



Centraal Planbureau

Zorg blijft groeien

Financiering onder druk

CPB Policy Brief | 2011/11

Trends in gezondheid en zorg

Albert van der Horst
Frank van Erp
Jasper de Jong



CPB Policy Brief – Trends in gezondheid en zorg

Samenvatting

Onze levensverwachting wordt steeds hoger en de zorguitgaven groeien steeds sneller. De levensverwachting neemt met drie jaar toe tot 84 jaar. De zorguitgaven stijgen naar 19-31% bbp in 2040, door meer en betere, maar ook duurdere zorg. De zorglasten voor een gezin met modaal inkomen nemen toe, zowel door vergrijzing als door grotere zorgconsumptie per persoon. De toekomstige ontwikkeling in gezondheid en zorg roept de vraag op of wij bereid zijn om voor een nog betere gezondheid te betalen. En zo ja, hoe wij dat gaan doen. De groei van de collectieve uitgaven aan zorg doet een steeds groter beroep op de solidariteit tussen arm en rijk en tussen jong en oud. De prijs van deze solidariteit leidt voor de politiek tot een buitengewoon complex dilemma. Geven wij de solidariteit op door toegang tot zorg te beperken of de patiënt meer zelf te laten betalen, waardoor ongelijkheid in toegang en behandeling ontstaat? Een arm collectief systeem leidt vaak tot een systeem voor de armen, waarin jongeren en rijken zichzelf gaan (bij)verzekeren of uitstappen. Of houden wij de herverdeling in stand, waardoor een nog groter beroep wordt gedaan op solidariteit? Hier bestaat het gevaar dat de collectief gefinancierde zorg onbetaalbaar wordt, waarbij de helft van het inkomen van een modaal gezin aan zorg besteed moet worden.

1 Inleiding¹

Een goede gezondheid is waardevol, zowel voor het individu als voor de maatschappij als geheel. Gezondheid is een bron van geluk, maar maakt het ook mogelijk een opleiding te volgen, te werken en daarmee een inkomen te verdienen. De maatschappij profiteert van een gezonde bevolking, aangezien de economie draait op de inzet van gezonde mensen. Tevens kunnen gezonde mensen mantelzorg verlenen, aan minder gezonde familieleden en vrienden. Uit schattingen blijkt dat een extra levensjaar ons 20 duizend tot 200 duizend euro waard is.² In deze schattingen zijn maatschappelijke effecten zoals een grotere beschikbaarheid voor werk of mantelzorg niet meegenomen.

Zorg heeft de afgelopen eeuw een belangrijke bijdrage geleverd aan de verbetering van de volksgezondheid. Zo hebben de ontdekking van antibiotica en het bevorderen van de hygiëne aan het begin van de twintigste eeuw infectieziekten als pest en tuberculose sterk teruggedrongen. Van de stijging van de levensverwachting sinds 1950 kan volgens Mackenbach (2010) ongeveer de helft worden toegeschreven aan een verbeterde gezondheidszorg. Ook de kwaliteit van leven is toegenomen door de betere zorg (Pomp, 2010; Meeding et al., 2007).

Een belangrijke vraag voor de toekomst is hoe ver de groei van de zorguitgaven zal gaan en tot welke knelpunten dat zal leiden. De baten van zorg nemen de komende decennia ongetwijfeld verder toe. Het CBS (Van Duin e.a., 2010) verwacht dat de levensverwachting verder zal toenemen, en een deel daarvan zal komen

¹ Deze Policy Brief is onderdeel van het onderzoeksprogramma *Toekomst Zorg*, dat door VWS en EL&I gefinancierd wordt. Deze publicatie over *Trends in gezondheid en zorg* werpt een aantal dilemma's op voor beleid. Deze dilemma's worden verder uitgewerkt in toekomstig onderzoek binnen het onderzoeksprogramma.

² Aanvullende informatie en achtergrond bij deze Policy Brief is te vinden op de CPB website (Van der Horst, Van Erp en De Jong, 2011).

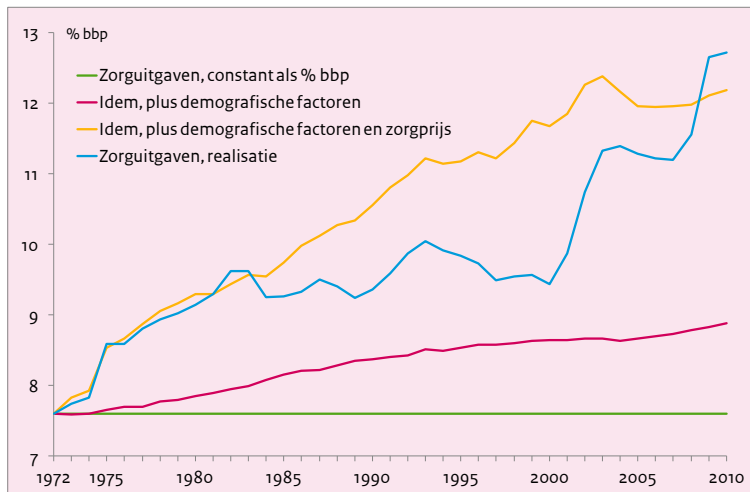
door betere zorg. Ook de waardering van gezondheid en levensverwachting neemt toe: naarmate wij rijker worden zijn wij bereid meer geld aan een goede gezondheid te besteden. Tegelijkertijd gaan ook de zorguitgaven verder stijgen, zowel door meer volume als door hogere prijzen in de zorg. De snelle ontwikkeling van de medische wetenschap leidt tot steeds nieuwe technische mogelijkheden, maar ook tot steeds hogere kosten. Het beleid staat voor een belangrijke keuze om zorg en gezondheid verder te laten groeien of om de groei van de zorguitgaven af te remmen.

