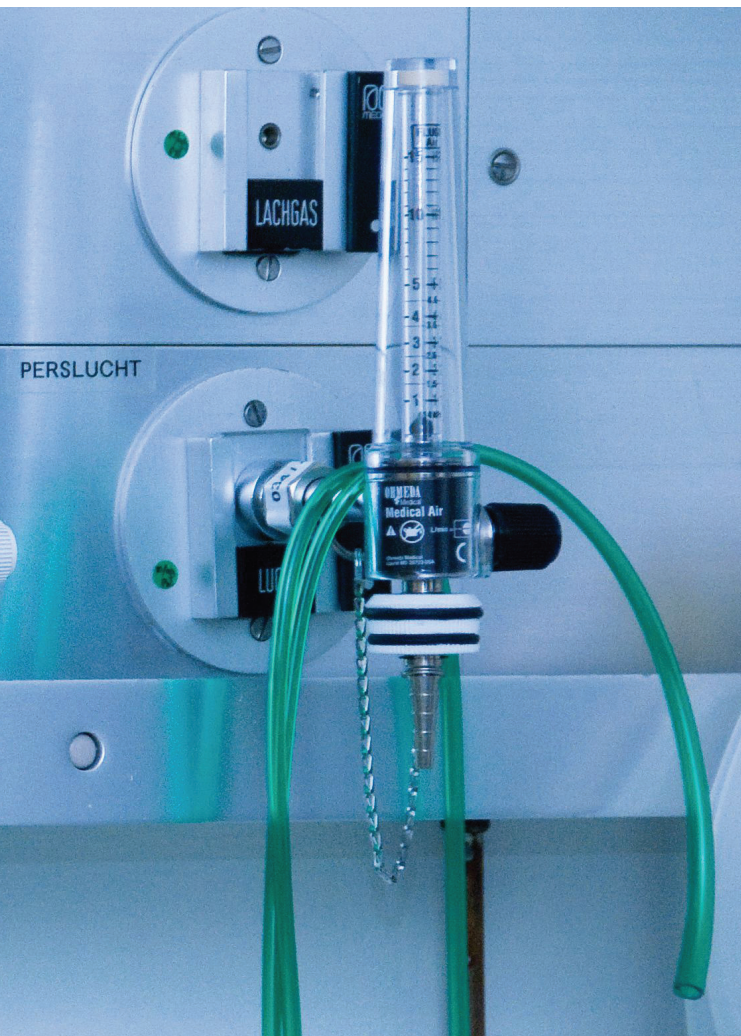




Centraal Planbureau

Gezondheid loont | *Tussen keuze en solidariteit*



**Toekomst
voor de zorg**

Hoofdstuk 11

*Toekomst voor de
zorg in viervoud*

11 Toekomst voor de zorg in viervoud

Casper van Ewijk, Paul Besseling en Albert van der Horst

De voortschrijdende medische technologie en mondiger burgers plaatsen ons in toenemende mate voor twee fundamentele keuzes. De eerste betreft de zorgsolidariteit: de afweging tussen uniforme zorg voor iedereen en meer gedifferentieerde zorg met ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en eigen regie. De tweede betreft de risicosolidariteit: de afweging tussen alle risico's zoveel mogelijk verzekeren en de noodzaak om via eigen betalingen overmatig gebruik van zorg af te remmen. Door beide afwegingen te combineren ontstaat een schets van vier werelden voor de toekomst van de preventie, de curatieve zorg en de ouderenzorg.

11.1 Mensen en zorg veranderen

Dat het zorgstelsel er in de toekomst anders uit zal zien, is zeker. Hoe anders is niet te voorspellen, het hangt van veel factoren af. Er bestaat geen eenduidig antwoord op de vraag hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden. Ieder stelsel heeft voor- en nadelen. Ervaringen met uiteenlopende stelsels in de landen om ons heen laten grote diversiteit aan oplossingsrichtingen zien. En de wereld staat niet stil. Nieuwe technologische doorbraken (op het gebied van *personalized medicine*, getherapie en *biomedicals*) en de verdere ontwikkeling van elektronische toepassingen (scans, robotchirurgie) maken het mogelijk om veel ziekten eerder op te sporen en beter te genezen. Ook de ouderenzorg zal ingrijpend veranderen door eHealth-toepassingen en het ontstaan van nieuwe sociale netwerken. Meer en toegankelijker informatie over de mogelijkheden van zorg en de kwaliteit van zorgverleners stellen goed opgeleide consumenten in staat bewuster te kiezen tussen behandelingen en zorgverleners. Dit alles tegen de achtergrond van een snel vergrijzende samenleving waarin de levensverwachting van de ouderen stijgt en er minder jongeren zijn die zorg kunnen verlenen en de financiële lasten van de zorg kunnen dragen.

De toekomst van de zorg stelt ons voor fundamentele keuzes. In dit hoofdstuk schetsen wij deze keuzes aan de hand van vier beleidsscenario's, die elk een plausibele en samenhangende wereld schetsen voor de toekomst van de zorg. De vier geschetste werelden maken de onderliggende fundamentele keuzes duidelijk over de inrichting en de financiering van de zorg. De voor- en nadelen van deze keuzes hangen af van externe ontwikkelingen, zoals de ontwikkeling van de medische technologie en voortgaande individualisering. Bewuste keuzes én externe omstandigheden bepalen dus in welke wereld wij in de toekomst zullen uitkomen.

11.2 Twee fundamentele afwegingen

Voor de toekomst van de zorg zijn twee afwegingen van wezenlijk belang, zie figuur 11.1. De eerste betreft de 'zorgsolidariteit' en gaat over de vraag of we zorg voor iedereen gelijk willen aanbieden, of dat wij accepteren dat er verschillen zijn in het verzekerde pakket. De tweede afweging betreft de 'risicosolidariteit' en gaat over de vraag of de kosten van de zorg volledig verzekerd moeten zijn, of dat een deel van de kosten voor rekening van de consument komt, bijvoorbeeld in de vorm van een eigen risico.¹³⁹ Beide vormen van solidariteit zijn besproken in de hoofdstukken 6 en 7. Wij vatten ze kort samen en passen ze vervolgens toe op vier scenario's voor de toekomst van de zorg.

¹³⁹ De 'premiesolidariteit' gaat over de vraag in hoeverre hogere inkomens meer premie moeten betalen, zodat lagere inkomens worden ontzien. In hoofdstuk 1 werd geconstateerd dat in 2011 in Nederland ruim 80% van de collectieve zorgpremies inkomensafhankelijk is. Deze premiesolidariteit wordt in dit hoofdstuk als een gegeven beschouwd.

Figuur 11.1 Uitsplitsing van enkele vormen van solidariteit in de zorgverzekering



11.2.1 Zorgsolidariteit

Bij de zorgsolidariteit staan twee visies tegenover elkaar. De eerste benadrukt de gelijke rechten op zorg. Zorg wordt als een basisrecht gezien, of als een maatschappelijke norm voor een 'fatsoenlijke' samenleving. Differentiatie in gezondheid en zorg wordt als maatschappelijk ongewenst gezien. Tegenover deze 'solidaire' visie staat de meer economische visie die benadrukt dat zorg een goed is waarover mensen verschillende voorkeuren kunnen hebben. Net als bij andere bestedingen is het wenselijk om de zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren. Dat kan door meer diversiteit in zorg en verzekeringen aan te bieden en meer ruimte te geven voor keuze en eigen verantwoordelijkheid. In hoofdstuk 6 zijn de verschillende aspecten van solidariteit diepgaand besproken. Gezondheid en ziekte zijn geen zaken die ons louter overkomen; wij hebben er zelf ook een belangrijke invloed op door ons gedrag. Net als kennis vormt gezondheid een deel van het menselijk kapitaal waarin wij bewust investeren (hoofdstuk 5). Verschillende mensen maken daar andere keuzes in, al naar gelang hun situatie en hun voorkeuren.

Een belangrijke –en gevoelige– kwestie is dat differentiatie in de zorg ook tot verschillen kan leiden in zorg tussen mensen met hogere en lagere inkomens. Mensen met hogere inkomens investeren meer in kennis en gezondheid dan mensen met lagere inkomens. Zij zijn daardoor gemiddeld gezonder. En bij een hoger inkomen past in de regel ook een duurder en uitgebreider zorgpakket, terwijl lagere inkomens met de optie voor een goedkoper, maar medisch wel degelijk verantwoord pakket meer geld overhouden voor andere bestedingen. Het is dus de vraag of herverdeling in de vorm van dure zorg wel de meest efficiënte methode van herverdeling tussen hogere en lagere inkomens is (zie ook hoofdstuk 6).

Deze vraag wordt belangrijker naarmate de zorguitgaven in de toekomst sneller toenemen. Zoals wij in hoofdstuk 3 hebben gezien, dreigt in het scenario met hoge groei van de zorg de toekomstige inkomensstijging voor lagere inkomens de komende decennia vrijwel geheel op te gaan aan extra zorgconsumptie. Voor de hoge inkomens, die een kleiner deel van hun inkomen aan zorg uitgeven, speelt dit probleem minder.

