



Centraal Planbureau

# Gezondheid loont | *Tussen keuze en solidariteit*



Toekomst  
voor de zorg

Hoofdstuk 6

*Verskillende mensen;  
dezelfde zorg*



## 6 Verschillende mensen; dezelfde zorg

Albert van der Horst en Jasper de Jong

Solidariteit uit zich in het streven naar kwalitatief goede zorg voor iedereen. Hierbij past een breed basispakket voor de Zvw en een voldoende aanbod van AWBZ en Wmo-voorzieningen.

Solidariteit kan zich echter ook uiten in een vangnet voor zorg, vergelijkbaar met bijstand en sociale huurwoningen. Een vangnet sluit beter aan bij argumenten om te differentiëren in zorg, omdat de één meer waarde hecht aan gezondheid en de zorg anders wil invullen dan de ander.

En omdat rijkere mensen meer te besteden hebben en dat deels aan zorg willen doen. En mogelijk ook om rekening te houden met verschillen in inzet en leefstijl. Deze argumenten pleiten voor het aanbieden van verschillende zorgpakketten en een lagere premie voor mensen met een gezonde leefstijl.

## 6.1 Gelijke toegang

Nederland is een van de koplopers in gelijke toegang tot gezondheidszorg, ongeacht inkomen. Minder dan 1% van de mensen geeft aan dat ze geen beroep op zorg doet vanwege afstand, wachtlijsten of financiële belemmeringen. Het laat zien dat Nederlanders nauwelijks zorg mislopen doordat 'ze zich dat niet kunnen veroorloven'. Dat geldt zowel voor mensen met een hoog, als met een laag inkomen. In andere landen is dat anders, zoals figuur 1.3 laat zien. Zo wordt in Frankrijk en Duitsland 4% van de mensen met een laag inkomen medische zorg onthouden, omdat ze het niet kunnen betalen.

In Nederland is iedereen verplicht verzekerd voor de curatieve zorg, met een basispakket dat ruim 80% van de curatieve zorgkosten dekt. In Nederland is iedereen verzekerd voor langdurige zorg; geen enkel ander land besteedt hieraan een groter deel van het bbp. De zorg in Nederland wordt dus gekenmerkt door een grote mate van uniformiteit. Met deze gelijke, of uniforme zorg bedoelen wij dat dezelfde aandoeningen voor iedereen verzekerd zijn en bovendien de kwaliteit van behandelingen voor iedereen gelijk is. Natuurlijk is het niet zo dat iedereen dezelfde zorg ontvangt – zelfs als je ziek bent bepaalt de arts (in overleg met de patiënt) welke zorg het beste past. Maar iedereen die ziek wordt, weet dat hij of zij daarvoor behandeld zal kunnen worden en dat de kwaliteit van de behandeling in principe voor iedereen gelijk is.

Differentiatie is wel mogelijk, tot op zekere hoogte. Bij de curatieve zorg kan men zich aanvullend verzekeren, of kiezen voor een hogere eigen risico. Bij de langdurige zorg kan gekozen worden voor particuliere verzorgings- of verpleegtehuizen in plaats van de AWBZ-gefinancierde instellingen. Maar opties als een soberder basispakket of een pakket waarbij alleen de hoge zorgkosten worden vergoed (en lage kosten uit eigen zak worden betaald), worden in Nederland niet aangeboden. Zou een vangnetvoorziening vergelijkbaar met bijstand en sociale huur een alternatief kunnen zijn voor de huidige collectieve zorgverzekeringen?

Dit hoofdstuk verkent de wens tot gelijkheid in gezondheidszorg en zet deze af tegen argumenten die pleiten voor variatie. Deze discussie mondt uit in twee beleidsopties die beter aansluiten bij individuele voorkeuren: differentiatie in het zorgpakket en een zorgpremie die afhankelijk is van leefstijl.

## 6.2 Argumenten voor differentiatie in zorg

Anno 2012 kent Nederland een verplichte zorgverzekering voor alle burgers, waarin niet alleen iedereen hetzelfde verzekerde pakket heeft, maar ook de kwaliteit van behandelingen weinig verschilt. Toch zijn er goede argumenten om te differentiëren in de gezondheidszorg, niet alleen in de preventieve sfeer maar ook voor de curatieve en langdurige zorg. Het eerste argument grijpt terug op het vorige hoofdstuk: zorg is een investering in gezondheid en het loont om deze investering af te stemmen met de opleiding en arbeidsinzet van mensen. Het tweede argument is vanuit individuele voorkeuren over hoe mensen hun geld zouden willen besteden: rijkere mensen zijn bereid om meer aan zorg uit te geven. Het derde argument is

dat inzet toeneemt als het meer oplevert. Dat geldt ook voor gezondheid, zowel in termen van leefstijl als van het werken aan herstel. Gezond gedrag neemt toe als mensen daarvoor worden beloond.

