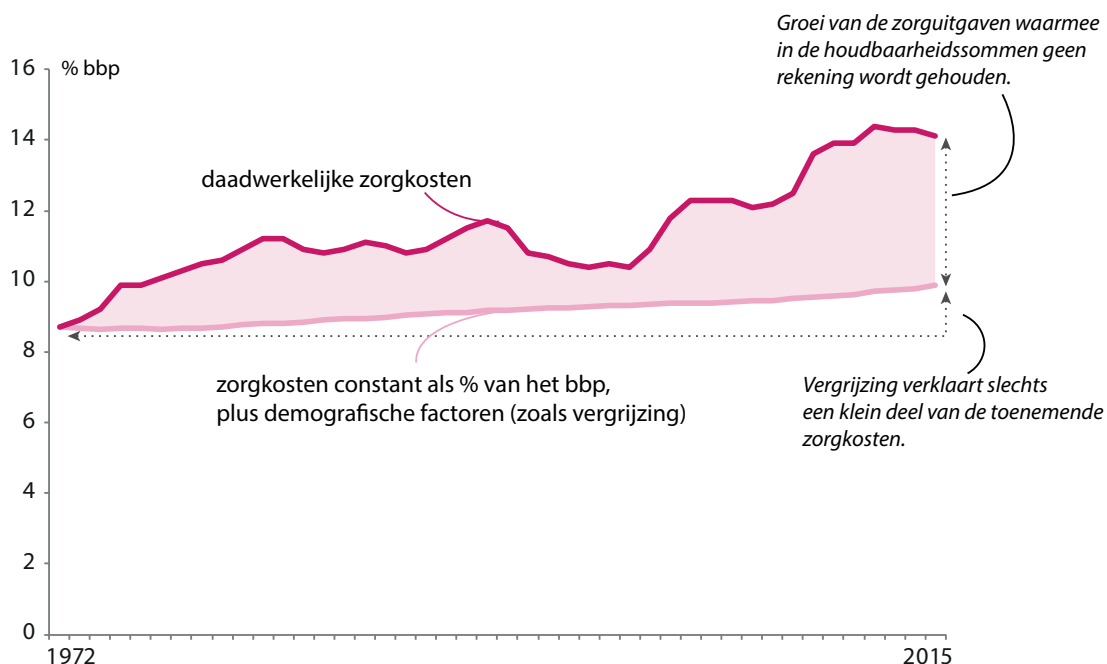
⁴ Zie Mot et al. (2016).

⁵ Zie Squires (2014) en OESO (2015; pp. 26-31).

⁶ In lijn met het scenario trendmatige groei uit Van de Horst et al. (2011). Voor de jaren 2018-2021 volgen we de middellangetermijnraming van Mot et al. (2016) waarin de reële zorguitgaven met 3,4% per jaar groeien.

⁷ We gaan hier uit van de in Smid et al. (2014) gehanteerde definities van curatieve en langdurige zorg die grotendeels corresponderen met de Zvw en de Wlz. De gemeentelijke zorg (Wmo) en jeugdzorg blijven buiten beschouwing.

Figuur 2.1 De zorguitgaven groeiden in het verleden sterker dan het bbp. Het effect van de vergrijzing is beperkt.



Bron CBS. Het betreft hier de totale zorguitgaven. In de rest van de Policy Brief richten we ons op de collectief gefinancierde curatieve en langdurige zorg.

3 Zorgfinanciering leidt tot meer herverdeling

Bij een verdere stijging van de zorguitgaven leidt een voortzetting van het huidige beleid tot meer herverdeling van hoge naar lage inkomens en van jongeren naar ouderen. Het Nederlandse zorgsysteem herverdeelt van hoge naar lage inkomens, omdat de bijdragen gemiddeld stijgen met draagkracht en van jong naar oud omdat de zorg niet naar draagkracht maar hoofdzakelijk naar behoefte wordt verleend. Dit uit zich in de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) in de Zvw, de inkomensafhankelijke Wlz-premie, de zorgtoeslag en rijksbijdragen⁸ die grotendeels via progressieve belastingen worden gefinancierd. Huishoudens met een hoog inkomen dragen daardoor meer bij dan huishoudens met een laag inkomen. Bovendien gebruiken ouderen meer zorg dan jongeren en mensen met een laag inkomen meer dan mensen met een hoog inkomen.