De gezondheidszorg (curatieve zorg) en de langdurige zorg zijn in belangrijke mate collectief georganiseerd en ook collectief gefinancierd met solidariteit als grondslag. De stijgende zorguitgaven doen een steeds groter beroep op deze solidariteit, en dat stelt beleid voor keuzes over de financiering van de zorg. Betere zorg betekent ook hogere premies en belastingen, maar dat maakt werken minder aantrekkelijk en doet een steeds groter beroep op solidariteit tussen hogere en lagere inkomens en tussen jongeren en ouderen. Een alternatief is versobering van het collectieve pakket, maar dat holt het verzekeringskarakter uit en kan leiden tot tweedeling tussen rijk en arm. Ook kunnen de toekomstige kosten worden opgevangen door nu al meer te sparen of extra (staats)schuld af te lossen. Ieder van deze keuzen doet pijn; de rekening moet immers door iemand worden betaald.

2 Uitgaven aan zorg sterk toegenomen

De afgelopen veertig jaar zijn de zorguitgaven zonder uitzondering elk jaar gestegen. Vaak groeiden de zorguitgaven sterker dan het nationaal inkomen (gemeten als bbp), waardoor wij een steeds groter deel van ons inkomen aan zorg zijn gaan besteden. Als wij kijken naar de totale uitgaven aan zorg, dan zijn deze toegenomen van 8% van het bbp in 1972 naar ruim 13% in 2010. Meer dan de helft van deze uitgaven wordt besteed aan curatieve zorg, zoals huisartsen en ziekenhuizen. De uitgaven aan langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten zijn kleiner, maar groeien wel sneller. Het overgrote deel van de zorg (83% in 2010) wordt collectief gefinancierd en betaald uit belastingen en premies. Het resterende deel van de uitgaven wordt direct door burgers zelf betaald, in de vorm van eigen risico, eigen betalingen en aanvullende verzekeringen.

Figuur 1 Zorguitgaven verklaard vanuit inkomen, demografie en prijs³



Figuur 1 rafelt de stijging van de zorguitgaven uiteen. De blauwe lijn geeft de ontwikkeling van de totale uitgaven aan curatieve en langdurige zorg weer als percentage van het bbp. De andere lijnen geven aan dat inkomen, demografische factoren en de prijs van zorg belangrijke determinanten zijn van de zorguitgaven. Het verschil tussen de blauwe lijn (de realisatie) en de gele lijn kunnen wij niet vanuit deze drie factoren verklaren maar is, zeker voor een deel, het gevolg van veranderingen in beleid.

Naarmate wij rijker zijn, consumeren wij steeds meer en steeds luxere goederen en diensten. Gingen wij vroeger op vakantie naar Zeeland, tegenwoordig gaan wij naar Nieuw-Zeeland. Zo willen wij ook niet terug naar de zorg van de jaren zeventig toen een meniscusoperatie een week ziekenhuis betekende, terwijl een dagopname met artroscopie tegenwoordig voldoende is. Een stijging van het reële inkomen in Nederland gaat dus gepaard met een stijging van het zorgvolume, zowel via beleidsmatige uitbreiding van de collectieve voorzieningen (breder basispakket) als van de private zorg (meer en betere tandartszorg). De jaarlijkse groei van het bbp per persoon met gemiddeld 2% heeft ook geleid tot een stijging van de zorguitgaven per persoon met 2% per jaar. Zou dit samen met de bevolkingsgroei het volledige verhaal achter de zorguitgaven zijn, dan zouden de zorguitgaven als fractie van het inkomen constant blijven, zoals de groene lijn in figuur 1 aangeeft.

De levensverwachting is echter ook toegenomen, van 73 jaar in 1970 tot 81 jaar in 2010. Bovendien nam rond 1970 het aantal geboortes duidelijk af. Daardoor is het aandeel van ouderen in de bevolking gestegen. Zo is het aandeel 75-plussers in de bevolking de afgelopen veertig jaar bijna verdubbeld (van 3,7 naar 7,0%) en dat van 20-minners fors gekrompen (van 35,8 naar 23,6%). Oudere mensen hebben gemiddeld genomen meer zorg nodig dan jongeren. De zorgkosten voor een 80-84 jarige bedragen meer dan vijftienduizend euro per jaar, terwijl een 20-24 jarige ongeveer tweeduizend euro zorg nodig heeft. De veranderende samenstelling van de bevolking heeft de zorguitgaven dus laten stijgen. Het effect van deze demografische ontwikkelingen op de zorguitgaven wordt geïllustreerd door de rode lijn in figuur 1.