### 6.2.1 Werken aan goede gezondheid

Een deel van de zorg is te beschouwen als een investering in gezondheid. Dat geldt in eerste instantie voor preventie, zoals inentingen en preventieve tandzorg. Ook delen van de curatieve zorg kunnen als investering worden beschouwd, of beter gezegd, als het onderhouden van je gezondheid.

Mensen zetten zich verschillend in voor hun gezondheid, mede afhankelijk van de levensfase en werksituatie. Jonge mensen hebben een heel leven voor zich, en hebben daarom een groot belang in het behoud van hun gezondheid. Voor mensen met lichamelijk zware beroepen zijn een goede fysieke gezondheid en het voorkomen van slijtage van groot belang. En mensen met een hoge productiviteit (en dus hoger loon) hebben meer te verliezen als ze om gezondheidsredenen niet meer kunnen werken. Zij hebben dus goede redenen om gezond te leven en een beroep te doen op curatieve zorg van de hoogste kwaliteit.

Het verlengen van de verwachte levensduur door curatieve zorg is waardevol: het stelt mensen in staat om langer te werken en meer te consumeren, of om meer vrije tijd te genieten. Deze waarde is het grootst voor mensen met een hoog inkomen. Deze waarde is op jonge leeftijd hoog en neemt af naarmate mensen ouder worden en het einde hun carrière nadert. Recent onderzoek geeft aan dat het efficiënt is om jonge mensen met een hoge opleiding twee keer zoveel te laten investeren in hun gezondheid als jonge mensen met een lagere opleiding.<sup>74</sup> Op dit precieze verhoudingsgetal valt veel af te dingen. Wel is duidelijk dat vanuit het perspectief dat zorg een investering in gezondheid is, het optimaal is om vooral aan jonge mensen met goede carrièrekansen zorg van de hoogste kwaliteit te verlenen. Vanzelfsprekend staat deze vorm van efficiëntie op gespannen voet met solidariteit.

### 6.2.2 Betere zorg gewenst

In vergelijking tussen landen is het duidelijk: rijkere landen geven meer uit aan zorg.<sup>75</sup> En dat niet alleen, er zijn ook aanwijzingen dat rijkere landen een groter deel van hun inkomen aan zorg besteden. Dit duidt erop dat in rijkere landen de waarde van extra zorg groter is dan de waarde van andere bestedingen. Met extra zorg kunnen betere gezondheid en extra levensjaren worden 'gekocht'. De waarde hiervan (het marginaal nut) is hoger dan de waarde van extra uitgaven aan reizen, voedsel en andere consumptiegoederen.

Belangrijke vraag is of dit positieve verband tussen inkomen en zorg ook binnen een land geldt. Zijn rijkere mensen bereid om geld uit te geven aan kwalitatief betere maar ook duurder behandelingen? Het is lastig om deze vraag naar het *gewenste* zorggebruik te

---

<sup>74</sup> Ales, Hosseini en Jones (2012).

<sup>75</sup> Zie Getzen (2000) en Costa-Font e.a. (2011) voor twee overzichten van empirische schattingen naar de relatie tussen inkomen en zorg. Costa-Font e.a. (2011) presenteren een overzicht van de empirische schattingen op basis van regionale en nationale paneldata en vinden dat de schattingen uiteenlopen van 0 tot 2, met een gemiddelde van ongeveer 1.

beantwoorden op basis van beschikbare cijfers over het *feitelijke* zorggebruik. Daarvoor zijn twee belangrijke redenen. Allereerst hangt de gezondheid van personen op systematische wijze samen met het inkomen. Mensen met lage inkomens hebben in doorsnee een slechtere gezondheid en zullen daarom een groter beroep op zorg doen. Wanneer we het werkelijke verband tussen inkomen en zorgvraag proberen te bepalen, willen we dat juist doen voor een gegeven niveau van gezondheid. De tweede reden is dat de individuele vraag naar zorg moeilijk te meten valt, omdat bijna alle zorg verzekerd is. De hoogte van iemands inkomen speelt daarom in de praktijk nauwelijks een rol bij de beslissing om gebruik te maken van gezondheidszorg. Maar misschien zou iemand met een hoger inkomen wel gebruik willen maken van betere (en duurdere) technieken en medicijnen. Ook dat is in het huidige stelsel nauwelijks mogelijk, maar op individueel niveau wel wenselijk. Dit blijkt onder andere uit ouder onderzoek.<sup>76</sup> Vóór 1960 waren in de VS relatief weinig mensen verzekerd tegen zorguitgaven en moesten ze die uitgaven zelf betalen wanneer ze een behandeling kregen. Analyses van de relatie tussen inkomen en zorguitgaven vóór 1960 tonen aan dat zorggebruik positief samenhangt met inkomen. Dit beeld wordt bevestigd door meer recente studies. Zo geven in de VS de 20% rijkste huishoudens tweeënhalf keer zoveel uit eigen zak uit aan zorg als de 20% armste huishoudens, vooral aan ouderenzorg en thuiszorg.