⁸ Een rijksbijdrage wordt bijvoorbeeld in de Zvw verstrekt aan verzekeraars voor de verzekering van kinderen tot 18 jaar en als aanvulling op fondstekorten (Gielen et al., 2012).

Ouderen met een laag inkomen ontlenu dus per saldo het meeste profijt aan het zorgstelsel: de kosten van de door hen gebruikte zorg zijn hoger dan hun ingelegde premies en eigen betalingen⁹. Bij voortzetting van de zorggroei valt het netto profijt voor 70-plussers in 2040 21 procent van hun inkomen hoger uit. De 70-minners in 2040 met een hoog inkomen dragen per saldo het meest bij: hun netto profijt daalt met bijna 3 procent van hun inkomen.¹⁰ Bijna alle ouderen hebben baat bij een stijging van de zorguitgaven, terwijl de meeste jongeren er per saldo op toeleggen¹¹.

4 Verdelingseffecten van het eigen risico

Het eigen risico in de curatieve zorg (Zvw) legt een deel van de lasten van het zorggebruik direct bij de gebruiker. Het eigen risico bevordert de doelmatigheid van het zorgstelsel. Voor de toegankelijkheid van de zorg en de bescherming van huishoudens tegen risico's kan het eigen risico nadelig zijn. Daarnaast is het effect op de herverdeling van belang. Met het oog op de verdere stijging van de zorguitgaven verdient dit effect aandacht in de discussie over de hoogte (of afschaffing) van het eigen risico.

Een voordeel van het eigen risico is dat het de doelmatigheid verhoogt. Het ontmoedigt mensen om zorg te gebruiken die minder noodzakelijk is. Bij volledige verzekering van zorgkosten ervaren mensen zelf geen kosten van (additioneel) zorggebruik. Verschillende studies laten zien dat zij daardoor ook daadwerkelijk meer zorg gebruiken.¹²

Tegenover de doelmatigheidswinst staat dat mensen bij een hoger eigen risico minder goed zijn verzekerd tegen onverwachte zorgkosten. De bescherming tegen onverwachte kosten weegt voor lage inkomens zwaarder dan voor hoge (zie het tekstkader). Voor huishoudens met een laag inkomen kan de toegang tot zorg verminderen (zorgmijding).¹³ Zonder compensatie voor chronisch zieken vermindert bovendien de risicosolidariteit. Chronisch zieken met een laag inkomen zijn dan jaarlijks een groter deel van hun inkomen kwijt aan zorg.

⁹ In deze Policy Brief richten we ons op de herverdeling van hoge naar lage inkomens en van jong naar oud. Daarnaast is een derde vorm van herverdeling die van gezond naar ziek: de financiering van zorg is, met uitzondering van het eigen risico en eigen betalingen, onafhankelijk van de behoefte aan zorg. Deze vorm van herverdeling komt in onze analyses slechts impliciet aan de orde via de samenhang tussen inkomen en leeftijd met gezondheid.

¹⁰ Een toelichting op de berekeningswijze van deze cijfers staat onder figuur 4.1 en in Wouterse en ter Rele (2016).

¹¹ Naast verdelingseffecten heeft de financiering van zorg ook effect op het arbeidsaanbod. De arbeidsaanbodeffecten van de in deze Policy Brief beschreven alternatieven zijn beschreven in het Achtergronddocument (Wouterse en Ter Rele, 2016).

¹² Zie Remmerswaal et al. (2015). De grootte van dit zgn. remgeldeffect van het eigen risico hangt af van veel factoren. In Zorgkeuzes in Kaart wordt bij een afschaffing van het verplicht eigen risico gerekend met een remgeldeffect van 600 à 700 miljoen euro (Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart, 2015).

¹³ Zie Van Esch et al. (2016) voor een inschatting van de omvang van zorgmijding.

De waarde van verzekeren

In figuur 4.1 kijken we naar de herverdelende effecten van het eigen risico. Bij een hoger eigen risico worden de lasten verplaatst van groepen die *gemiddeld* lage zorgkosten hebben, naar groepen die *gemiddeld* hoge zorgkosten hebben. Binnen iedere groep bevinden zich echter mensen met geluk en mensen met pech. Mensen die geen zorgkosten maken, profiteren volop van de lagere zorgpremie. Mensen die substantiële kosten uit eigen zak moeten betalen gaan er juist op achteruit. Omdat mensen vooraf vaak niet weten of ze geluk zullen hebben of pech, creëert een verhoging van het eigen risico meer onzekerheid.