Vormen van differentiatie in zorg

Differentiatie in de zorg kan op diverse manieren. In de eerste plaats kan de reikwijdte van de collectieve regelingen worden ingeperkt. Een bekend voorbeeld dat recent in discussie was, is de scheiding tussen wonen en zorg in de ouderenzorg. Door de wooncomponent uit de collectieve verzekering (AWBZ) te halen, neemt de uniformiteit in de zorg af en wordt er meer aan de keuze van het individu overgelaten. Differentiatie in woonkwaliteit wordt dan toegelaten. Hetzelfde geldt bij overheveling van bijvoorbeeld tandzorg en fysiotherapie uit de basisverzekering naar de aanvullende verzekering. Voor de aanvullende verzekeringen wordt in Nederland differentiatie in zorg wel geaccepteerd, voor de basisverzekering is het verzekerde pakket voor iedereen gelijk.

Andere manieren voor differentiatie zijn het toestaan van bijbetalen *topping up* en *opting out*. Bij *topping up* is het mogelijk om naast de collectief verzekerde zorg extra zorg te kopen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van bijbetaling voor luxe verzorging (eenpersoonskamer), second opinions, bijzondere behandelingstechnieken, et cetera. Bij *opting out* wordt toegestaan dat consumenten zorg inkopen buiten de collectieve verzekering om; anders dan bij *topping up* vervallen nu de vergoeding vanuit de collectieve verzekering en de bijbehorende premieplicht. In het SER-voorstel uit 2000 dat ten grondslag lag aan de huidige zorgverzekering, werd ervoor gepleit om een beperkte mate van *opting out* en *topping up* toe te staan. Men kon kiezen voor een sober verplicht pakket met de mogelijkheid om zelf aanvullend voor zorg van hogere kwaliteit te betalen.

Wanneer de kosten van de aanvullende zorg oplopen, ligt verzekering van deze extra kosten voor de hand. Er ontstaan dan verschillende verzekeringspakketten naast elkaar, een sober doch verantwoord basispakket, en luxere pakketten voor wie het kan en wil betalen. Dit is denkbaar voor de ouderenzorg, maar ook voor de curatieve zorg. In het buitenland zien wij vaak een sobere basiszorg waarnaast de hogere inkomens zich extra verzekeren. Dat kan via de werkgevers, zoals in de Verenigde Staten, maar het kan ook binnen semi-collectieve regelingen zoals in Australië. Wij komen hier later in dit hoofdstuk op terug. Een manier die met name voor de ouderenzorg interessant kan zijn, is om verzekerde bedragen uit te keren bij objectief vast te stellen gebreken. Door keuze te bieden in de verzekerde bedragen en de bijbehorende premie, kan een passende verzekering aan allen worden geboden.

11.2.2 Risicosolidariteit

Wie en wanneer ziek of gebrekkig wordt, is moeilijk te voorspellen. Zorgverzekeringen zorgen ervoor dat mensen niet voor onverwachte kosten komen te staan. Verzekeren van zorgkosten draagt bij aan solidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen; dit noemen wij 'risicosolidariteit'. Volgens berekeningen in hoofdstuk 7 levert verzekering van de zorgkosten welvaartswinst op, die kan oplopen tot enkele tientallen procenten van het inkomen. Verzekeren is bovendien noodzakelijk voor toegang tot de zorg: zonder verzekering zouden heel dure behandelingen onbetaalbaar zijn.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is iedere Nederlandse burger verplicht verzekerd voor het basispakket in de curatieve zorg. Ook de ouderenzorg is collectief verzekerd, namelijk via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Beide

verzekeringen vergoeden echter niet alle zorgkosten. Een deel van de risico's wordt bij de consument gelegd. Dit beperkt de administratieve kosten, maar is vooral ook bedoeld om het gebruik van de zorg af te remmen. Bij een verzekering van 100 procent vervalt iedere financiële prikkel om doelmatig met de zorg om te gaan, immers, de verzekering betaalt toch. Dit ongewenste bijeffect van verzekeren wordt 'moreel gevaar' genoemd. Idealiter controleert de verzekeringsmaatschappij de schadeclaims, maar helaas gaat dit gepaard met grote uitvoeringskosten. Vooral bij de curatieve zorg is het ondoenlijk om bij iedere beslissing van patiënt en arts over de schouder mee te kijken. De arts en andere professionals in de zorg hebben daarom een dubbele taak. Enerzijds handelen zij in het belang van de patiënt (die de beste zorg wil) en anderzijds in het belang van het collectief van premiebetalers (die voor de zorg betalen).

Er is nog een reden om niet 100 procent van de zorgkosten te vergoeden. Deze heeft te maken met de veranderende consumptiepatronen bij ziekte en gebrek. Bij een zwakke gezondheid gaan mensen minder met vakantie, wordt de sportvereniging opgezegd en gaat soms ook de auto de deur uit. Het is dan beter om de zorg niet volledig te verzekeren en voor een deel te financieren uit andere bestedingen die wegvallen bij ziekte. De premie voor de verzekering kan dan lager zijn, waardoor men meer geld overhoudt in periodes dat men gezond is. Geld heeft voor het individu meer waarde bij gezondheid dan wanneer men ongezond is.

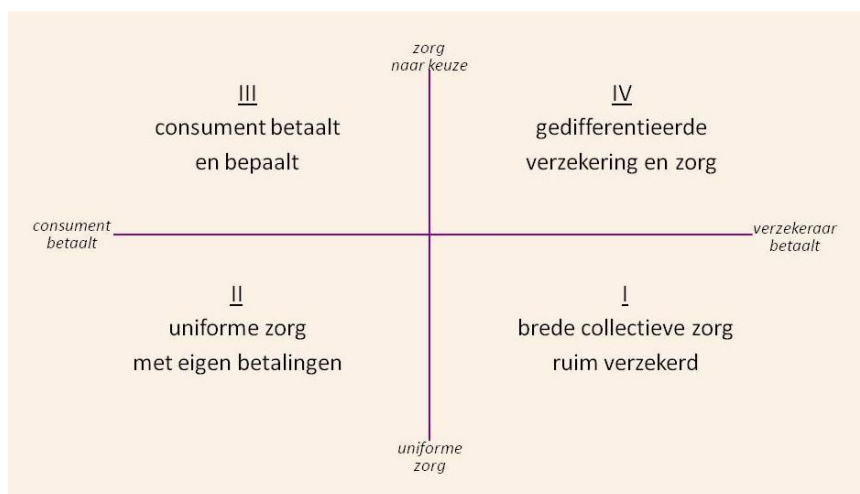
Uit het voorgaande volgt dat het kiezen van de optimale verzekeringsgraad een afweging vergt tussen de risicosolidariteit in de vorm van een hoge verzekeringsgraad en efficiëntie in de vorm van een rem op de uitgaven.

11.3 Vier werelden voor de toekomst van de zorg

Vanuit beide fundamentele keuzes, uniforme zorg voor iedereen (zorgsolidariteit) en zorg volledig verzekeren (risicosolidariteit), kunnen wij vier werelden schetsen voor de toekomst van de zorg. Figuur 11.2 beeldt deze werelden uit. Op de horizontale as is de afweging over risicosolidariteit weergegeven, op de verticale de afweging over zorgsolidariteit. Op de horizontale as gaat het dus om de keuze tussen een stelsel met een hoge verzekeringsgraad ('de verzekeraar betaalt') en een stelsel waarin de financiële risico's bij de consument worden gelegd ('de consument betaalt'). In de rechterhelft van het diagram 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.

De verticale as geeft de afweging weer tussen een wereld met gelijkheid in de zorg voor allen ('uniforme zorg'), en een wereld met gedifferentieerde zorg die aansluit bij de individuele voorkeuren ('zorg naar keuze'). In de onderste helft van het diagram staat gelijkheid in de zorg voorop; hier wordt zorg als collectieve verantwoordelijkheid beschouwd. In de bovenste helft staat de 'allocatieve efficiëntie' centraal, dat wil zeggen de afstemming van de zorg op de individuele voorkeuren. Dit vraagt om differentiatie van de zorg en ruimte voor eigen regie en eigen verantwoordelijkheid.

Figuur 11.2 Vier werelden voor de toekomst van de zorg



Bij deze afwegingen gaat het niet om zwart-wit keuzes, maar om een glijdende schaal. Het gaat om een afruil waarin een balans moet worden gevonden. De kwadranten in dit diagram corresponderen nu met de vier werelden met ieder hun eigen kenmerken. Van rechtsom met de klok mee kunnen de werelden als volgt worden getypeerd:

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

II. Uniforme zorg met eigen betalingen. De keuze valt op gelijke zorg voor allen, maar het gebruik wordt afgeremd door eigen betalingen in te voeren voor de consument. Deze wereld wordt gekenmerkt door zorgsolidariteit. De risicosolidariteit wordt losgelaten; uit efficiëntieoverwegingen worden meer financiële risico's bij de consument gelegd.

III. Consument betaalt en bepaalt. De consument stemt de zorg af op zijn individuele voorkeuren en betaalt daar ook voor. Om dit mogelijk te maken, wordt het aanbod van zorg gedifferentieerd en is de consument verantwoordelijk voor de invulling van de zorg. In deze wereld staan zowel de zorgsolidariteit, als de risicosolidariteit op een laag pitje.

IV. Gedifferentieerde verzekering en zorg. Verschillende verzekeringspakketten worden aangeboden. Via deze verzekeringen vindt afstemming van de zorg op de voorkeuren van verschillende collectieven plaats. In deze wereld wordt de zorgsolidariteit losgelaten, maar blijft de risicosolidariteit gehandhaafd.