Ook opinieonderzoek van het SCP (2012) laat zien dat ‘vrijwel iedereen (...) van mening is dat mensen met meer geld luxere zorg mogen kopen dan beschikbaar is in het collectieve pakket.’ Wel wijzen mensen op verschillen tussen typen zorg. Ook door mensen in de lage inkomensgroep wordt naar voren gebracht dat het momenteel al zo is dat mensen met meer geld naar privéklinieken gaan of een behandeling in het buitenland ondergaan. Aan de andere kant komt naar voren dat het bestaan van luxe zorg niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de basiszorg. Ook heel schaarse goederen als een donorhart mogen niet met voorrang aan de rijken worden verstrekt.

Mensen met een hoger inkomen hebben meer te besteden. Zij willen dat niet alleen uitgeven aan reizen en een groter huis, maar ook aan betere zorgvoorzieningen. Als mensen kunnen kiezen tussen twee zorgpakketten, een smal en sober pakket met een lage premie en een breed en luxe pakket met een hoge premie, dan kiezen rijkere mensen gemiddeld genomen voor het duurdere pakket.

### **6.2.3 Inzet mag lonen**

Mensen veranderen hun gedrag als de opbrengst van dat gedrag wijzigt. Dat geldt niet alleen voor inkomen en de inzet voor scholing en werk, maar ook voor gezondheid en een gezonde leefstijl. Ook een gezonde leefstijl mag lonen.

Mensen zijn bereid om te gaan werken, of meer uren te maken als de beloning toeneemt. Maar het omgekeerde geldt ook: de arbeidsparticipatie wordt geremd door hogere belastingen en premies. Recent CPB-onderzoek geeft zicht op de mate waarin de arbeidsparticipatie van verschillende groepen reageert op financiële prikkels.<sup>77</sup> Zo blijken

---

<sup>76</sup> Zie de overzichten van Getzen (2000) en Chandra e.a. (2012).

<sup>77</sup> Jongen e.a. (2012).

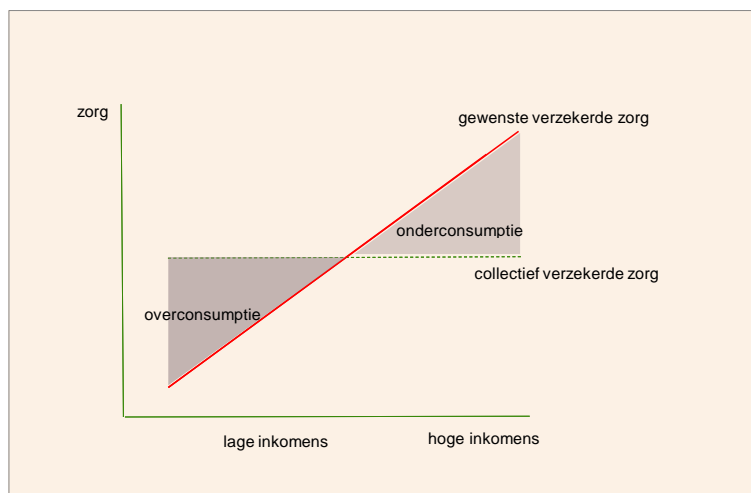
binnen de groep laagopgeleiden vooral alleenstaanden en alleenstaande ouders sterk te reageren op financiële prikkels. Verder beïnvloeden financiële prikkels vooral de keuze om te gaan werken, en veel minder de keuze voor het aantal uren per week.

Voor gezondheid geldt iets vergelijkbaars. Mensen zullen zich gemiddeld genomen gezonder gedragen, als hun dat iets oplevert (zie de hoofdstukken 5 en 8). Hoe minder inspanning een gezonde leefstijl kost en hoe groter de opbrengst, hoe gezonder men zal leven. Empirisch onderzoek ondersteunt dit, bijvoorbeeld voor sigaretten en alcohol. Het gebruik van beide verslavende producten neemt af als de prijs ervan verhoogd wordt. Zo mag ook verwacht worden dat een premiekorting voor mensen met een gezonde leefstijl bevorderend werkt. Het omgekeerde geldt dan ook: een systeem met gelijke zorg en gelijke premies biedt geen stimulans voor een gezonde leefstijl.