Voor lage inkomens pakt een verhoging van het eigen risico daardoor op twee fronten nadelig uit. Zij profiteren minder van de herverdeling in het zorgsysteem en zijn daarnaast minder goed beschermd tegen het risico op zorgkosten. Voor hoge inkomens geldt ook dat ze minder goed beschermd zijn tegen het risico op zorgkosten, maar voor hen is de financiële onzekerheid gemakkelijker te dragen. Daarbij profiteren zij via de kleinere herverdeling juist van een verhoging van het eigen risico. In het Achtergronddocument bij de Policy Brief (Wouterse en Ter Rele, 2016) is een tentatieve verkenning te vinden van deze effecten.

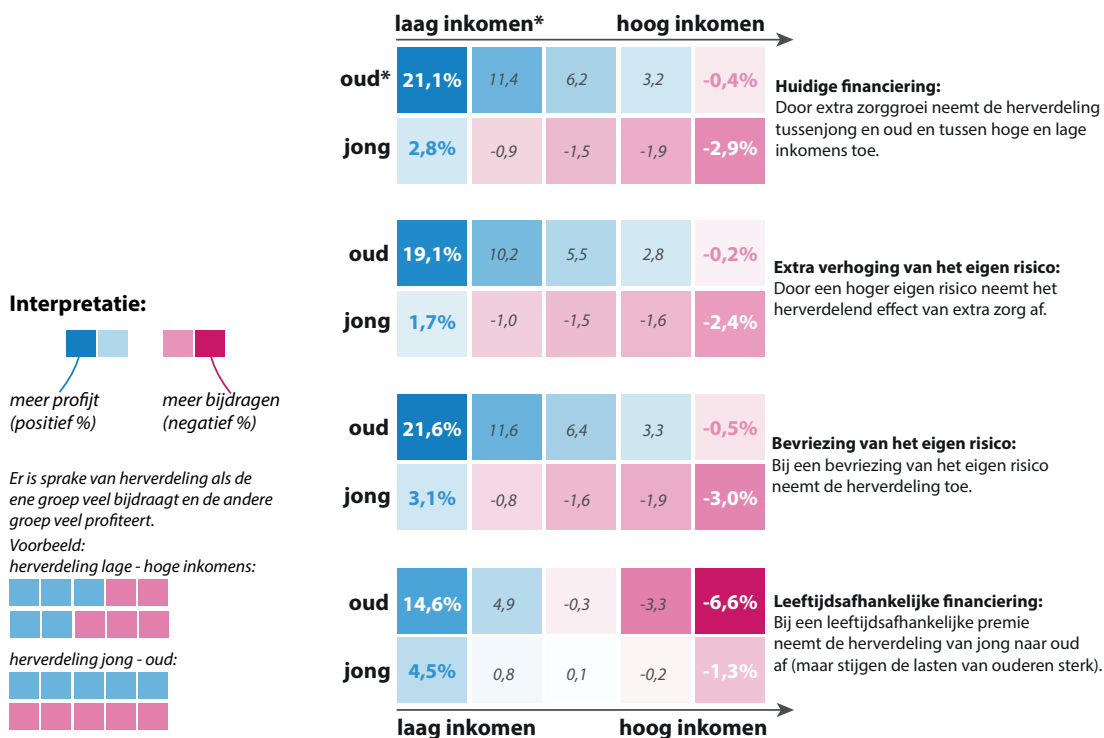
Het eigen risico heeft gevolgen voor de herverdeling van rijke naar arme huishoudens en van jongeren naar ouderen. Voor groepen die relatief veel zorg gebruiken (lage inkomens, ouderen), is een verlaging van het eigen risico gunstig en voor groepen die weinig zorg gebruiken maar relatief veel premies betalen (hoge inkomens, jongeren), is juist een verhoging van het eigen risico gunstig. We illustreren dit via twee alternatieven.¹⁴ In het eerste alternatief wordt het *verplichte* eigen risico verder verhoogd en de zorgpremie juist verlaagd en in het tweede alternatief wordt het eigen risico bevroren, waardoor de zorgpremie wordt verhoogd om de zorguitgaven te dekken.¹⁵ Bij de verhoging van het eigen risico daalt het netto profijt voor ouderen¹⁶ en voor jongeren met lage inkomens (figuur 4.1). Voor deze groepen weegt de premieverlaging niet op tegen de hogere eigen betalingen. Het netto profijt van jongeren met hogere inkomens stijgt juist. Bevriezing van het eigen risico leidt tot tegenovergestelde effecten: het netto profijt van ouderen en jongeren met lage inkomens wordt groter, terwijl dat van jongeren met hoge inkomens daalt.