³ De blauwe lijn in figuur 1 geeft de ontwikkeling van de zorguitgaven als %bbp sinds 1972. De andere lijnen geven een decompositie voor deze uitgaven vanuit inkomen (de vlakke groene lijn), demografie (verschil tussen rood en groen) en prijzen (verschil tussen geel en rood). De figuur wordt verder in de tekst toegelicht.

‘Ouder worden’ staat niet volledig gelijk aan ‘groter zorggebruik’. Een groot deel van de zorguitgaven vindt namelijk plaats in het laatste levensjaar (Wong et al., 2008). Dat betekent dat een stijging van de levensverwachting gepaard gaat met uitstel van een deel van de kosten van zorg. Maar omdat mensen in de extra levensjaren wel enige extra verzorging en behandeling van bijvoorbeeld chronische aandoeningen nodig hebben, leidt een hogere levensverwachting per saldo tot een stijging van de zorguitgaven. Dit is ook meegenomen in het effect van de demografie op de zorguitgaven.

Wij zijn niet alleen meer en betere zorg gaan gebruiken, maar de zorg is ook duurder geworden. Gemiddeld genomen steeg de prijs van zorg tussen 1981 en 2010 ongeveer ½%-punt per jaar sneller dan de gemiddelde prijsstijging in de economie. Hiervoor is een aantal verklaringen te geven. De eerste is dat behandelingen beter en ook duurder zijn geworden.⁴ De tweede reden is dat de productiviteitsgroei in de zorg is achtergebleven bij de loongroei, het zogeheten Baumol-effect. Figuur 1 laat zien dat de zorguitgaven ook zijn toegenomen door de stijging van de zorgprijs (de gele lijn).

Tabel 1 Het afgelopen decennium groeiden de zorguitgaven snel

	1981-2010	1981-2000	2001-2010
Nominaal (groeipercentage per jaar)	5,6	5,0	6,7
Prijs zorg	2,6	2,8	2,3
Volume (= nominaal – prijs zorg)	3,0	2,2	4,4
Demografie (inclusief bevolkingsgroei)	1,0	1,1	0,7
Inkomen per persoon	1,9	1,8	2,0
Onverklaard (= volume – demografie – inkomen)	0,1	-0,7	1,7

In de afgelopen dertig jaar hebben een stijging van het inkomen, demografische veranderingen en duurdere zorg geleid tot hogere zorguitgaven. Deze drie factoren kunnen de groei van de uitgaven goed verklaren; het onverklaarde deel van de groei is over de hele periode verwaarloosbaar klein, zoals tabel 1 laat zien. Dat geldt echter niet als wij inzoomen op de twee deelperioden. De periode van 1981-2000 werd gekenmerkt door strakke budgettering, wat heeft geleid tot een rem op de zorguitgaven. De zorguitgaven groeiden dan ook 0,7%-punt per jaar langzamer dan verwacht op basis van de drie onderliggende factoren. Wel werden de wachtlijsten langer. Vanaf 2001 werd de strakke budgettering losgelaten en gold het boter-bij-de-vis beleid voor het zorgaanbod, waarbij het recht op zorg wettelijk werd verankerd, met ook als doel om de wachtlijsten weg te werken. Dat leidde tot een snelle groei van de uitgaven. Opvallend is wel dat in deze periode de levensverwachting sterker is gestegen dan in de jaren daarvoor, wat Mackenbach en Garssen (2011) toeschrijven aan de sterke groei van de zorg.

De vraag is nu of de hoge groei vanaf 2000 een tijdelijk of blijvend fenomeen is. Zal de groei in de periode na 2010 terugkeren naar de gemiddelde groei over de afgelopen decennia of structureel hoger blijven? Vooral voor de langdurige zorg lijkt het eerste meer plausibel. Het RIVM (2010) geeft aan dat in deze sector de

⁴ Deze kwaliteitsstijging hoort in principe bij het volume van de zorg. Omdat het meten van kwaliteit van zorg bijzonder lastig is, valt niet uit te sluiten dat de kwaliteitsverbetering in de zorg deels gemeten is als prijsstijging.

wachttijsten na 2001 snel zijn teruggelopen. Voor de curatieve zorg zijn beide verklaringen mogelijk. Ook voor deze sector geldt dat de groeiversnelling aan het begin van deze periode een reactie was op de budgettering in de jaren daarvoor. Maar er zijn ook aanwijzingen dat de beleidswijzigingen rondom 2001 ervoor hebben gezorgd dat medische innovaties sneller worden geabsorbeerd en het aantal behandelingen eenvoudiger uitgebreid kan worden.

3 Zorguitgaven stijgen verder

Nederland vergrijst en Nederlanders hebben dus meer zorg nodig. Wij worden tegelijkertijd steeds rijker en vragen om betere zorg. En omdat zorg ook nog eens duurder wordt, zullen de zorguitgaven verder stijgen. Met dat verhaal duiden wij de ontwikkeling van de zorg in de afgelopen decennia. De vraag is hoe de zorguitgaven zich in de toekomst zullen ontwikkelen als opnieuw vergrijzing, welvaart en prijsstijgingen de drijvende krachten achter de zorguitgaven zullen zijn.