#### 6.2.4 Kosten van herverdeling

Het spiegelbeeld van ‘inzet mag lonen’ is dat herverdeling ten koste gaat van inzet. Uniforme zorg, waarover de volgende paragraaf gaat, heeft een prijskaartje. Een breed zorgpakket garandeert een hoge mate van risicosolidariteit, maar sluit niet goed aan bij de keuzevrijheid van consumenten. Dat komt niet alleen naar voren in ethische discussies, waarbij mensen principieel voor of tegen opname van bepaalde medicijnen of behandelingen in het basispakket zijn. Er speelt ook een economisch argument, waarbij mensen –als ze vrij zouden kunnen kiezen– uiteenlopende keuzes maken over de inhoud en kwaliteit van hun zorgpakket. Deze keuzes hangen onder andere samen met de hoogte van het inkomen.

**Figuur 6.1** Inkomen en gewenste zorg



Een breed uniform pakket is noodzakelijkerwijs een compromis tussen de voorkeuren van de hoge inkomens en de lage inkomens. Wanneer het pakket wordt afgestemd op de gemiddelde voorkeuren, is er sprake van ‘onderconsumptie’ van zorg voor de hoge inkomens en ‘overconsumptie’ van zorg voor de lage inkomens. Dit wordt weergegeven in figuur 6.1. De groene stippellijn illustreert het niveau van het verplichte pakket, terwijl de rode lijn laat zien dat de gewenste kwaliteit van zorg toeneemt met het inkomen. Voor zowel lage als hoge inkomensgroepen wijkt het brede uniforme pakket af van hun gewenste zorg, wat leidt tot

een welvaartsverlies. Het welvaartsverlies door de afwijking tussen gewenste zorg en feitelijke zorg neemt kwadratisch toe met de mate van onder- of overconsumptie.

Mensen met een laag inkomen zullen mogelijk kiezen voor een relatief sober pakket als daar een verhoging van het beschikbare inkomen tegenover staat. Rijkere mensen willen hun inkomen niet alleen aan een duurdere auto, maar ook aan betere zorg besteden. Stel dat iedereen kan kiezen uit twee zorgpakketten; een sober basispakket met een basispremie of een luxe pakket met betere kwaliteit zorg (bijvoorbeeld een eenpersoonskamer en vrije keuze van de arts) tegen een meerprijs van honderd euro op jaarbasis. Nu zijn we solidair met de minima en bieden hun twee keuzes: optie A –het basispakket plus honderd euro contant, of optie B– het luxe pakket. Te verwachten valt dat zeker een deel van de minima zal kiezen voor optie A, maar dat mensen met een hoger inkomen overwegend voor het luxe pakket zullen kiezen. Iedereen verplichten tot het luxe collectieve zorgpakket leidt dus tot een welvaartsverlies, vooral voor mensen met een laag inkomen.

Tegelijkertijd zullen mensen met een hoger inkomen kiezen voor een pakket met relatief hoge eigen betalingen. Relatief goedkope behandelingen zijn daarbij niet verzekerd, maar worden uit eigen zak betaald. De gedachte hierachter is dat het goed is om je te verzekeren tegen onverwachte grote uitgaven, maar dat het voordeliger is om kleine uitgaven uit eigen zak te betalen en daarvoor een premiekorting te krijgen. Het delen van risico's is de belangrijkste baat van verzekeren. Hier staan kosten tegenover, zoals administratiekosten en moreel gevaar, zie hoofdstuk 7. Voor grote onverwachte uitgaven is het optimaal om je te verzekeren, terwijl je lage onverwachte kosten beter niet kunt verzekeren en de verzekeringskosten kunt uitsparen. De vraag is nu waar de grens ligt tussen hoge ziektekosten waartegen je wilt verzekeren en lage kosten die je beter uit eigen zak kunt betalen. Deze grens zal voor mensen met een hoog inkomen een stuk hoger liggen dan voor mensen met een lager inkomen.