Eén dimensie blijft bij deze indeling nadrukkelijk buiten beschouwing, dat is de premiesolidariteit tussen hoge inkomens en lage inkomens. Deze is niet specifiek voor de zorg, maar onderdeel van het systeem van belastingen en uitkeringen. Niettemin zijn wel gevolgen te trekken voor de mate van inkomensherverdeling in de alternatieve werelden. In het algemeen zal een stelsel met uniforme en dure zorg meer druk opleveren tot herverdeling om de zorg voor de lage inkomens betaalbaar te houden. Wanneer

differentiatie in de zorg wordt toegestaan, neemt deze druk af, omdat de zorguitgaven dan in lijn liggen met de voorkeuren van verschillende groepen. Wij komen hier bij de uitwerking van de verschillende werelden op terug.

Ook de aanbodzijde van de zorg blijft grotendeels buiten beschouwing. In beginsel zou de aanbodzijde voor ieder van de werelden kunnen worden uitgewerkt. Budgettering van de collectieve zorguitgaven is mogelijk in alle vier werelden, maar heeft het grootste effect in een wereld van brede collectieve zorg. Gereguleerde marktwerking met een ruim en efficiënt aanbod van aanvullende verzekeringen sluit het beste aan bij werelden met gedifferentieerde zorg en grote eigen verantwoordelijkheid van consumenten. Wij stippen deze verschillen aan, maar kunnen ze niet diep uitwerken. Hierdoor blijft ook de betekenis van alternatieve werelden voor de doelmatigheid buiten beschouwing. Ook op dit punt geldt echter dat ieder van de stelsels voor- en nadelen kent en dat er op voorhand geen redenen zijn om aan te nemen dat de ene wereld doelmatiger is dan de andere.

Waar staat Nederland?

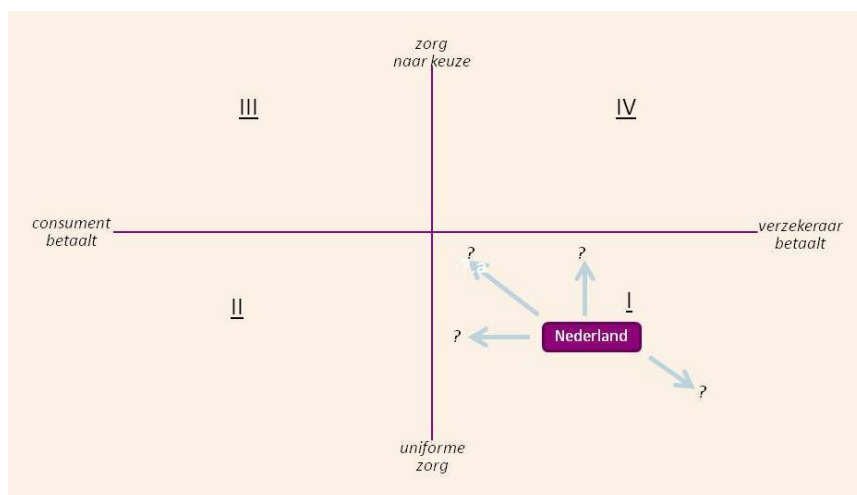
Het huidige stelsel in Nederland kan getypeerd worden als een stelsel waarin de zorg sterk collectief geregeld is. Er is een brede zorg voor allen en deze zorg is ruim verzekerd en goed toegankelijk, zowel in de curatieve, als in de langdurige zorg. De overheid bepaalt het basispakket voor de verzekering en legt daarmee de standaard voor de zorg vast.

Wel heeft de zorg in het afgelopen decennium in het teken gestaan van een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, waardoor de 'klant' meer centraal komt te staan. Consumenten kunnen kiezen tussen verschillende verzekeraars die er op letten dat de zorg efficiënt is en overeenkomt met hun voorkeuren. Consumenten kunnen ook kiezen uit een breed palet van ziekenhuizen, artsen en andere zorgaanbieders. De financiering volgt de vraag. Ook zijn de eigen betalingen enigszins verhoogd. Het Nederlandse stelsel is naar linksboven bewogen, maar nog steeds binnen de wereld van breed verzekerde zorg. Welke zorg wordt geboden, is wel steeds collectief bepaald: het verzekerde basispakket is hetzelfde voor iedereen en ook in het ziekenhuis is iedereen gelijk. Solidariteit staat nog steeds voorop.

De combinatie van kritische consumenten en vraagvolgende financiering heeft in de afgelopen jaren de zorgaanbieders tot extra productie aangezet, vooral in de curatieve zorg. De verzekeraars hebben de belangrijke taak hier tegenwicht te bieden door kostenbeheersing en beperking van overmatig gebruik. Dit kan aanleiding zijn tot strakkere sturing van het aanbod - bijvoorbeeld door budgettering van aanbieders - of door de vrijheid van consumenten in te perken, bijvoorbeeld door beperktere keuze van aanbieders. Dat kan met naturapolissen die voorkeursaanbieders vastleggen; de keuze van de consument betreft dan vooral de keuze van de polis. Nederland blijft dan in de wereld van de breed verzekerde zorg (rechtsonder in figuur 11.3). Een stap verder is ook mogelijk, naar een verplichte verzekering zonder keuze van verzekeraar. In dat geval beweegt het stelsel verder naar beneden in de figuur.

De taak van verzekeraars in het tegengaan van overmatig beroep op de zorg kan ook worden ondersteund via eigen betalingen door de consumenten. De prikkels worden dan meer bij de oorsprong van de vraag neergelegd: de consumenten. In dat geval zou Nederland meer naar de wereld linksonder bewegen (zie figuur 11.3). Een alternatief is om kritischer om te gaan met het toelaten van nieuwe, dure behandelingen tot het basispakket. Dat zou kunnen leiden tot een beweging naar een wereld met meer differentiatie in verzekerde pakketten en meer eigen verantwoordelijkheid voor de consument bij de inrichting van zijn zorg (opwaarts in figuur 11.3). Hoe de ontwikkeling in de toekomst verder zal gaan, is onzeker; de Nederlandse zorg staat voor fundamentele keuzes.

Figuur 11.3 Nederlands zorg staat voor fundamentele keuzes



De toekomst

De omgeving verandert. Welke keuzes worden gemaakt, hangt nauw samen met de toekomstige ontwikkelingen in de zorg en de maatschappij. Zoals wij in hoofdstuk 2 en 3 laten zien, wordt zorg steeds belangrijker; de toekomstige zorgconsument besteedt een groter deel van zijn inkomen aan zorg. Dat is goed besteed, omdat gezondheid belangrijk is en de medische technologie steeds meer mogelijkheden biedt. Met het inkomen stijgt ook de vraag naar betere en luxe zorg. Tussen nu en 2040 zullen de inkomens volgens de in hoofdstuk 2 geschetste scenario's met 60 procent toenemen; de individuele zorguitgaven verdubbelen in het trendmatige scenario en verdrievoudigen zelfs in het hoge scenario (zie tabel 3.2). Deze scenario's dienen als achtergrond bij de hier te schetsen werelden voor de toekomstige zorg.

Ook de maatschappij verandert. De toekomstige zorgconsument is goed opgeleid en goed geïnformeerd. De gemiddelde opleidingsgraad van de bevolking neemt toe; van bijvoorbeeld de huidige 60-jarigen heeft 30% alleen basisschool of vmbo, terwijl dat nog maar om 12% gaat in 2040; het aandeel met een hbo/wo-opleiding stijgt in diezelfde periode van 26% tot 42%. De toekomstige zorgconsument raakt bovendien steeds beter geïnformeerd. De aanstaande informatierevolutie in de zorg geeft de consument inzicht in de eigen gezondheid, maar ook in alle mogelijkheden van de medische technologie. Het wordt transparant welke aanbieders er zijn en wie welke kwaliteit biedt. Nu al ontstaan er websites

met klantbeoordelingen van artsen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Het onlangs opgerichte 'Kwaliteitsinstituut' zet zich in om de kwaliteitmeting verder te verbeteren.

Een steeds beter geïnformeerde Nederlandse bevolking zal de kennis benutten om de eigen gezondheid te bewaken en kritisch te kiezen uit het brede aanbod van zorgaanbieders. Meer dan nu zal de spreekkamer een plaats worden waar consument en arts niet alleen over de behandeling spreken, maar ook over de keuze van de aanbieder en - afhankelijk van het stelsel - de kosten van de behandeling.

11.3.1 Vier werelden nader uitgewerkt

Wij kunnen de werelden uitwerken aan de hand van figuur 11.4 die de belangrijkste kenmerken van de vier opties aangeeft. Wij starten weer met de wereld rechtsonder in het diagram en gaan met de klok mee. Voor ieder van de werelden schetsen wij plausibele en samenhangende beelden voor de drie onderdelen van de zorg: preventie, curatieve zorg en ouderenzorg. Dat houdt echter niet in dat voor ieder van deze onderdelen noodzakelijk dezelfde wereld moet worden gekozen. Vaak zien wij dat wel in praktijk, maar er zijn ook voorbeelden van landen die voor de curatieve zorg en preventie de ene 'wereld' kiezen en voor de langdurige zorg een andere 'wereld'. Wij komen hier later op terug wanneer wij de verschillende opties toelichten met voorbeelden van stelsels in verschillende landen.