De onzekerheid rond de ontwikkeling van de levensverwachting, technologische vooruitgang in de zorg, de leefstijl van de bevolking en andere factoren die van belang zijn voor de zorguitgaven, is groot. Daarom verkennen wij de toekomst aan de hand van vier omgevingsscenario's. Deze geven een bandbreedte van ontwikkelingen in zorg en gezondheid, vanuit onderliggende economische, demografische en technologische trends. De scenario's geven een redelijke bandbreedte weer voor de baten - gemeten als de levensverwachting - en de kosten, gemeten door de uitgaven, waarbij wij niet uitsluiten dat de groei van de zorg en levensverwachting nog hoger of lager uitkomen. De omgevingsscenario's bevatten geen stelselwijzigingen, maar verkennen de omgeving van het beleid. Zij variëren in de veronderstelde ontwikkeling van de levensverwachting, de prijs van zorg en het volume en de kwaliteit van zorg. Wij presenteren de ontwikkeling van de zorguitgaven⁵ tussen 2010 en 2040, de werkgelegenheid in de zorgsector en de premiedruk voor een gezin met modaal inkomen. Deze vier omgevingsscenario's worden gepresenteerd in tabel 2.⁶

Wij beginnen met een omgevingsscenario waarin de trends van de afgelopen dertig jaar zich ook de komende dertig jaar voortzetten - het trendmatig scenario. Ook in de komende jaren groeien de zorguitgaven mee met het inkomen (bbp), demografische ontwikkelingen en de prijs van zorg. In dit omgevingsscenario is geen plaats ingeruimd voor extra groei vanuit het beleid. Dat sluit aan bij de eerste interpretatie over het verleden, namelijk dat beleid in de jaren tachtig en negentig een remmend effect heeft gehad op de zorguitgaven, waarna sinds 2001 een tijdelijk inhaaleffect heeft plaatsgevonden.

De zorguitgaven stijgen in het eerste omgevingsscenario van ruim 13% van het bbp in 2010 naar 15½% in 2020 en 22% in 2040. Dat komt overeen met een reële groei van 3,2% per jaar, waarvan een ½%-punt het gevolg is

⁵ Wij presenteren zowel de totale uitgaven als de collectief gefinancierde uitgaven. Hierbij veronderstellen wij dat de financieringswijze van curatieve en langdurige zorg vanuit zvw, awbz, algemene middelen van de overheid en private financiering (eigen betalingen, aanvullende verzekeringen e.d.) vanaf 2010 constant blijft. De langdurige zorg wordt dan voor circa 80% uit de awbz betaald. De curatieve zorg voor bijna 65% uit de zvw. Uit algemene middelen wordt 9% van de curatieve en 11% van de langdurige zorg gefinancierd. Aanvullende verzekeringen en eigen betalingen vormen vrijwel het restant.

⁶ Het achtergronddocument bevat nog vier andere omgevingsscenario's: een scenario waarin zorg wordt gezien als luxe goed, zodat de volumegroei ongeveer ½% hoger uitkomt dan in het trendmatig scenario; een scenario met gezondere levensstijl; een scenario waarin mensen langer leven met beperkingen; en een scenario waarin mensen meer mantelzorg aan elkaar verlenen. De hier gepresenteerde scenario's zijn gekozen omdat zij de bandbreedte laten zien in zorguitgaven en levensverwachting.

van hogere prijzen.⁷ De overige groei van 2,6% komt in de vorm van meer en betere zorg. Meer zorg omdat er gemiddeld meer ouderen zijn die gemiddeld meer zorg nodig hebben (0,9%-punt) en betere zorg omdat de zorguitgaven meegroeien met de inkomens (1,7%-punt). Met de stijging van de totale zorg wordt ook de collectief gefinancierde zorg groter. In 2040 zal een op de vijf werknemers in de zorgsector werken, tegenover een op de acht nu.

Meer en duurdere zorg gaan in dit trendmatig scenario samen met betere gezondheid. Als maatstaf hiervoor gebruiken wij de levensverwachting zoals die geraamd wordt door het CBS. De levensverwachting van een nuljarig meisje neemt met drie jaar toe, tot 86 jaar anno 2040. Mannen maken in de komende decennia een inhaalslag, door een toename van de verwachte levensduur met vier jaar.

Tabel 2 Zorg en levensverwachting in vier omgevingsscenario's

	2010	2040			
		Trendmatig	Lagere kosten	Minder gezond	Betere zorg
Levensverwachting bij geboorte (jaren)					
Mannen	78,8	83	83	79	88
Vrouwen	82,7	86	86	83	90
Zorguitgaven (% bbp)					
Totale uitgaven	13,2	22	19	21	31
wv. curatieve zorg	8,7	13	11	12	21
wv. langdurige zorg	4,1	9	7	8	9
wv. collectieve financiering	10,9	18	16	17	25
Kostendeekkende premies (% bruto gezinsinkomen)¹					
Tweeverdiener (modaal inkomen)	23,5	36	31	34	47
Werkgelegenheid in personen (% totale werkgelegenheid)					
Totaal zorg	12,8	22	20	20	29

¹ Kostendeekkende belastingen en premies (% bruto gezinsinkomen), voor een tweeverdiener met anderhalf keer modaal inkomen.