In het huidige zorgstelsel is de keuzevrijheid gering: kiezen voor een soberder pakket dan de basisverzekering is niet mogelijk. Dat geldt voor zowel de Zvw als voor de AWBZ. Kiezen voor betere of luxe zorg is wel mogelijk, maar vaak erg duur. Aanvullende verzekeringen voor de curatieve zorg zijn vaak onaantrekkelijk omdat ze weinig vergoeden tegen een hoge premie (zie hoofdstuk 9) en private langdurige zorg moet (bijna) volledig uit eigen zak worden betaald. Deze geringe keuzevrijheid, terwijl de wens tot differentiatie wel aanwezig is, is een voorbeeld van allocatieve inefficiëntie (zie het tekstkader 'Welvaartsverlies door allocatieve inefficiëntie bij uniform pakket'), waarbij de geleverde zorg niet altijd bij de juiste mensen terechtkomt.



## Welvaartsverlies door allocatieve inefficiëntie bij uniform pakket

Allocatieve efficiëntie geeft aan in hoeverre het verzekerde pakket aansluit bij de voorkeuren van mensen. Bij afwijking tussen de gewenste en feitelijke zorgverzekering spreken we van allocatieve inefficiëntie, dat leidt tot een verlies aan welvaart. Deze allocatieve inefficiëntie is een aspect van het volledige welvaartseffect van een uniforme zorgverzekering.

Dit tekstkader presenteert een illustratieve berekening van het welvaartsverlies doordat zorg via een uniforme verzekering in plaats van gedifferentieerde pakketten wordt aangeboden. Deze berekening gaat uit van een uniforme zorgverzekering die is afgestemd op een burger met een modaal inkomen. Voor lage inkomens is dit pakket te breed – voor hen is het efficiënter om meer inkomen vrij te kunnen besteden. Voor hoge inkomens is dit pakket te smal, voor hen is het efficiënter om een groter deel van het inkomen aan zorg te besteden. Voor beide groepen gaan wij uit van een inkomenselasticiteit van 1.

De kosten van allocatieve inefficiëntie kan worden benaderd als:

$$\frac{L}{Y^m} = \frac{1}{2} \frac{1}{e} \frac{Z^u}{Y^m} \sum_i \left( \frac{Z_i - Z^u}{Z^u} \right)^2$$

Hierin staat  $e$  voor de prijselasticiteit van de vraag naar zorg waarvoor wij de waarde 0,5 nemen (zie Van Elk e.a. (2009)).

$\frac{Z^u}{Y^m}$  is het aandeel van uniforme zorg in een modaal inkomen, wat op basis van de berekening uit hoofdstuk 2 wordt benaderd door 23,5% van het inkomen. In 2040 loopt dit op tot 36% in het scenario Trendmatige groei en tot 47% in het scenario Betere Zorg.

De laatste term meet de afwijking van de gewenste zorg van de uniforme zorg. Deze gewenste zorg hangt af van het inkomen, waarbij wij uitgaan van een inkomenselasticiteit van 1.

### Welvaartsverlies - illustratieve berekening

| Inkomensbegrip | Huishoudinkomen | Persoonlijk inkomen         |      |
|----------------|-----------------|-----------------------------|------|
|                | zorgaandeel     | welvaartsverlies, % inkomen |      |
| 2011           | 23,5            | 0,6                         | 6,1  |
| 2040, laag     | 36,0            | 0,8                         | 9,3  |
| 2040, hoog     | 47,0            | 1,1                         | 12,2 |

De tabel laat zien dat het welvaartsverlies sterk afhangt van het gekozen inkomensbegrip. Het welvaartsverlies blijft beperkt tot 1 à 2% als de zorgvraag afhangt van het huishoudinkomen. Het welvaartsverlies is veel groter als persoonlijk inkomen een rol speelt. Bij uniforme zorg loopt het welvaartsverlies in deze illustratieve berekening op tot maximaal 12% in 2040.

Een veel bekender nadeel van een collectieve zorgverzekering is dat premiesolidariteit, vormgegeven via een inkomensafhankelijke belasting of premie, ten koste gaat van de prikkel om hard te werken en zo meer inkomen te verdienen. Dit nadeel is uitgebreid besproken in hoofdstuk 3, waarin wij laten zien dat de verhoging van de inkomensafhankelijke zorgpremies met 14% gepaard gaat met een afname van de werkgelegenheid met 5%. Dit geldt overigens alleen als tegenover de hogere absolute premie voor de rijken niet ook betere zorg staat, zoals bij het huidige stelsel van uniforme zorg het geval is. Bij differentiatie in de zorg vervalt dit negatieve effect op de werkgelegenheid; in dat

geval staat tegenover de hogere premie ook werkelijk betere zorg. De hogere premie is dan 'fair' in verhouding tot de kosten.