¹⁴ In deze berekeningen bekijken we alleen het herverdelende effect. Effecten van het eigen risico op het zorggebruik zijn niet meegenomen.

¹⁵ Wij nemen aan dat bij een voortzetting van de huidige financieringswijze de hoogte van het eigen risico mee stijgt met de zorgkosten (cf. Mot et al., 2016). In 2040 is het eigen risico dan ruim verdubbeld ten opzichte van nu (rekening houdend met inflatie). Bij de interpretatie hiervan is het overigens belangrijk te realiseren dat de reële inkomens in 2040 naar verwachting met circa 40 procent zijn gestegen (Wouterse en ter Rele, 2016). In het eerste alternatief wordt het eigen risico in 2040 met $\frac{3}{4}$ verhoogd ten opzichte van het basispad. De zorgpremie wordt dan minder verhoogd en de stijging van de collectieve lastendruk wordt 2,2% in plaats van 3,2%. In het tweede alternatief wordt de volledige extra stijging van zorguitgaven door een verhoging van de premie gefinancierd, waardoor het eigen risico met $\frac{1}{4}$ daalt ten opzichte van het basispad. De collectieve lastendruk stijgt dan naar 3,4%. Zie Wouterse en Ter Rele (2016) voor de exacte bedragen.

¹⁶ Met uitzondering van de ouderen in het hoogste inkomenskwintiel. Voor hen is het effect vrijwel verwaarloosbaar.

Figuur 4.1 Het herverdelende effect van extra zorg, bij vier financieringsalternatieven. Verandering in het netto profijt in 2040 (extra baten – extra lasten) als % van het inkomen.



*Inkomensgroepen in kwintielen; leeftijdsgroepen in <70 en ≥ 70 jaar.

De gepresenteerde effecten betreffen steeds de extra baten en lasten van de extra uitgaven aan zorg ten opzichte van wat in de houdbaarheidssommen is verondersteld (zie Smid et al., 2014). Het netto profijt is het verschil tussen de extra baten (de kosten van de extra ontvangen zorg) en de extra lasten (de betaalde premies en eigen bijdragen). Het gaat hierbij dus om de monetaire waarde van de transfers, niet om het daaraan ontleende nut. De financiering van de extra groei is in de variant " huidige financieringswijze" voor een belangrijk deel inkomensafhankelijk verondersteld. Het inkomensplafond waarover de zorgpremies worden geheven, stijgt hierbij mee met de zorgkosten. In de financiering van de langdurige zorg gaan we uit van volledige financiering van de extra uitgaven uit de premie. Bij de curatieve zorg wordt een deel van de uitgaven bekostigd uit het eigen risico. De hoogte van het eigen risico stijgt in de basisvariant mee met de zorgkosten. De premie in de curatieve zorg wordt verder, rekening houdend met het inkomensplafond, volledig inkomensafhankelijk verondersteld. Deze veronderstelling weerspiegelt het gegeven dat het degressieve effect van de nominale premie bij de curatieve zorg bij een groot deel van de bevolking wordt tenietgedaan door de zorgtoeslag (die zelf ook weer inkomensafhankelijk wordt gefinancierd).

5 Financiële bijdrage ouderen verkleint verdelingseffecten tussen generaties

Bij de huidige financieringssystematiek leidt groei van de zorguitgaven tot herverdeling van jonge en toekomstige generaties naar oudere generaties. Doordat het gebruik van de zorg sterk toeneemt met de leeftijd, zijn mensen op jonge leeftijd gemiddeld nettobetalers aan het zorgsysteem, terwijl ze op oudere leeftijd netto profiteren (Smid e.a., 2014). De oudere generaties profiteren dus van extra zorg, terwijl jongere generaties in eerste instantie extra bijdragen en op latere leeftijd de extra baten ontvangen.¹⁷

De oudste generaties bevinden zich in de levensfase waarin men meer baat heeft bij extra zorguitgaven dan men eraan bijdraagt (figuur 5.1). Tot aan het cohort dat is geboren in 1966, neemt het netto profijt steeds verder toe, vooral omdat het aantal resterende levensjaren waarin de extra baten groter zijn dan de extra lasten toeneemt. Voor de generaties die later zijn geboren, neemt het verschil weer af omdat men over steeds meer levensjaren netto bijdraagt. De generaties die zijn geboren na 1991 hebben een negatief netto profijt. Ze profiteren op oudere leeftijd weliswaar ook van de extra zorg, maar betalen eerder in het leven meer extra premies.