Figuur 11.4 Vier werelden voor preventie, genezing en langdurige zorg



I. Brede collectieve zorg, ruim verzekerd (rechtsonder)

Solidariteit staat voorop, zowel in financiële zin als in het aanbod van zorg. Er is een breed basispakket voor de zorg voor iedereen en de verzekeringsgraad is hoog, zowel voor de curatieve zorg als voor de langdurige zorg. Het stelsel is erop gericht om aan iedereen dezelfde zorg te verstrekken, puur gericht op de aandoening en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte. Het kopen van zorg buiten het stelsel om wordt ontmoedigd door een hoog niveau van zorg te bieden, deze zorg in natura te verstrekken en het kopen van aanvullende zorg (*topping up*) te ontmoedigen of te verbieden.

Gezondheid is in deze wereld een collectief belang. Dit gaat samen met een zeker paternalisme ten opzichte van de consument; niet de individuele voorkeuren tellen, maar de maatschappelijke normen over gezond leven en gelijkheid in zorg. Ook in de afbakening van het basispakket is de economische afweging van kosten en baten ('kosteneffectiviteit') ondergeschikt aan solidariteit in zorg. Dure behandelingen (met een hoge ziektelast) worden toegelaten tot het verzekerde pakket, ook wanneer zij niet kosteneffectief zijn.

Preventie is een taak van de overheid, ook de primaire preventie. Het terugdringen van de gezondheidskloof tussen hogere en lagere inkomens is een belangrijk onderdeel van het ideaal van zorgsolidariteit. Er zijn collectieve programma's ter bestrijding van obesitas, roken en overmatig drugs- en drankgebruik. Dat gebeurt door direct in te grijpen bij de opvoeding van kinderen in gevoelige leeftijden (hoofdstuk 5).

Ook in de ouderenzorg staat gelijkheid voorop. De zorg is sterk formeel geregeld en biedt iedereen een hoge kwaliteit op de oude dag. Ook de wooncomponent van de intramurale zorg kan onderdeel zijn van de uniforme zorg; in een minder vergaande variant worden wonen en zorg gescheiden. Aanpassingen aan woningen, begeleiding en huishoudelijke hulp kunnen alle tot de ouderenzorg worden gerekend. Door verstrekking in natura past een voorzieningstelsel met het oog op kostenbeheersing beter dan een verzekeringsstelsel.

De curatieve zorg kan worden vormgegeven door een volledig door de overheid geregeld systeem, zoals de National Health Service (NHS) in Engeland. Een stelsel van gereguleerde concurrentie, zoals wij dat in Nederland sinds 2006 kennen, is ook denkbaar, mits verzekeraars en overheid de spanning beheersen die zich kan voordoen tussen enerzijds het streven naar vraagsturing en marktwerking en anderzijds de wens om strakke collectieve kaders te handhaven. Een tussenweg tussen strikte aanbodsturing en ruimte voor concurrentie kan de regionaal georganiseerde zorg in Zweden bieden, waarbij de overheid de zorg regelt op het niveau van gemeenten en provincies en de overheid de zorg inkoop onder concurrentie tussen aanbieders. Ideeën over populatiebepaling in Nederland lijken bij deze benadering aan te sluiten. De verzekering vindt dan in wezen plaats binnen de regionale collectiviteiten. De overheid kan verschillen in risico's tussen regio's compenseren voor verevening op basis van kenmerken van de bevolking, de populatiebepaling.

Effect op de economie

Dit stelsel van brede collectieve zorg draagt bij aan welvaart door het wegnemen van individueel risico en het vergroten van solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen. Daar staat een zwakke prikkel tegenover om het zorggebruik te beperken. De zorguitgaven zijn daarom in dit stelsel hoger dan in het stelsel met eigen betalingen (linksonder). Bovendien moet de basisverzekering voldoende royaal zijn om de hoge inkomens binnenboord te houden. De uitgebreide zorg is niet noodzakelijk gunstig voor de lagere inkomens: een groot deel van hun inkomen gaat op aan voor hen dure zorg. Dit geeft druk op de overheid om de lage inkomens te compenseren. De belastingdruk neemt daardoor toe met als gevolg dat arbeidsaanbod wordt ontmoedigd en de economische groei wordt geremd. Solidariteit in de zorg heeft een prijs in de vorm van een lager nationaal inkomen. Omdat dit stelsel weinig prikkels aan de vraagzijde (bij patiënten) bevat, is regulering van het aanbod (de zorgverleners) door verzekeraars of de overheid noodzakelijk om het gebruik van de zorg af te remmen. Sturing vindt plaats door prikkels voor (groepen van) zorgaanbieders en verzekeraars, aangevuld met vormen van budgettering. Veel druk ligt op de afbakening van het verzekeringspakket en protocollering van de zorg.

II. Uniforme zorg met eigen betalingen (linksonder)

In deze wereld wordt vastgehouden aan uniforme zorg en een breed basispakket. Zorg wordt als een collectieve verantwoordelijkheid gezien. Maatschappelijke normen overheersen en er is weinig ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid voor de consument. Om de uitgaven te beheersen, wordt de risicosolidariteit afgezwakt en de verzekering beperkt tot de hoge kosten, zowel in de curatieve, als de ouderenzorg. Het eigen risico wordt verhoogd, vooral voor behandelingen die gevoelig zijn voor moreel gevaar. Deze financiële prikkels zorgen ervoor dat de totale uitgaven beter onder controle blijven. Verschillen in inkomen die daardoor ontstaan, worden geaccepteerd. De zorgsolidariteit blijft wel gehandhaafd. Dat gebeurt door een uniform aanbod van zorg van hoge kwaliteit. De zorg wordt aangeboden in natura en topping up wordt ontmoedigd. Voor de zorg geldt 'one size fits all'; de enige keuze die consumenten hier wordt geboden, is om meer of minder zorg af te nemen.

Bij de afbakening van het verzekeringspakket staat net als in de eerste wereld de zorgsolidariteit voorop. Daarom worden dure behandelingen voor ernstige ziekten toegelaten, ook wanneer zij niet kosteneffectief zijn.

Preventie wordt als een collectieve verantwoordelijkheid gezien. Bijzondere aandacht gaat uit naar kinderen. Omdat mensen meer voor hun eigen zorg moeten betalen, worden zij meer dan in de eerste wereld gestimuleerd om beter op hun gezondheid te letten en zo toekomstige kosten te voorkomen. Obesitas, roken en drank- en drugsgebruik worden in collectieve programma's bestreden. Passend bij deze wereld gebeurt dit vooral met financiële prikkels zoals hoge accijnzen op alcohol en tabak, vergoedingen voor programma's om te stoppen met roken en belasting op vet en suikers (zie hoofdstuk 8). De prikkel tot preventie wordt verder versterkt door premieverschillen in de zorgverzekering toe te staan op basis van gezondheid en zorgkosten in het verleden.

De verzekering van de ouderenzorg beperkt zich tot de grote, goed objectiveerbare risico's. Begeleiding en huishoudelijke hulp vallen buiten de verzekering, evenals kleinere uitgaven zoals de rollator en (kleinere) aanpassingen aan de woning. De geboden zorg blijft wel voor iedereen gelijk. De zorg is sterk formeel geregeld en biedt iedereen een hoge kwaliteit. Door de naturaverstrekking past een voorzieningenstelsel met het oog op kostenbeheersing beter dan een verzekeringsstelsel. Vrij te besteden persoonsgebonden budgetten (pgb's) en persoonsvolgende budgetten (pvb's), die recht geven op gecertificeerde zorg, spelen in deze wereld geen rol van betekenis.

Het stelsel van zorgverzekeringen in Singapore kan hier als voorbeeld dienen. In dat land gelden voor de Medishield-verzekering eigen risico's die variëren van 600 tot 1800 euro, met daar bovenop eigen betalingen die variëren van 10 tot 20% van de medische kosten zonder maximum. Om te voorkomen dat mensen door ziekte in de financiële problemen komen, is een stelsel van verplicht zorgsparen ingevoerd, Medisave. Hierdoor worden buffers opgebouwd om de risico's in de zorgkosten op te vangen. Schokken in ziektekosten kunnen op deze manier goed over een langere periode worden gespreid. Een andere manier om de effecten van onverwachte zorgkosten te verzachten, is om het eigen risico inkomensafhankelijk te maken. Doordat zorg voor de hoge inkomens een kleiner deel van hun budget uitmaakt, kunnen zij schokken in zorgkosten eenvoudiger opvangen dan mensen met een laag inkomen. Hiermee wordt voorkomen dat het welvaartsverlies van onzekerheid de lage inkomensgroepen onevenredig zwaar treft.

Omdat de eigen betalingen voor sterkere financiële prikkels aan de vraagzijde zorgen, is de regulering van de aanbodzijde van de zorg in deze wereld minder stringent. Er is meer ruimte voor concurrentie tussen verzekeraars, waardoor de dynamiek en innovatie aan de aanbodzijde kan verbeteren. Gereguleerde concurrentie, zoals wij die in Nederland kennen, past in deze wereld beter dan in de wereld van ruim verzekerde collectieve zorg.

Effect op de economie

De eigen betalingen en mogelijk ook de premiedifferentiatie helpen om de uitgaven af te remmen. De premies kunnen daardoor lager zijn dan in de eerste wereld, wat gunstig is voor de economie. Tegenover het inleveren van risicosolidariteit staat dus een winst in de vorm van hogere economische groei. Niettemin zal ook in deze wereld het royale verzekeringspakket de inkomenssolidariteit tussen hoge en lage inkomens onder druk kunnen zetten, vooral wanneer de zorguitgaven in de toekomst sterk stijgen.