Conclusie van deze paragraaf is dat een goede gezondheidszorg waardevol is, omdat zorg over het algemeen leidt tot een betere gezondheid en daarmee bijdraagt aan ons welbevinden en onze inzetbaarheid. Zowel het individuele nut, als de maatschappelijke welvaart hangt positief af van ieders gezondheid. Tegelijk wegen individuen het belang van een goede gezondheid af tegen de inspanning die daarvoor geleverd moet worden. Hun inspanning in termen van een gezonde leefstijl neemt toe als zij ook de vruchten van deze inzet kunnen plukken. Dit zet vraagtekens bij een stelsel waarin zowel de toegang tot, als de kwaliteit van zorg voor iedereen in grote mate gelijk is.

### **6.3 Argumenten voor uniforme zorg**

Wat zijn dan de argumenten om toch de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk en op een uniforme wijze te organiseren, zonder keuze in samenstelling en kwaliteit van het basispakket? Het eerste motief dat wij bespreken, en dat in dit hoofdstuk de meeste aandacht krijgt, is solidariteit. Daarbij beperken wij ons niet alleen tot de zorg, maar gaan we ook in op de (on)wenselijkheid van verschillen in gezondheid. Een alternatieve verklaring voor uniforme zorg is vanuit zorgaanbod en zorgverzekering: uniforme zorg heeft namelijk schaalvoordelen. Dit argument komt uitgebreider aan bod in hoofdstuk 7.

#### **6.3.1 Solidair**

Solidariteit gaat over de gewenste mate van gelijkheid, en over de bereidheid om aan gelijkheid bij te dragen. Solidariteit betekent dat de leden van een groep een gemeenschappelijk belang onderschrijven ten gunste van de groepsleden, maar soms ten koste van zichzelf. In een solidaire samenleving worden al te grote verschillen in inkomen of gezondheid negatief gewaardeerd. Deze solidariteit kan voortkomen uit een aantal overwegingen, waarvan we er een aantal noemen zonder uitputtend te willen zijn.

Een eerste overweging is dat wat een ander is overkomen ook jou had kunnen gebeuren. Denk daarbij aan aangeboren handicaps. Hiertegen kan niemand zich verzekeren, maar we kunnen wel compassie met onze minderbedeelde medemens voelen. Ook als we proberen van een afstand de ideale samenleving in te richten, waarbij niemand weet in welke positie hij of zij terecht zal komen, zal omgezien worden naar minderbedeelden.

Steun voor de arme en minder gezonde medemens kan ook voortkomen uit welbegrepen eigenbelang, bijvoorbeeld vanuit de wetenschap dat de criminaliteit kleiner is in een egalitaire samenleving, of vanuit een altruïstisch motief, waarbij mensen waarderen dat een ander geholpen wordt.

Ten slotte speelt ook het argument van rechtvaardigheid een rol. Het is onrechtvaardig als iemand buiten zijn schuld om het slechter getroffen heeft dan jij. Voorbeelden hiervan zijn aangeboren afwijkingen, een virus dat je oploopt of een erfelijke ziekte.<sup>78</sup>

Een solidaire samenleving streeft daarom naar uniforme zorg. Bij deze constatering willen wij echter drie nuanceringen plaatsen. Geldt dat voor alle zorg? Geldt dat voor zorg in het bijzonder? En tegen welke kosten?

### Omstandigheden en inzet – conceptueel

Vanuit solidariteit volgt een sterk pleidooi voor goede zorg die voor iedereen toegankelijk is. Maar daarmee is het laatste woord nog niet gezegd. Neem het argument van rechtvaardigheid. Het is onrechtvaardig als iemand grote nadelen ondervindt van iets waar hij of zij geen invloed op kan uitoefenen. Maar evengoed is het onrechtvaardig als iemand voor zijn inzet niet wordt beloond.

Bij de waardering van ongelijkheid wordt in de literatuur een belangrijk onderscheid gemaakt tussen omstandigheden en inzet.<sup>79</sup> Omstandigheden zijn factoren waar een individu geen invloed op heeft, of geen schuld aan heeft. Zo bepaalt je talent het maximale opleidingsniveau dat je kunt bereiken en daarmee ook je inkomen. Bij gezondheid en ziekte kan je bij omstandigheden denken aan aangeboren handicaps, verwondingen na een aanrijding of een blindedarmontsteking. Inzet gaat gepaard met bewuste actie, met bewust gedrag dat invloed heeft op de uitkomsten. Inzet op het gebied van inkomen is bijvoorbeeld hard werken en blijven investeren in kennis. In het geval van gezondheid zijn voldoende bewegen, niet roken en gezond eten voorbeelden van gedrag dat tot betere gezondheid leidt.