Indien intergenerationele herverdeling als gevolg van extra zorguitgaven onwenselijk wordt geacht,¹⁸ kan een groter deel van de lasten in de levensfase worden gelegd waarin men de meeste zorg gebruikt. In de variant die we hier laten zien, wordt de groei van de zorguitgaven gefinancierd door twee verschillende premies: één voor mensen onder de pensioenleeftijd en één voor mensen erboven.¹⁹ Jaarlijks wordt de premie voor beide groepen zo aangepast dat de meerkosten van de eigen groep worden gefinancierd: de jaarlijkse premiestijging bij de jongeren financiert dus de extra zorguitgaven bij de jongeren, en de premiestijging bij de gepensioneerden die van de gepensioneerden. In figuur 5.1 is te zien dat hierdoor de herverdeling van jong naar oud kleiner wordt: er is immers alleen nog herverdeling binnen de twee groepen, maar niet meer ertussen.

Bij een leeftijdsafhankelijke financiering nemen de jaarlijkse lasten voor ouderen op termijn aanzienlijk toe. Figuur 4.1 (onderste deel) laat het jaarlijkse netto profijt in 2040 voor deze groep zien. Deze zijn ongeveer 7 procent van het inkomen lager dan bij handhaving van de huidige financieringssystematiek. Voor ouderen met lage inkomens resteert nog steeds een positief netto profijt, terwijl de ouderen met hoge inkomens nu netto bijdragen. Voor

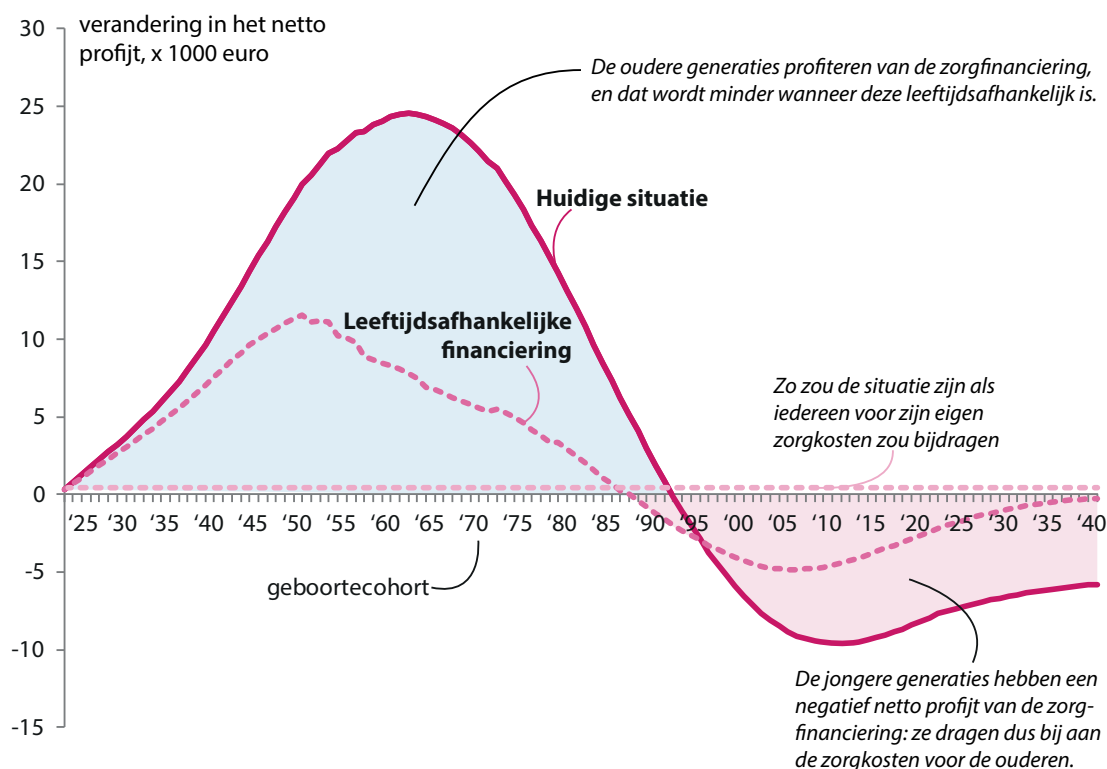
¹⁷ De termen 'profiteren' en 'bijdragen' betreffen hier weer de monetaire waarde van het saldo van extra baten en lasten van het zorggebruik, niet het daaraan ontleende nut.