Technologische ontwikkelingen leiden in het tweede omgevingsscenario tot lagere kosten. De prijs van zorg gaat dan gelijk op met het gemiddelde prijsniveau waardoor de kosten een ½%-punt per jaar minder stijgen dan in het trendmatig scenario. De langdurige zorg wordt efficiënter (met meer arbeidsbesparende technologische vooruitgang) door bijvoorbeeld zorg op afstand of het gebruik van robots. Ook in de curatieve zorg is de technologische vooruitgang meer dan in het trendmatig scenario gericht op kostenbesparingen, waardoor specialistische handelingen steeds meer routinematig kunnen worden uitgevoerd.

⁷ Omdat prijs en volume zo moeilijk te splitsen zijn, kan in de prijsstijging ook enige kwaliteitsverbetering zitten.

In vergelijking met het trendmatig scenario zijn de zorguitgaven lager, hoeft een modaal gezin minder aan zorg uit te geven en gaan minder mensen in de zorg werken. Maar ook in dit 'lage kosten scenario' stijgen de zorguitgaven door de vergrijzing sterker dan het inkomen.

Alle scenario's gaan uit van een stijging van de levensverwachting. De ondergrens wordt gevormd door het 'minder gezond' scenario. Een toename van het aantal mensen met een ongezonde leefstijl, een toename van het aantal pandemieën dat ons treft en toenemende resistentie van bacteriën tegen antibiotica zorgen er voor dat de levensverwachting tussen 2010 en 2040 stabiliseert. Wij leveren dus een hoop 'geluk' in ten opzichte van het trendmatig scenario. Ondanks de slechtere gezondheid groeien de totale zorguitgaven in vergelijkbare mate met het trendmatig scenario. Dat komt door de lagere levensverwachting waardoor het aandeel ouderen in de bevolking lager uitkomt.

De hoogste levensverwachting wordt bereikt in het vierde omgevingsscenario. Het 'betere zorg' scenario schetst het beeld van snelle technologische ontwikkeling in de curatieve zorg, bijvoorbeeld in nanotechnologie of het beschikbaar komen van dure medicijnen zoals *biologicals*. Dit omgevingsscenario kan gezien worden als een verlengstuk van de ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar, waarbij het volume van de curatieve zorg jaarlijks gemiddeld met 4,4% groeide. Dat was ruim 1½%-punt sneller dan kan worden verklaard uit prijzen, inkomen en demografie. Met deze volumestijging nam ook de gezondheid toe, waaronder een stijging van de levensverwachting met twee jaar.

De betere curatieve zorg brengt ons in dit scenario een extra stijging van de levensverwachting van vijf jaar voor mannen en vier jaar voor vrouwen. De extra volumegroei en vergrijzing leiden tot duidelijk hogere zorguitgaven. Met de stijging van de totale zorguitgaven wordt de collectief gefinancierde zorg groter en is een modaal gezin in 2040 bijna de helft van het bruto inkomen kwijt aan collectieve zorg. In 2040 zal in dit omgevingsscenario bijna een op de drie werknemers in de zorgsector actief zijn.

In alle scenario's stijgen de kosten voor de zorg. In 2010 betaalt een modaal gezin 23% aan collectieve gefinancierde zorg. Dit betreft de premies voor de ziektekostenverzekering (ZVW) en de AWBZ. Als het financieringsmodel voor de curatieve en de langdurige zorg ongewijzigd blijft, dan nemen de betalingen voor het modale gezin toe tot 36% in het trendmatig scenario, een stijging met 12%-punt. Dit is voor een deel omdat ieder gezin zelf meer zorg consumeert (gemiddeld 5 % van het inkomen) en voor het andere deel omdat ook de lasten moeten worden opgebracht van het grotere aantal ouderen (7%). In de andere scenario's varieert de lastenstijging tussen 7%-punt en 24%-punt tot niveaus van 31% in het lagere kosten scenario en 47% in het betere zorg scenario. In dat laatste scenario neemt de zorgconsumptie per persoon toe met 12% van het inkomen, waardoor andere consumptie wordt verdrongen.