III. Consument betaalt en bepaalt (linksboven)

In deze wereld worden de financiële risico's zoveel mogelijk bij de consument gelegd en wordt het idee van zorg als een collectief goed losgelaten. In deze wereld staan de individuele voorkeuren en de eigen verantwoordelijkheid voorop, zowel in de keuze van de zorg, als in de financiering. De consument betaalt en bepaalt. Om recht te doen aan individuele voorkeuren, is er veel ruimte voor keuze van verzekeraar en aanbieders.

De collectieve zorg beperkt zich tot een vangnet met een minimumniveau van zorg voor de zwakkeren en de lage inkomens. Het verzekerde pakket in dit vangnet is smal. Bij de afbakening van het pakket wordt louter gekeken naar de afweging tussen kosten en baten. De kosteneffectiviteit is leidend, ziektelast als zodanig is niet langer een criterium. Eigen betalingen voor minder noodzakelijke behandelingen worden ingezet om onnodig zorggebruik te beperken.

Verzekeraars bieden een palet aan aanvullende zorgverzekeringen, waarbij mensen kunnen kiezen tussen goedkopere en duurdere pakketten. Door hoge eigen betalingen worden deze verzekeringen beperkt tot zorg met grote risico's. Door averechtse selectie en gebrekkige coördinatie tussen verzekeraars –bijvoorbeeld in het ontwikkelen van standaardpakketten en administratieve systemen– ontwikkelt deze markt zich slecht. Hier ligt een taak voor de overheid om via regulering, of eventueel subsidies, de markt voor aanvullende verzekeringen goed te laten werken. Zonder goede aanvullende verzekeringen leiden vooral mensen met een hoog inkomen en goede gezondheid een welvaartsverlies.

Differentiatie kan ook door verschillende pakketten aan te bieden binnen collectieve regelingen. In de VS spelen werkgevers hierbij een belangrijke rol. Zorgverzekeringen maken deel uit van het onderhandelingspakket tussen werkgevers en werknemers. De overheid stimuleert het afsluiten van ziektekostenverzekeringen door de ziektekostenpremie aftrekbaar te maken voor de belastingen. Er ontstaat een sterke differentiatie in verzekeringen met daarbij behorende zorg, waarbij voor hoogopgeleiden duurdere verzekeringen worden afgesloten dan voor lager opgeleiden. De private zorgverzekeringen zijn deels georganiseerd in *health maintenance organizations* (HMO) die een combinatie van verzekering en zorg in natura bieden. Net als bij pensioenen in Nederland ontstaat zo –naast de eerste pijler van de collectieve basisvoorziening– een tweede pijler met aanvullende verzekeringen. En ook net als bij pensioenen is hier goede overdraagbaarheid van verzekeringen essentieel om te voorkomen dat werknemers in hun baan worden opgesloten. Dat ontbreekt echter in de VS. Door gebrek aan regulering en standaardisatie is de verzekeringsmarkt zeer imperfect. Wij rekenen de VS daarom meer tot de wereld van 'de consument bepaalt en betaalt', dan tot die van 'gedifferentieerde verzekering en zorg'.

Een gezonde leefstijl is primair de verantwoordelijkheid van mensen zelf, paternalistische motieven spelen geen rol in het preventiebeleid van de overheid. Gezondheid wordt in deze wereld beschouwd als een investering waarvoor mensen zelf verantwoordelijk zijn. Gezondheidsverschillen die daardoor ontstaan, worden geaccepteerd. Of volwassenen te veel eten en roken, drugs gebruiken en te weinig bewegen, het wordt grotendeels aan hen zelf overgelaten. Correctie door de overheid is beperkt tot de overlast die ongezond gedrag aan anderen kan veroorzaken, zodat accijnzen op alcohol en tabak blijven bestaan. Een gezonde leefstijl mag lonen, bijvoorbeeld door premies te differentiëren naar de verifieerbare kenmerken van gezondheid (bmi, leeftijd, zorgkosten in de afgelopen jaren).

De ouderenzorg behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van het individu. De rol van de overheid beperkt zich tot een vangnetvoorziening voor de allerzwaksten. Mensen kunnen zich verzekeren voor ouderenzorg op de private markt, maar deze markt is gebrekkig.

Averechtse selectie en gebrekkige coördinatie maken de verzekering duur en minder aantrekkelijk. Bovendien zijn mensen kortzichtig en zien ze de noodzaak om zich te verzekeren onvoldoende of te laat in. Deze situatie doet zich in veel landen voor, zoals in de VS en Engeland, waarbij zich gradaties voordoen in de kwaliteit en omvang van het vangnet. Om de risico's van ziekte en zorg op te vangen, is het voor huishoudens verstandig om financiële buffers aan te houden. Dit wordt aan het individu overgelaten; er is geen gedwongen vorm van zorgsparen. Wel past in deze wereld een flexibel pensioenstelsel waarbij individuen in slechte tijden hun premiebetaling kunnen aanpassen, of extra pensioen kunnen opnemen. Een pensioenstelsel op basis van individuele pensioenrekeningen past hierbij beter dan een collectief pensioenstelsel zoals thans in Nederland.

Effect op de economie

Deze wereld wint door een grotere keuzevrijheid in zorg en daardoor betere aansluiting bij individuele voorkeuren. Keerzijde is een groter falen op de verzekeringsmarkt. Door de grotere diversiteit in het aanbod treedt ook een verlies aan schaalvoordelen op en neemt de standaardisatie in de zorg af. Het effect op de economie is moeilijk te voorspellen; enerzijds vormt de lage verzekeringsgraad een flinke rem op de zorguitgaven, waardoor de premies laag blijven met een gunstig effect op de economie. Daar staat echter het welvaartsverlies van de slecht functionerende verzekeringsmarkt tegenover, die vooral de hogere inkomens en gezonde mensen treft.

IV Gedifferentieerde verzekering en zorg (rechtsboven)

Door het aanbieden van verschillende verzekeringen wordt de zorg afgestemd op de uiteenlopende voorkeuren van consumenten. De risicosolidariteit blijft gehandhaafd: iedereen is verzekerd en de eigen risico's zijn laag. In financiële zin biedt deze wereld dus zekerheid door collectieve verzekeringen op maat. Door de verzekering binnen nieuwe collectieven te organiseren, sluit de zorg beter aan bij de voorkeuren van deze collectieven. De keuzevrijheid ligt in deze wereld dus vooral bij de keuze van de verzekering.

Binnen iedere verzekering kan de zorg in natura plaatsvinden, bijvoorbeeld door bepaalde ziekenhuizen en artsen te contracteren of door bepaalde typen zorg wel en niet te dekken. Omdat in de praktijk deze nieuwe collectieven ook mensen verenigen met verschillende voorkeuren, passen uitkeringen in de vorm van een variabel verzekerd bedrag ook goed bij deze wereld, zeker bij de ouderenzorg. Bij de afbakening van zorgpakketten staat kosteneffectiviteit voorop. Ziektesolidariteit of ziektelast is geen apart criterium; het gaat om efficiënte verzekeringen. Hoe ver de differentiatie in de zorg gaat, zal van geval tot geval verschillen. Bij zaken als huisvesting, één- of meerpersoonskamers, wachttijden in ziekenhuizen en persoonlijke verzorging is differentiatie eenvoudiger voor te stellen dan bij de noodzakelijke medische ingrepen, zoals een blindedarmoperatie of een levertransplantatie. Gemiddeld zal de wens tot differentiatie in de ouderenzorg groter zijn dan bij de curatieve zorg. Maar ook binnen de curatieve zorg is er een grijs gebied (hoofdstuk 4) van meer of minder noodzakelijke ingrepen, van nieuwe dure behandelingen, van minder belastende –minder invasieve– behandelingen, waarvoor de een zich wel en de ander zich niet zal willen verzekeren.

Preventie is in deze wereld in beginsel eigen verantwoordelijkheid, maar mensen kunnen ook –via keuze van hun verzekering– voor meer collectieve systemen kiezen. Groepsbinding en groepsdruk kunnen mensen over de streep trekken om hun leefstijl aan te passen. In deze wereld wordt dit op kleinere schaal georganiseerd, door de zorgverzekeraar, door afspraken met werkgevers, of door initiatieven op gemeentelijk niveau. Landelijke campagnes en maatregelen van de rijksoverheid zijn minder passend. De overheid probeert preventie gericht op kinderen zoveel mogelijk te delegeren en grijpt pas in als maatschappelijke initiatieven tekortschieten.

Het voordeel van ouderenzorg is dat wij ons ruim van tevoren kunnen verzekeren. Een goed moment kan zijn om dit na je vijftigste te doen. Dan zijn de grootste kosten van kinderen achter de rug en wordt men zich meer bewust van de ‘oude dag’. Dit kan een gedifferentieerd aanbod van verzekeringen opleveren. Systemen met automatische inschrijving, met de optie deze te kunnen opzeggen, kunnen helpen om mensen over de streep te trekken. Voor objectief vast te stellen zorgbehoefte kan de verzekering worden uitgekeerd in de vorm van een uitkering of pgb (persoonsgebonden budget, vrij te besteden aan zorg) of een pvb (persoonsvolgend budget, vrij te besteden aan gecertificeerde zorg). Voor zorg die minder goed indiceerbaar is, kunnen alternatieve verzekeringspakketten via nieuwe collectieven worden aangeboden.