Er is een aantal redenen te geven waarom de maatschappij ongelijkheid als gevolg van omstandigheden (pech of geluk) anders waardeert dan ongelijkheid die het resultaat is van verschillen in inzet. Allereerst vanuit ethisch oogpunt, waarbij het recht op de vruchten van eigen inzet groter is dan het recht op toevallige meevallers. Vaak wordt in dit kader verwezen naar Dworkin (1981), die ervoor pleit om ongelijkheden in uitgangssituatie wel te nivelleren, maar verschillen als gevolg van eigen keuzes (zoals inzet) niet. Volgens hem zouden we het achter de 'sluier van onwetendheid' eens kunnen worden over deze maatregel. In economentermen leiden deze ethische overwegingen tot een verschillend gewicht van 'uitkomsten door omstandigheden' dan 'uitkomsten door inzet' in de sociale welvaartsfunctie.

De tweede reden kan zijn dat de inspanning of investering die gepaard gaat met inzet, wordt meegewogen in de voorkeuren voor herverdeling. Herverdeling gaat dan over ongelijkheid in het welzijn van mensen. In dit welzijn wordt zowel de uitkomst (ongelijke verdeling van gezondheid of inkomen) als de hiervoor geleverde inspanning (leefstijl en arbeidsinzet) meegewogen. Als gezondheid het gevolg is van omstandigheden waarvoor geen inspanning geleverd is, dan vertaalt ongelijkheid in gezondheid zich een op een in ongelijkheid in welzijn. Maar als gezondheid samenhangt met inzet waarvoor op de een of andere manier

---

<sup>78</sup> Zie Corneo en Grüner (2002); Kakes en De Winter (2008).

<sup>79</sup> Fleurbaey en Schokkaert, 2012.

kosten zijn gemaakt, dan is de ongelijkheid in welzijn kleiner dan de ongelijkheid in gezondheid.

Dit onderscheid tussen inzet en omstandigheden sluit sterk aan bij de stroming die bekend staat als *luck egalitarianism*. Deze stroming stelt individuele verantwoordelijkheid centraal bij een rechtvaardige verdeling, waardoor pech een belangrijker reden voor herverdeling is dan slechte keuzes van de benadeelde. Onrechtvaardig is alle ongelijkheid die het gevolg is van factoren waar het individu geen controle over heeft. Deze ongelijkheid dient te worden rechtgezet. Deze stroming stelt dat de maatschappij medische behandelingen moet vergoeden voor elke aandoening of conditie die: nadelig is voor het individu; door medisch ingrijpen verholpen of verminderd kan worden; en waarvan het onredelijk is van het individu te verwachten dat hij/zij de aandoening vermijdt.<sup>80</sup> Vooral het derde punt is kenmerkend voor *luck egalitarianism*.

### Omstandigheden en inzet in de praktijk

Een groot deel van de gezondheidsverschillen is echter vermijdbaar en deels het gevolg van individuele keuzes. De Rotterdamse hoogleraar Johan Mackenbach laat in zijn boek *Ziekte in Nederland* zien dat minstens de helft van de ziektegevallen in ons land vermijdbaar is door een gezonde leefstijl. Een aantal voorbeelden illustreert dit. Veel eten en weinig bewegen leiden tot overgewicht. Overgewicht verhoogt het risico op aandoeningen als diabetes type 2, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, sommige vormen van kanker, galziekten en gewrichtsaandoeningen. Recent onderzoek voor de VS toont aan dat obesitas leidt tot \$2500 hogere zorgkosten.<sup>81</sup> Roken verhoogt vooral het risico op longkanker, strottenhoofdkeuter, COPD, mondholte-, keel- en slokdarmkanker. Ook is bij rokers het risico op allerlei luchtwegklachten groter en kan roken het verloop van een ziekte ongunstig beïnvloeden. Roken gaat ook gepaard met een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik. Ten opzichte van niet-rokers verliezen rokers in Nederland gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren.<sup>82</sup> Overigens is het geen eenvoudige keuze om af te vallen, obesitas te voorkomen, te stoppen met roken of daar nooit mee te beginnen. Naast inzet spelen omstandigheden in de vorm van erfelijke aanleg en sociale omgeving daarbij een rol (zie hoofdstuk 5).

Inzet is niet alleen belangrijk, maar wordt ook in onze samenleving gewaardeerd. De empirische literatuur geeft aanwijzingen dat de maatschappij ongelijkheid als gevolg van omstandigheden vervelender vindt dan ongelijkheid die het resultaat is van verschillen in inzet.<sup>83</sup> Tabel 6.1 geeft hiervoor een aantal aanwijzingen vanuit de World Value Survey. Deze informatie is vooral beschikbaar voor het inkomensdomein. Amerikanen zijn meer geneigd succes toe te schrijven aan hard werken dan Nederlanders, Duitsers of Fransen. Amerikanen vinden het daarnaast aanmerkelijk belangrijker dan Nederlanders en Duitsers om kinderen aan te leren dat ze hard moeten werken. Inderdaad zien we verder dat waar succes in sterkere mate wordt toegeschreven aan geluk en connecties, burgers van mening zijn dat

---

<sup>80</sup> Segall (2010).