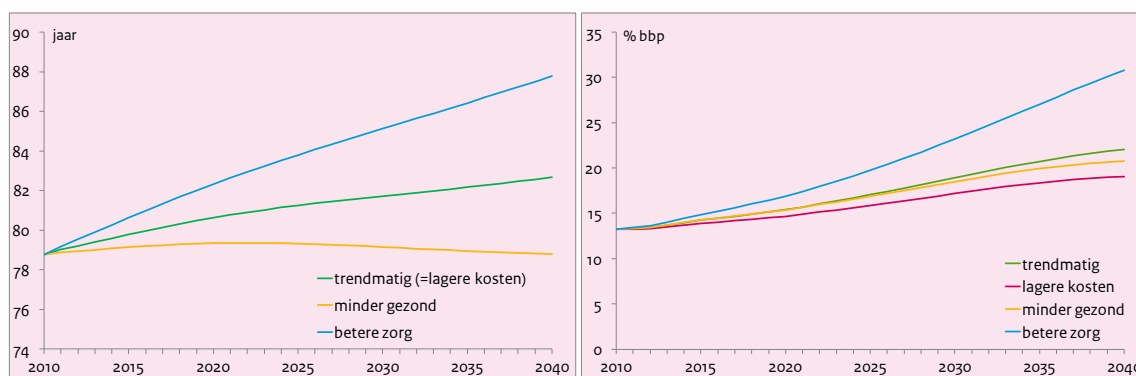
Wij mogen deze stijging in de kosten echter niet zonder meer vertalen in een hogere totale lastenstijging voor het modale gezin. Dat hangt af van de ontwikkeling van de overheidsfinanciën als geheel. Door beleid gericht op houdbaarheid van de overheidsfinanciën te voeren kan juist worden geanticipeerd op de kostenstijgingen in de zorg en de pensioenen (AOW) en worden nu al maatregelen genomen om de lastenstijging af te remmen. Door een lagere overheidsschuld en daarbij behorend lagere rentelasten kunnen de lasten voor toekomstige generaties worden verlicht. Feitelijk sparen de huidige generaties op deze manier voor hun hogere zorgkosten en AOW in toekomst.

**Tabel 3 Uitsplitsing van kostendekkende belastingen en premies
(% bruto gezinsinkomen) ⁸**

	Niveau 2010	Toename 2010-2040			
		Trendmatig	Lagere kosten	Minder gezond	Betere zorg
Totaal (% bruto gezinsinkomen)	23,5	12	7	11	24
waarvan demografie		7	7	6	10
waarvan zorgconsumptie per persoon		5	0	5	14

Bij de interpretatie van de collectieve lasten voor de zorg moet daarom onderscheid worden gemaakt tussen de vergrijzingscomponent en de stijging van de zorgconsumptie door betere en duurdere zorg per persoon. Tabel 3 maakt deze uitsplitsing voor de toename van de kostendekkende belastingen en premies. Demografische factoren zorgen in de scenario's tot een stijging van de premiedruk met 6 tot 10%-punt. In het trendmatig scenario zorgt vergrijzing voor een lastenstijging met 7%. Deze verhoging vanuit demografie is bij uitstek een houdbaarheidsprobleem van de overheidsfinanciën als geheel (zie Van der Horst e.a., 2010). In het scenario met betere zorg leidt de hogere levensverwachting tot een additionele druk op de houdbaarheid. De stijging van de gemiddelde zorgconsumptie per persoon is afwezig in het scenario 'Lagere kosten' en loopt op tot 14%-punt in 'Betere zorg'.

Figuur 2 Levensverwachting en zorguitgaven in vier omgevingsscenario's ⁹



Figuur 2 vat de vier omgevingsscenario's samen in twee cruciale ontwikkelingen, een stijging van zowel gezondheid en zorg. Als indicator voor gezondheid hanteren wij de levensverwachting, en de stijging van de zorg wordt zichtbaar in de stijging van de totale zorguitgaven. Deze ontwikkelingen stellen beleidsmakers voor twee belangrijke keuzes: kunnen de uitgaven verder stijgen en wie betaalt daarvoor de rekening?

⁸ Het demografische effect omvat de gevolgen voor de kostendekkende belastingen en premies door hogere levensverwachting, betere gezondheid en de vergrijzing van de bevolking. De resterende stijging van de kostendekkende belastingen en premies komt door een stijging van de gemiddelde zorgconsumptie per persoon, door hogere prijzen en/of hoger overig volume.

⁹ De linkerfiguur geeft de ontwikkeling van de levensverwachting van een 0-jarige man in de vier omgevingsscenario's. De rechterfiguur toont de ontwikkeling van de zorguitgaven als % bbp.

4 Dilemma's voor beleid

4.1 Kiezen voor zorg

Meer, betere en duurdere zorg waarvoor wij meer gezondheid terugkrijgen, dat is wat wij de komende decennia mogen verwachten. Zijn wij bereid om voor deze groei van de zorg te betalen? Kiezen wij voor meer zorg en gezondheid of kunnen wij ons geld beter ergens anders aan besteden?

Keuzes voor meer of minder gezondheidszorg vragen om een zorgvuldige afweging van de maatschappelijke kosten en baten. De baten hangen af van de bijdrage die zorg levert aan de volksgezondheid en van de maatschappelijke waardering van die gezondheid. De kosten hangen af van de effectiviteit van nieuwe behandelmethoden en het prijskaartje dat aan de zorg hangt, zowel in termen van de zorguitgaven als ook de lasten van een behandeling voor een patiënt. Daarmee kan de afweging tussen maatschappelijke kosten en baten verschillen per type zorg en voor de ene patiënt anders uitpakken dan voor een andere.

De balans tussen de maatschappelijke baten en kosten van zorg kan in de toekomst anders uitpakken dan nu. Dat kan leiden tot een keuze voor een hogere of juist lagere groei van de zorguitgaven. Deze balans hangt onder andere af van de groei van het inkomen, vergrijzing van de bevolking en de prijs van zorg.