¹⁸ De al dan niet wenselijkheid van herverdeling is in de eerste plaats natuurlijk een politieke keuze. Daarbij zijn voorts nog twee noties van belang. Ten eerste is het netto profijt zoals hier beschreven 'vooruitkijkend'; het netto voordeel of nadeel dat mensen in het verleden hebben behaald, blijft buiten beschouwing (Ter Rele en Labanca, 2011). Ten tweede kan het netto profijt worden vertekend als additionele zorguitgaven het gevolg zijn van prijsstijgingen en niet zozeer van betere zorg (het zogenoemde Baumol-effect; zie hoofdstuk 6 in Smid et al., 2014).

¹⁹ Premiedifferentiatie naar leeftijd kwam ook al voor in het oude zorgstelsel (vóór 2006) voor particulier verzekerden. De betaalbaarheid van de zorgpremie voor gepensioneerden werd toen geborgd via de zogenoemde Wtz-standaardpakketpolis.

jongeren stijgt het netto profijt door de lagere lasten met ongeveer 1,7 procent van het inkomen.

Figuur 5.1 Het effect van extra zorg op het netto profijt (gedisconteerd) over de rest van het leven per generatie. Bij een voortzetting van de huidige financiering en bij een leeftijdsafhankelijke financiering.



6 Andere opties voor beleid

De financiering van de zorg leidt tot herverdeling tussen generaties en inkomensgroepen. De mate waarin (additionele) herverdelingseffecten wenselijk zijn, is een politieke vraag. Een bijstelling van herverdelingseffecten kan buiten de zorg bijvoorbeeld ook via aanpassingen in de inkomstenbelasting of het wel of niet fiscaliseren van de AOW. Het zorgstelsel kent naast het eigen risico en leeftijdsafhankelijke financiering nog veel andere parameters die de herverdeling beïnvloeden. Binnen het zorgstelsel kunnen bovendien ongewenste herverdelende effecten voor specifieke groepen worden gecompenseerd.

In de langdurige zorg (Wlz) leiden eigen betalingen tot herverdelende effecten. Hogere eigen betalingen in de langdurige (ouderen-)zorg leiden tot minder herverdeling van jong naar oud. Als deze eigen betalingen afhankelijk zijn van inkomen en vermogen, dragen ouderen naar draagkracht bij. Een grotere financiële bijdrage op latere leeftijd, waardoor de

premiebetalingen op jongere leeftijd omlaag kunnen, kan ook bijdragen aan een betere spreiding van consumptie over het leven. Dit leidt echter tot minder verzekering voor huishoudens met hoge inkomens en/of grote vermogens. De aard van de Wlz gaat dan richting een vangnet: alleen mensen wier eigen middelen niet volstaan, kunnen nog aanspraak maken op de zorgverzekering.

Het meer liquide maken van vermogen uit het eigen huis kan bijdragen aan de financiering van langdurige zorg. Veel ouderen beschikken over vermogen, maar dit zit vaak grotendeels vast in stenen. Daardoor kunnen zij dit vermogen lastig aanspreken om in hun zorgbehoefte te voorzien en bijvoorbeeld aanpassingen aan hun huis te financieren waardoor ze langer thuis kunnen blijven wonen. Er zijn verschillende mogelijkheden om het te gelde maken van de eigen woning te vereenvoudigen. Hierbij valt in de eerste plaats te denken aan het stimuleren van de markt voor omkeerhypotheek. Daarnaast kan ook worden gedacht aan de mogelijkheid om het vermogen uit het eigen huis bij de eigen betalingen voor langdurige zorg te betrekken (het zogenoemde Ierse systeem). De overheid schiet dan de eigen bijdrage voor, met het huis als onderpand.