Regulering door de overheid is in deze wereld essentieel voor goed werkende verzekeringsmarkten. De overheid kan zorgen voor goede afstemming tussen verzekeringen, en standaardisatie opleggen. Ook kan de overheid mensen stimuleren zich te verzekeren door verzekeringsplicht of –in een lichtere variant– door systemen van automatische inschrijving met optie tot uittreden. In verschillende landen worden verzekeringen gesubsidieerd door de premies voor ziektekostenverzekeringen fiscaal aftrekbaar te maken voor werknemers en werkgevers.

Voor de curatieve zorg kan het verzekeringsstelsel in Australië als voorbeeld dienen, met een basisvoorziening, Medicare, aangevuld met een systeem van gereguleerde semi-collectieve verzekeringen (zie paragraaf 11.3.3). Ook Duitsland kent naast een basisverzekering een stelsel van gestandaardiseerde particuliere verzekeringen voor hogere inkomensgroepen, maar de verschillen tussen de basis- en particuliere verzekeringen zijn beperkt.

Effect op de economie

Door de betere afstemming op de individuele voorkeuren verbetert de allocatieve efficiëntie. De premies zijn nu voor iedere groep afgestemd op de geboden zorg; de premies zijn actuarieel fair. Het zorgstelsel speelt hierdoor geen rol meer in het herverdelen tussen hoge en lage inkomens; de inkomensherverdeling loopt nu volledig via het fiscale stelsel, dat wil zeggen via het stelsel van sociale uitkeringen en belastingen. Bij een stijging van de zorguitgaven is er in dit systeem daarom geen druk tot herverdeling en dus ook geen verlies van economische groei. Hoge inkomens betalen nu meer voor zorg, maar krijgen daarvoor ook betere zorg terug. Tegenover de welvaartswinst van betere afstemming op de voorkeuren (allocatieve efficiëntie) staat een verlies aan zorgsolidariteit; er treden verschillen op in de zorg. Hoe de zorguitgaven zich in totaal gaan ontwikkelen, is moeilijk

voorspelbaar. Enerzijds kan voor de lagere inkomens voor een soberder pakket worden gekozen; maar de hogere inkomens kunnen juist hun pakket uitbreiden. Omdat de zorgverzekering niet meer verstorend is, speelt ook de totale uitgavenstijging economisch gezien een minder belangrijke rol dan in de stelsels met uniforme collectieve zorg.

De grotere risicosolidariteit betekent dat er in deze wereld een geringere prikkel is om het zorggebruik af te remmen. De zorguitgaven zijn hierdoor groter dan in de wereld van de 'consument betaalt en bepaalt' waar de verzekeringsgraad lager is. De keuze is hier echter – zoals steeds – niet zwart-wit: ook binnen de wereld van gedifferentieerde verzekeringen zijn grotere of kleinere eigen betalingen denkbaar.

11.3.2 Economische effecten samengevat

Ieder van de vier werelden biedt een plausibel en consistent beeld voor de toekomst, maar wel met duidelijk andere uitkomsten. Wij vatten de vier werelden nog een keer samen aan de hand van de uitkomsten op vier kenmerken:

- Financiële zekerheid bij ziekte en gebrek (risicosolidariteit);
- Afstemming van zorg op voorkeuren (allocatieve efficiëntie);
- Gelijkheid in zorg (zorgsolidariteit);
- Werkgelegenheid en bbp (bij huidig mix van nominale en inkomensafhankelijke premies).

Tabel 11.1 geeft een overzicht van de kwalitatieve scores van de alternatieve werelden. De scores zijn af te leiden uit de positie in de vier kwadranten van het assenstelsel; het gaat om de relatieve scores ten opzichte van elkaar (gemeten ten opzichte van het middenpunt waar de twee assen elkaar snijden). Het spreekt voor zich dat tal van andere aspecten ook van belang zijn, zoals de kwaliteit van de zorg, het effect op gezondheid en de omvang van de totale zorguitgaven. Het is mogelijk om de scenario's verder in te vullen; dat gaat echter te ver voor deze studie. Wij beperken ons hier tot de vier kenmerken die samenhangen met de assen van het diagram.

Tabel 11.1 Vier werelden beoordeeld op vier kenmerken

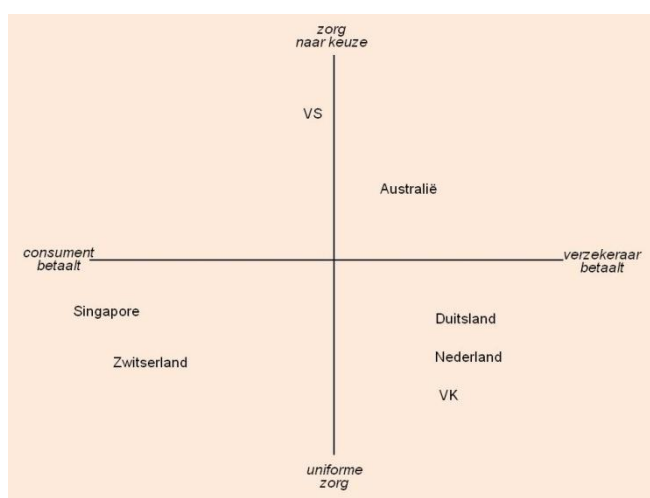
	Financiële zekerheid (waarde van verzekering)	Afstemmen op voorkeuren (allocatieve efficiëntie)	Gelijkheid in zorg	Werkgelegenheid en bbp
I - Brede collectieve zorg, ruim verzekerd	+	-	+	-
II - Uniforme zorg met eigen betalingen	-	-	+/-	+/-
III - Consument betaalt en bepaalt	-	+/-	-	+
IV - Gedifferentieerde verzekering en zorg	+	+	-	+/-

In wereld I - *Brede collectieve zorg, ruim verzekerd* - staan een hoge verzekeringsgraad en solidariteit in de zorg voorop. Dit scenario scoort daarom zeer goed op financiële zekerheid en gelijke kansen op zorg en gezondheid. De keerzijde is dat de prikkels voor efficiëntie kleiner zijn en de zorg minder goed is afgestemd op de voorkeuren. Daarom is de score op werkgelegenheid en bbp laag, evenals die op allocatieve efficiëntie. Wereld II - *Collectieve zorg met eigen betalingen* handhaaft de uniformiteit in de zorg, maar legt meer financiële risico's bij de consument. De financiële zekerheid neemt hierdoor af. De score op gelijkheid is onzeker; het pakket is wel voor iedereen hetzelfde, maar het eigen risico kan een belemmering zijn voor toegang tot de zorg. Ook de score op bbp is onzeker; enerzijds remmen de eigen betalingen het gebruik af en daardoor zijn premies lager, anderzijds is het pakket in deze wereld breed, wat de premie juist hoger maakt. In de derde wereld waarin de *consument betaalt en bepaalt*, wordt de gelijkheid in de zorg losgelaten. Ook de financiële zekerheid is laag door gebrek aan verzekeringen. De premies zijn laag wat een gunstig effect heeft op de werkgelegenheid. Voor de allocatieve efficiëntie is het beeld gemengd; enerzijds is er meer keuzevrijheid waardoor de zorg op de voorkeuren kan worden afgestemd; anderzijds gooit een imperfecte verzekeringsmarkt roet in het eten, waardoor velen niet de verzekering kunnen krijgen die ze zouden willen. Wereld IV - *Gedifferentieerde verzekering en zorg* kiest voor allocatieve efficiëntie boven gelijkheid in de zorg. Tegelijkertijd worden de financiële risico's beperkt door verzekeringen per groep te organiseren. Door die differentiatie in verzekerde zorg wordt het versturende effect op de werkgelegenheid en het bbp voorkomen. Wel is de prikkel tot uitgavenbeperking in de zorg kleiner waardoor dit positieve effect weer –voor een deel– verloren kan gaan.

11.3.3 Alternatieve verzekeringsstelsels: internationale vergelijking

In de wereld om ons heen zien wij een grote diversiteit aan zorgstelsels. Wij zien ook dat verschillende keuzes worden gemaakt bij het verzekeren van de curatieve zorg en het verzekeren van de ouderenzorg. Daarbij is het mogelijk dat bij de curatieve zorg voor een sterk collectief stelsel wordt gekozen, terwijl de ouderenzorg aan de eigen verantwoordelijkheid van de consument wordt overgelaten.

Figuur 11.5 Verzekering van curatieve zorg, internationaal vergeleken



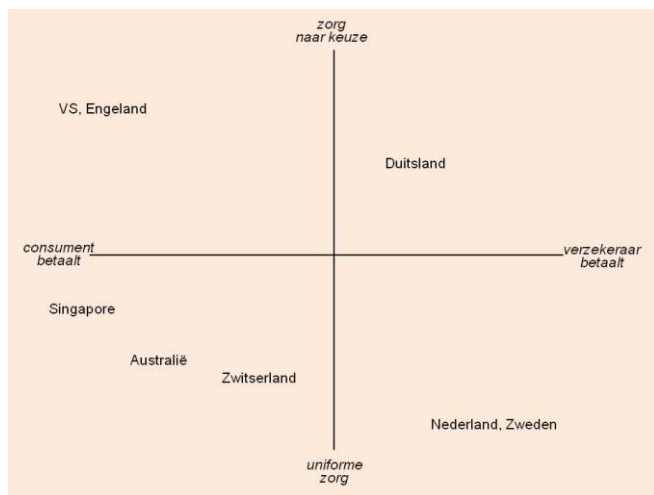
Figuur 11.5 schetst welke keuzes diverse landen hebben gemaakt voor de curatieve zorg. Het is een momentopname, want het landschap is voortdurend in beweging. Omdat de Zvw een brede basisverzekering voor iedereen is, past het Nederlandse stelsel, net als dat van Duitsland en Engeland, in het kwadrant rechtsonder. De uniformiteit van zorg is in Engeland iets groter, omdat patiënten binnen de NHS minder keus hebben dan binnen de Zvw.