Wij worden rijker, daarom willen wij meer en betere zorg.¹⁰ Enerzijds omdat zorg een investering is in een goede gezondheid, en daarmee in een gezonde beroepsbevolking. De baten van deze investering nemen in de komende jaren toe, als het bbp stijgt. Anderzijds omdat zorg een consumptiegoed is waaraan wij meer besteden naarmate wij rijker worden. In vergelijking met dertig jaar geleden hebben wij nu betere auto's, mooiere telefoons, een rijker assortiment voedsel en ook betere zorg. Zo kan staar beter en met minder nadelige gevolgen voor de patiënt worden behandeld dan dertig jaar geleden. Ruim dertig jaar geleden is de eerste IVF-baby geboren, anno 2011 wordt deze techniek steeds verder verfijnd. De toekomst zal nieuwe diagnose- en behandelmethoden brengen, bijvoorbeeld door toepassing van nanotechnologie. De eerste keuze is dus hoeveel wij van ons extra inkomen aan meer en betere zorg willen besteden.

Er is meer zorg nodig als wij ouderen in de toekomst dezelfde zorg willen geven als nu. Alleen al vanuit de wens om de groeiende groep ouderen goede zorg te verlenen, stijgen de zorguitgaven elke 10 jaar met 2% van het bbp (zie het omgevingsscenario 'lagere kosten' in tabel 2). Vergrijzing is een gegeven, maar het sluit het maken van keuzes in de zorg niet uit. Een belangrijke keuze is die tussen intramurale en extramurale zorg: willen wij toe naar een samenleving waarin mensen zo lang mogelijk thuis behandeld worden, of juist in een verzorgings- of verpleeginstelling verzorgd worden? Een gerelateerde keuze is die tussen formele zorg en mantelzorg. Als wij kiezen voor meer formele zorg wordt het beroep op de formele arbeidsmarkt steeds groter, zodat in 2040 misschien wel 30% van de beroepsbevolking in de zorg werkzaam is. Of kiezen wij voor meer mantelzorg, en daarmee voor minder professionele maar wel persoonlijker hulp?

Zorg wordt steeds duurder, zijn wij bereid die prijs te betalen? Veel medische innovaties zijn gericht op kwaliteitsverbetering, een kleiner deel is gericht op verhoging van de productiviteit. Tegelijkertijd moet de

¹⁰ In de omgevingsscenario's gaan we uit van een bbp-groei van 1,7% per jaar. Zonder dit extra inkomen vervallen de argumenten die in deze alinea worden genoemd voor de groei van de zorguitgaven.

zorgsector moeite doen om aan voldoende personeel te komen. Ten slotte is de zorg op veel terreinen inefficiënt georganiseerd. Een van de belangrijkste redenen voor deze ondoelmatigheid is dat de kwaliteit moeilijk te meten is. Bijvoorbeeld bij de ouderenzorg weten wij hoeveel middelen en mensen wij daarvoor inzetten, maar kunnen wij veel moeilijker meten wat die zorg concreet oplevert. Het is voor het beleid wel een uitdaging om de doelmatigheid te verhogen en te streven naar goede zorg voor een lagere prijs.

Zowel de baten als de kosten van zorg zullen stijgen. Als wij de baten hoog waarderen, moeten wij meer uitgeven aan zorg. Maar als wij de kosten belangrijk vinden, ligt afremmen van de uitgaven voor de hand. De zorguitgaven zullen in beide gevallen blijven stijgen, in meer of mindere mate. De volgende vraag is dan ook, waarvan gaan wij die hogere zorguitgaven betalen?

4.2 Wie betaalt de rekening?

Nederland streeft naar betaalbare en toegankelijke zorg. De solidariteit in ons zorgstelsel is groot, zowel in de toegankelijkheid van zorg (iedereen heeft recht op dezelfde basisvoorzieningen) als in de financiering daarvan. Toegankelijke en voor iedereen betaalbare zorg is ook in de toekomst mogelijk, maar doet wel een groter beroep op de solidariteit. Zijn wij bereid om hiervoor te betalen?

Meer geld voor zorg betekent minder geld voor andere doelen. In de omgevingsscenario's stijgen de collectief gefinancierde zorguitgaven van 10% van het bbp in 2010 naar 16 tot 24% van het bbp in 2040. Deze stijging is mogelijk, maar betekent wel dat wij moeten kiezen: bezuinigen op andere collectieve uitgaven, of het heffen van hogere belastingen en premies. Ook moeten wij kiezen of wij dat vandaag of in de toekomst doen. Laten wij huidige generaties al sparen voor hun oplopende zorgkosten in de toekomst, of leggen wij het probleem op het bordje van de toekomstige generaties?

Een keuze die gemaakt kan worden is om de stijgende zorgkosten te financieren vanuit andere collectieve uitgaven. Voor een goede afweging van zorguitgaven en andere collectieve uitgaven moeten de maatschappelijke baten van zorg worden afgewogen tegen de maatschappelijke baten van bijvoorbeeld defensie of onderwijs. Is één euro aan zorg beter besteed dan bijvoorbeeld één euro aan defensie of aan onderwijs? En daarbij gaat het niet om één euro meer of minder, maar om miljarden euro's meer of minder. Om een idee te geven: moeten alle andere collectieve uitgaven met een kwart krimpen (wat overeenkomt met de collectieve uitgaven aan onderwijs, defensie, veiligheid en infrastructuur samen) om een verdubbeling van de collectieve zorguitgaven op te vangen, zoals in het hoogste scenario 'betere zorg'. Een andere mogelijkheid is dat zorg gefinancierd wordt uit dalende rentelasten, wat mogelijk wordt doordat wij nu collectief – via de overheidsbegroting - sparen en de staatschuld verlagen.