Negatieve inkomenseffecten voor huishoudens met een laag inkomen kunnen desgewenst worden tegengegaan via aanvullende maatregelen, zoals compensatie via de zorgtoeslag, een inkomensafhankelijke bodem in het eigen risico of een alternatieve mix tussen de nominale en de inkomensafhankelijke premie in de Zvw. Bij leeftijdsafhankelijke financiering wordt de gemiddeld relatief sterke inkomens- en vermogenspositie van ouderen in Nederland aangesproken. Deze inkomens- en vermogenspositie zijn zowel in vergelijking met jongeren als met het buitenland relatief gunstig en blijven in de toekomst behouden.²⁰ Er zijn echter ook ouderen met een laag inkomen, die desgewenst kunnen worden gecompenseerd.

Tot slot: in deze Policy Brief is niet ingegaan op maatregelen om de doelmatigheid in de zorg te vergroten en zo de groei in zorguitgaven te beperken.²¹ Bovendien is niet ingegaan op de vraag in hoeverre de stijgende zorguitgaven collectief gefinancierd moeten worden, of dat er juist meer ruimte moet zijn voor individuele voorkeuren.²² Deze belangrijke vragen worden in ander onderzoek geadresseerd.

²⁰ Zie Rijksoverheid (2013).

²¹ Zie hiervoor bijvoorbeeld Douven et al. (2015) en Technische Werkgroep Zorgkeuzes in Kaart (2015).

²² Zie Van Ewijk et al. (2013) die dit verder hebben uitgewerkt. Een voorbeeld is een beperkt basispakket met lage eigen betalingen voor iedereen, met daar bovenop aanvullende verzekeringen met relatief hoge eigen betalingen voor meer 'luxe zorg'.

Referenties

- C. van Ewijk, A. van der Horst en P. Besseling, 2013, *Toekomst voor de Zorg*, CPB Boek 7, CPB, Den Haag.
- R. Douven, R. Zoutenbier en M. Bijlsma, 2015, *Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg*, CPB Policy Brief 2015/12, CPB, Den Haag.
- T. van Esch, A. Brabers, C. van Dijk, P. Groenewegen en J. de Jong, 2015, *Inzicht in zorgmijden*. Nivel. Utrecht.
- M. Gielen, S. Ottens en D. van Vuuren, 2012, Sociale premies als koopkrachtknoppen, hoofdstuk 3 in: J. Donders en C. de Kam, *Jaarboek Overheidsfinanciën 2012* (blz. 77-91), Sdu Uitgevers.
- A. van der Horst en H. ter Rele, 2013, De prijs van gelijke zorg, CPB Policy Brief 2013/1.
- E. Mot, K. Stuu, P. Westra en R. Aalbers, 2016, Een raming van de zorguitgaven 2018-2021, *CPB Achtergronddocument*, CPB, Den Haag.
- M. Remmerswaal, R. Douven en P. Besseling, 2015, Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg. Bijlage bij het rapport *Zorgkeuzes in Kaart*, CPB Achtergrond-document, CPB, Den Haag.
- OESO (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OESO, Parijs.
- Rele, H. ter en C. Labanca, 2011, Lifetime Generational Accounts for the Netherlands, CPB Discussion paper 170, Den Haag.
- D. Squires, 2014, The Global Slowdown in Health Care Spending Growth, *Journal of the American Medical Association*, vol. 312, no. 5, pp. 485-486.
- Rijksoverheid, 2013, *Inkomen en vermogen van ouderen: analyse en beleidsopties* [IBO Inkomens- en vermogenspositie en subsidiëring 65+'ers], Den Haag.
- Rijksoverheid, 2016, *Van saldosturing naar stabilisatie*. Vijftiende rapport Studiegroep Begrotingsruimte, Den Haag.
- Smid, B. H. ter Rele, S. Boeters, N. Draper, A. Nibbelink en B. Wouterse, 2014, *Minder zorg om vergrijzing*, CPB Boek 12, Den Haag.
- Technische Werkgroep Zorgkeuzes in Kaart, 2015. *Zorgkeuzes in Kaart*, CPB Boek 14, CPB, Den Haag.
- B. Wouterse en H. ter Rele, 2016, *Financiering van de zorg op de lange termijn: beschrijving van de analyses*, CPB Achtergronddocument, CPB, Den Haag.



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (088) 984 60 00

Oktober 2016 | ISBN 978-90-5833-746-7