Het Zwitserse stelsel lijkt heel sterk op het Nederlandse, met één uitzondering: het eigen risico. Het wettelijk eigen risico bedraagt CHF 300. Daar bovenop betaalt men 10% van de medische kosten tot een maximum van CHF 700 op jaarbasis. Samen is dat CHF 1000, oftewel 815 euro. Daar komen dan nog enkele specifieke eigen betalingen bij voor ziekenhuisverblijf en geneesmiddelen. In het stelsel van Singapore speelt zorgsparen, Medisave, een belangrijke rol. Daardoor is de zorgverzekering beperkt tot een verzekering voor zeer grote risico's (Medishield) en een vangnetvoorziening (Medifund). Dit plaatst Singapore links op de as van risicosolidariteit.

De Verenigde Staten en Australië zijn voorbeelden van landen met meer differentiatie in het voorzieningenniveau. Australië heeft als aanvulling op de basisvoorziening Medicare een systeem van gereguleerde particuliere verzekeringen. De aanvullende verzekeringen garanderen een snellere en kwalitatief betere behandeling in private ziekenhuizen. De particuliere verzekeraars hebben een acceptatieplicht en ze mogen geen onderscheid maken naar persoonskenmerken, zoals gezondheid. De premies worden met 30% gesubsidieerd. Mensen met een hoog inkomen die er voor kiezen zich niet aanvullend te verzekeren, betalen een boeteopslag op de Medicare-premie. Ook de VS kent met Medicare, Medicaid en het Veterans Program een omvangrijke publieke regeling. De private verzekeringen via werkgevers worden gesubsidieerd in de zin dat de premies aftrekbaar zijn voor de belastingen, een lichte vorm van regulering. De risicosolidariteit was tot 2013 laag, gezien het grote aantal onverzekerden en onderverzekerden en gezien het feit dat particuliere verzekeraars uitgebreid aan risicoselectie doen. Obamacare brengt daar verandering in. Vrijwel alle Amerikanen worden verplicht om een verzekering af te sluiten, of anders een boete te betalen. Een grotere groep gaat onder Medicaid vallen. Bovendien neemt de regulering van private verzekeringen toe. Er komt een mogelijkheid om via zogeheten *exchanges* met subsidie een verzekering te kopen. Deze mogelijkheid is vooral bedoeld voor mensen die geen verzekering via hun werkgever hebben. De subsidies zijn beschikbaar voor Amerikanen met inkomen tot 400% van de armoedegrens. Verder komen er tijdelijke belastingvoordelen voor kleine ondernemingen voor het aanbieden van een zorgverzekering aan hun werknemers.

De verzekeringsgraad ligt bij de ouderenzorg in de meeste landen veel lager dan bij de curatieve zorg (vergelijk figuur 11.6 met figuur 11.5). Dit is opvallend, omdat juist voor ouderenzorg de kosten heel onzeker, maar ook heel hoog kunnen zijn; hoofdstuk 7 laat dan ook zien dat de waarde van het verzekeren van ouderenzorg hoog is. De belangrijkste verklaring voor dit verschil is dat in veel landen ouderenzorg niet verzekerd is via collectieve regelingen, maar dat een groot beroep wordt gedaan op de kinderen, financieel of in de vorm van verzorging. Daarnaast speelt een rol dat er de nodige imperfecties zijn op de verzekeringsmarkt voor ouderenzorg.

Figuur 11.6 Verzekering van de ouderenzorg internationaal vergeleken



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. Deze landen staan daarom links op de as van risicosolidariteit. De hoge eigen bijdragen in Singapore worden, net als in de curatieve zorg, afgedwongen door Medisave, het verplichte systeem van zorgsparen dat ook van toepassing is op familieleden. Het Amerikaanse en Engelse systeem van ouderenzorg beperkt zich tot een elementaire vangnetvoorziening. Mensen die niet in aanmerking komen voor de vangnetvoorziening, moeten hun ouderenzorg helemaal zelf regelen. Zowel de zorgsolidariteit als de risicosolidariteit zijn laag, zodat beide landen linksboven in figuur 11.6 zijn gepositioneerd. In Duitsland garanderen de gemeenten een vangnetvoorziening en verschaft de *Pflegeversicherung* bij ernstige hulpbehoefendheid een persoonsvolgend budget. Door deze specifieke uitkeringsvorm hebben de gebruikers een grote mate van autonomie in de besteding.

Private ouderenzorgverzekeringen spelen geen grote rol van betekenis, omdat het marktfalen te groot is. Afgezien van Duitsland is ook nergens sprake van overheidsregulering van de private ouderenzorgverzekeringen om de marktfalens te corrigeren. Dat is opmerkelijk, omdat veel mensen baat zouden hebben van een goed georganiseerde markt voor private verzekeringen voor ouderenzorg. Of wellicht semi-private verzekeringen, vergelijkbaar met onze aanvullende pensioenen.

11.4 Hoe robuust zijn deze werelden bij hoge groei van de zorguitgaven?

11.4.1 Medische technologie

De toekomstige groei van de zorguitgaven is mede afhankelijk van de snelheid waarmee de medische technologie zich ontwikkelt. In iedere wereld zijn aanpassingen nodig bij deze hoge groei van de zorgmogelijkheden en -uitgaven. In de ene wereld is dat echter eenvoudiger dan in de andere wereld. In het algemeen zullen werelden die sterk gebaseerd zijn op solidariteit, financieel en in zorg, meer moeite hebben om hoge uitgavengroei op te

vangen dan werelden waarin efficiëntie meer vooropstaat. Tegelijkertijd wordt verzekeren belangrijker wanneer de zorguitgaven een groter deel van het huishoudbudget uitmaken; met de uitgaven nemen ook de risico's toe. Het blijft een kwestie van kiezen.

Bij hoge groei van de uitgaven zorgt de wereld van *brede collectieve zorg, ruim verzekerd* voor goede verzekering van de groeiende risico's; dat draagt bij aan welvaart. Dat gaat wel gepaard met een stijgende marginale belastingdruk, waarbij een premiestijging met 10%-punt niet ondenkbaar is (zie het scenario *Betere Zorg* in tabel 3.3). Deze hoge premie drukt de werkgelegenheid en economische groei. Om dit te voorkomen kan de overheid de uitgavengroei beperken, zowel aan de vraagzijde via eigen betalingen, als aan de aanbodzijde door bijvoorbeeld sterkere budgettering van het aanbod. Er ontstaat dan druk om de uitgaven af te remmen ten koste van de kwaliteit en de risicosolidariteit, met ook als risico dat hogere inkomens hun heil in het buitenland gaan zoeken. In dat geval ontstaat er druk op de solidariteit in de zorg. De overheid kan er ook voor kiezen om de premiestijging in de zorg te accepteren als prijs voor de solidariteit en de wens om zorgkosten goed verzekerd te houden. De prijs uit zich in een negatief effect op de werkgelegenheid en het bbp van circa vijf procent.

Ook in de wereld van *uniforme zorg met eigen betalingen* leidt de hoge uitgavenstijging tot hogere premies en daardoor tot negatieve effecten op de economie. Het negatieve effect is iets kleiner dan de vijf procent uit de vorige wereld, dankzij het systeem van eigen betalingen. Dit negatieve effect kan aanleiding vormen om de eigen betalingen verder te verhogen om zo vast te kunnen houden aan het ideaal van brede uniforme zorg. De hoge eigen betalingen gaan echter een belemmering vormen voor de toegankelijkheid van de zorg voor de lagere inkomens. Mogelijke oplossingen hiervoor zijn verplicht zorgsparen om de financiële buffers te vergroten; integratie van zorgverzekering met pensioenen om financiële schokken goed over de levensloop te kunnen uitsmeren; of een aanvullend financieel vangnet voor mensen met een laag inkomen. Een alternatief is om de kosten van de zorg te verlagen door aanpassing van het verzekerde pakket. In dat geval treedt een beweging naar grotere differentiatie in de zorg op omdat meer zorg onder de aanvullende verzekeringen gaat vallen.

In de wereld *consument betaalt en bepaalt* leiden hoge zorguitgaven tot grote financiële risico's voor de consumenten. De collectieve uitgaven blijven wel beheersbaar, maar de consument wordt gedwongen tot scherpere keuzes bij het beroep op zorg. De nieuwste medische behandelingen en medicijnen zijn alleen nog weggelegd voor de rijken. Consumenten moeten meer gaan sparen om de onzekerheden in zorgkosten op te vangen. Omdat zorg een groot deel van het huishoudinkomen wordt, neemt de behoefte aan verzekeren van de risico's toe, ook bij de hogere inkomens.