Sparen voor stijgende zorgkosten ligt vooral voor de hand bij de groei vanuit vergrijzing en hogere levensverwachting. Tabel 3 laat zien dat in het trendmatig scenario een groot deel van de stijging van de collectieve lastendruk veroorzaakt wordt door demografische factoren. Deze stijging vormt al onderdeel van het houdbaarheidsprobleem zoals dat berekend is in Van der Horst e.a. (2010) en waarvoor het huidige kabinet al maatregelen neemt (zie CPB, 2010). Het houdbaarheidsprobleem is in de eerste plaats een probleem van solidariteit tussen generaties en valt onder het algemene financieringsbeleid van de overheid. Voor de overige stijging van de zorguitgaven, van 5-12% van het bbp, ligt het meer voor de hand om de oplossing te zoeken binnen de toekomstige overheidsbegroting, door aanpassingen in de 'zorg', in de vorm

van bezuiniging op zorg, aanpassingen elders binnen de overheidsbegroting, of hogere belastingen en premies.

Financiering van de zorg met hogere belastingen en premies doet een groter beroep op de solidariteit van burgers. Een modaal gezin betaalt niet alleen voor de eigen zorg, maar ook voor de zorg voor ouderen en voor gezinnen met lagere inkomens. Met de stijging van de zorguitgaven neemt, bij ongewijzigde financieringswijze, deze herverdeling toe: jongeren gaan meer betalen aan de zorg voor ouderen en rijken meer voor armen. Zal met dit toenemende beroep op de solidariteit ook de bereidheid tot herverdeling toenemen? Met andere woorden, hoeveel zullen wij in de toekomst bereid zijn te betalen voor een brede toegankelijkheid van de zorg?

De collectieve lastendruk kan worden verminderd door het versoberen van het collectieve pakket, waarbij een kleiner deel van de totale zorg uit verplichte regelingen wordt gefinancierd. Dat kan in de zvw door het verhogen van een eigen bijdrage of het beperken van de vergoedingen in het basispakket. Dat kan ook in de awbz door de intramurale zorg te versoberen en verder te korten op het pgb. Een kleiner pakket betekent niet primair dat de zorgkosten afnemen, ze worden alleen dat minder collectief worden verzekerd. Hierdoor wordt de rekening verschoven van de mensen met hogere inkomens naar de patiënt zelf en neemt de waarde van de verzekering af. Rijke mensen kunnen zich aanvullend verzekeren of eigen zorg inkopen. Voor mensen met een laag inkomen is dat moeilijker. De solidariteit in de zorg neemt af.

Minder gelijke zorg, is dat erg? Wij accepteren dat iemand met een hoger inkomen een luxer brood kan kopen dan iemand met een lager inkomen, maar beiden eten brood. Wij accepteren ook dat de een zich wel een auto kan permitteren, maar de ander niet. Ook bij de zorg accepteren wij ongelijkheid, bijvoorbeeld bij brillen en hoortoestellen, en ook in het onderscheid tussen private en collectief gefinancierde langdurige zorg. De vraag is dus niet zozeer of wij ongelijkheid toestaan in de toegankelijkheid van de zorg, maar in welke mate.

Dat brengt ons bij een belangrijk dilemma voor de zorg in de komende decennia: willen wij solidariteit in de toegang tot zorg óf in de financiering van de zorg. Of kiezen wij voor beide, maar bij wie leggen wij dan de rekening neer?

Referenties

CPB, 2010, Analyse economische effecten financieel kader, CPB Notitie.

Duin, C. van en J. Garssen, 2010, 'Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur', Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag.

Van der Horst, A., F. van Erp en J. de Jong, 2011, Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, CPB Achtergronddocument.

Mackenbach, J., 2010, 'Ziekte in Nederland', Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam.

Meerding, W.J., J.J. Polder, A.E.M. de Hollander en J.P. Mackenbach, 2007, *Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten*, Zorg voor euros-6, RIVM Rapport 270091002, Bilthoven.

Mackenbach, J. en J. Garssen, 2011, 'Renewed Progress in Life Expectancy: The Case of the Netherlands', in: E.M. Crimmins, S.H. Preston & B. Cohen, eds., *International Differences in Mortality at Older Ages; Dimensions and sources*, The National Academies Press, Washington, D.C.

Pomp, M., 2010, *Een beter Nederland; De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Balans.

RIVM, 2010, 'Tijd en toekomst; Deelrapport van de VTV 2010 Van Gezond naar Beter.'

Wong, A., G.J. Kommer en J.J. Polder, 2008, 'Levensloop en zorgkosten, Zorg voor euro's - 7', RIVM Rapport 270082001, Bilthoven.



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

November 2011 | ISBN 978-90-5833-533-3