In de wereld met *gedifferentieerde verzekeringen en zorg* zullen de premies in overeenstemming met de gewenste zorgconsumptie stijgen. De verschillen tussen de zorgpakketten nemen toe, waarbij vooral de pakketten voor hogere inkomens zullen profiteren van de kwaliteitsverbeteringen in de zorg. Verzekeringspakketten voor de lage inkomens moeten scherpere keuzes maken om de premie betaalbaar te houden. Ondanks de

stijging van de zorguitgaven vindt er geen verstoring van de economie plaats: de stijgende zorguitgaven weerspiegelen de voorkeuren voor betere en duurdere zorg. Wel neemt de druk verder toe om inefficiënties in het systeem verder te beperken. Controle op indicatie en een actieve rol van verzekeraars wordt belangrijker en aan de vraagzijde moet het gebruik worden afgeremd door hogere eigen betalingen.

11.4.2 Beter opgeleide en kritische consumenten

De toekomstige keuze tussen de vier werelden hangt niet alleen af van de kostenontwikkeling. Minstens even belangrijk, en waarschijnlijk belangrijker, is de maatschappelijke ontwikkeling. Hoe ontwikkelt de solidariteit zich in de toekomst? Zeker is dat de toekomstige consument hoger opgeleid is dan de huidige en over betere informatie beschikt over zijn gezondheid en over het brede aanbod van zorgaanbieders. Wanneer huidige trends doorzetten, zal dat binnen iedere wereld leiden tot hogere eisen die aan de zorg worden gesteld. Bij collectief georganiseerde zorg neemt de noodzaak tot maatwerk en kwaliteit toe. Het wordt moeilijker om de zorg in Nederland achter te laten lopen bij de technologische mogelijkheden die internationaal worden geboden. Dit kan leiden tot verdere opwaartse druk op de kosten.

Binnen de werelden met gedifferentieerde zorg lijkt deze trend eenvoudiger opgevangen te kunnen worden. Hogere opleiding en grotere transparantie in de zorg stellen de consument in staat bewuste keuzes te maken over preventie, gezondheid en zorg. Internet en sociale media bieden ruimte voor eigen initiatieven van nieuwe collectiviteiten om zorg onderling te regelen, bijvoorbeeld in de ouderenzorg. Regulering door de overheid blijft wel nodig om imperfecties op de verzekeringsmarkt te bestrijden.

11.5 Kwantitatieve indicatie van de economische effecten

De keuze tussen de werelden zijn principieel van aard en hangen samen met maatschappelijke opvattingen en voorkeuren. Informatie over kosten en baten is van belang om de alternatieven af te wegen. Op basis van analyses in de voorgaande hoofdstukken van deze studie kan een voorzichtige indruk worden gegeven van de orde van grootte van de economische effecten. In de eerste plaats hebben we in hoofdstuk 7 gezien dat verzekeren van zorgkosten van grote waarde is. En die waarde neemt toe wanneer de individuele zorguitgaven in de toekomst een groter deel van het huishoudbudget bepalen. Met een eenvoudige som is de potentiële waarde van verzekeren van ouderenzorg berekend op ruim 10% van de consumptie over de levensloop. Voor de curatieve zorg is de potentiële winst geringer, namelijk 7%. Dit verschil zit in de veel grotere spreiding van de kosten voor ouderenzorg. Deze waarden gaan ervan uit dat huishoudens tegenvallers over een lange tijdshorizon kunnen uitsmeren. Als dat niet zo is, dan is de winst van verzekeren aanmerkelijk groter.

Wanneer in de toekomst de zorguitgaven verder stijgen, neemt het belang van verzekeren toe. Een verdubbeling van de zorgquote –het aandeel van zorg in de totale individuele consumptie– zoals in het hoge groeiscenario betekent dat de waarde van verzekeren met een

factor vier toeneemt. In het lage groeiscenario waar de zorgquote met vijftig procent stijgt, neemt de waarde van verzekeren met ruim een factor twee toe.

Een hoge waarde van verzekeren betekent niet dat maximaal verzekeren optimaal is; de welvaartswinst neemt af naarmate de verzekeringsgraad stijgt. Uiteindelijk moet de waarde van verzekeren worden afgewogen tegen de kosten van het wegvallen van de prikkel voor matiging van het gebruik. Vaak wordt aangenomen dat een 10%-punten lagere verzekeringsgraad een besparing in de uitgaven oplevert van 2%. In hoofdstuk 7 komen wij op grond hiervan uit op een optimale verzekeringsgraad van ongeveer 75%. Een belangrijke factor hierbij is de voorkeur voor risicosolidariteit, ofwel de risicoafkeer. Een lagere risicosolidariteit doet de optimale verzekeringsgraad al snel met 10 tot 20%-punten dalen. Dat zou dus een kostenbesparing in de zorg kunnen opleveren in de orde van grootte van 2 tot 4%.

Ook voor de allocatieve efficiëntie kan met een eenvoudige som een indicatie worden gevonden, zie hoofdstuk 6. Hierbij gaat het om de kosten van slechte afstemming op de voorkeuren bij uniforme verstrekking van de zorg. Als we ervan uitgaan dat het zorgpakket is afgestemd op een burger met een modaal inkomen, dan is er sprake van 'overconsumptie' van zorg voor de lagere inkomens en 'onderconsumptie' van zorg voor de hoge inkomens. Het totale waardeverlies hiervan kan becijferd worden op ½% tot 6% van het totale inkomen (bbp). Dit getal neemt evenredig toe, wanneer het aandeel van de zorg in het inkomen in de toekomst verder groeit. Bij een verdubbeling van het zorgaandeel, zoals in het hoge groeiscenario, komt het welvaartsverlies van een uniforme zorg dus uit op 1 tot 12% van het totale inkomen. Dit is de prijs van zorgsolidariteit.

De waarde van verzekeren en de allocatieve efficiëntie komen niet tot uitdrukking in de gebruikelijke berekeningen van het nationaal inkomen of bbp. We kunnen wel iets zeggen over de versturende effecten van inkomensafhankelijke zorgpremies op de werkgelegenheid en het bbp. Wanneer door invoering van eigen betalingen de zorguitgaven (en ook de premie) met 2 tot 4% van het bbp verlaagd kunnen worden, dan levert dit bij een arbeidsaanbodelasticiteit van 0,4 een positief effect op van 1 tot 1½% op de werkgelegenheid en het bbp. Dit kan worden beschouwd als de prijs van gelijkheid tussen de wereld met collectieve zorg met en zonder eigen betalingen. Het versturende effect kan nog verder dalen bij differentiatie in de verzekeringen en de zorg. De omvang hiervan is te onzeker om met een eenvoudige som uit te rekenen. Wel kunnen we iets zeggen over de effecten, wanneer in de toekomst de individuele zorguitgaven verder stijgen. Zoals wij in hoofdstuk 3 hebben gezien, kunnen de premies oplopen met 4 tot 14%, wat leidt tot een verlies aan bbp van 1½ tot 5% procent.

Deze cijfers geven aan dat de kosten van de zorg en de versturende effecten die daar het gevolg van zijn, toenemen. In geen van de werelden stuit de groei van de zorg op absolute grenzen binnen de gegeven tijdshorizon, ook niet in het hoge groeiscenario voor de zorg. De prijs van solidariteit neemt echter toe; dat geldt zowel voor risicosolidariteit als de zorgsolidariteit. Het ene stelsel is daar meer gevoelig voor dan het andere.

11.6 Conclusie

Hoe de zorg er in de toekomst uitziet is niet te zeggen, maar dat de zorg gaat veranderen, is zeker. De voortdurende uitgavenstijging in de zorg vereist fundamentele keuzes over de inrichting en de financiering van de zorg. De toekomstige consument is kritisch, goed opgeleid en beschikt over veel informatie over de mogelijkheden en kwaliteit van de zorg, in binnen- en buitenland. Tegelijkertijd zullen verschillen in gezondheid blijven bestaan, niet alleen tussen mensen met meer geluk in gezondheid en mensen met minder geluk, maar ook door ongelijke kansen voor mensen met lagere inkomens en met hogere inkomens. De verschillen in gezondheid zullen niet vanzelf verdwijnen en vereisen actief beleid, afhankelijk van de mate van solidariteit en maakbaarheid van de samenleving.

De zorg staat voor –ten minste- twee fundamentele keuzes. Ten eerste de afweging tussen de wens tot verzekeren (risicosolidariteit) en het streven om onnodig gebruik van zorg af te remmen. Ten tweede de afweging tussen het ideaal van gelijkheid in de zorg (zorgsolidariteit) en de wens om zorg af te stemmen op individuele voorkeuren. Deze twee fundamentele dimensies leiden tot vier mogelijke scenario's of werelden. Ieder van die werelden geeft een plausibel beeld van de toekomstige zorg.

De werelden verschillen echter wel in robuustheid; een snelle uitgavenstijging door nieuwe medische technologie kan eenvoudiger worden opvangen in een wereld waarin meer verantwoordelijkheid ligt bij de consument en waarin de zorg aansluit bij de individuele voorkeuren. De wereld met een sterk collectieve invulling van de zorg heeft meer last van de stijgende prijs van solidariteit dan een wereld waarbij de zorg aansluit bij de individuele voorkeuren. Keuzevrijheid helpt om dat laatste bereiken, maar kan op gespannen voet staan met een goed werkende verzekeringsmarkt. Inrichting van de zorg in de toekomst vereist daarom maatwerk, afhankelijk van de maatschappelijke voorkeuren en economische omstandigheden.

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