<sup>81</sup> Cawley en Meyerhoefer (2012).

<sup>82</sup> Mede gebaseerd op de RIVM-studie van Hoeymans e.a., 2010. Hoofdstuk 8 gaat hier verder op in.

<sup>83</sup> Kakes en De Winter, 2008; Alesina en Giuliano, 2009.

inkomensherverdeling een essentieel onderdeel van een democratie is. En omgekeerd is in de Verenigde Staten, waar succes vooral wordt toegeschreven aan inzet, het stelsel van sociale zekerheid beduidend minder uitgebreid dan in de meeste Europese landen.

**Tabel 6.1 Inzet en herverdeling**

|   | Nederland | VS   | Duitsland | Frankrijk |
|---|-----------|------|-----------|-----------|
| Succes komt door hard werken (lage score) of door geluk en relaties (hoog), schaal 1-10                       | 4,9       | 3,9  | 4,8       | 5,3       |
| Essentieel onderdeel van democratie is dat de overheid rijken belast en armen subsidieert (eens=1, oneens=10) | 6,5       | 5,0  | 7,2       | 6,3       |
| Het is belangrijk om kinderen te leren hard te werken (% eens)  | 29,6      | 62,0 | 26,1      | 62,2      |
| Het is belangrijk om kinderen verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen (% eens)                              | 90,7      | 72,5 | 85,6      | 78,9      |

Bron: World Values Survey 2005 <http://www.wvsevsdb.com/wvs/WVSAalyzeQuestion.jsp>

Over het belang van inzet en omstandigheden wordt verschillend gedacht. Mensen die succes vooral als een gevolg van inzet zien, wensen minder herverdeling dan personen die succes vooral toeschrijven aan omstandigheden. Bovendien kunnen opvattingen over het belang van toeval en inzet het gevolg zijn van eigen ervaringen uit het verleden. Zo zijn burgers die beter af zijn dan hun ouders, over het algemeen minder voorstander van inkomensherverdeling. En personen die tijdens een recessie hun 'vormende' jaren (18 tot 25 jaar) doormaakten, zijn relatief vaak van mening dat succes in het leven een kwestie van geluk is.<sup>84</sup>

Recent opinieonderzoek van het SCP (2012) bevestigt dat mensen verschillend aankijken tegen ziekte door omstandigheden of door een ongezonde leefstijl. Meer dan de helft van de bevolking (55%) vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl mogen worden verplicht om een hogere zorgpremie te betalen. Bijna de helft van de mensen (48%) vindt het acceptabel om mensen financieel zelf verantwoordelijk te stellen voor de gevolgen van ongezond gedrag. Daartegenover staat dat ook de helft van de respondenten in het SCP-onderzoek vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl net zoveel recht hebben op een medische behandeling als mensen met een gezonde leefstijl. Kortom, mensen denken verschillend over solidariteit met mensen die 'ongezond leven'.

In de praktijk is het niet eenvoudig om inzet en omstandigheden van elkaar los te koppelen, doordat inzet (door overheid of verzekeraar) moeilijk observeerbaar is, of doordat keuzes mede van omstandigheden afhangen. Zo speelt bij roken naast de vrije keuze om een sigaret op te steken ook de sociale omgeving een rol. En omdat gezonder ook vaak duurder is, kunnen mensen met een hoger inkomen de keuze voor gezond voedsel eenvoudiger maken. In situaties waarin de lijn tussen inzet en omstandigheden niet scherp getrokken kan worden, wordt herverdeling een keuze tussen twee kwaden. Gelijke behandeling (basisverzekering) gaat voorbij aan het verschil in inzet, terwijl zorg voor eigen rekening geen recht doet aan verschillen in omstandigheden.

<sup>84</sup> Piketty, 1995, Corneo en Grüner, 2002; Giuliano en Spilimbergo, 2008

De conclusie is dat solidariteit, de wens tot herverdeling, vooral gaat over ongelijkheid die door omstandigheden is ontstaan. Economen zijn geneigd dit te vertalen in termen van maatschappelijke welvaart. Deze maatschappelijke welvaart hangt positief af van ieders gezondheid, zoals we in paragraaf 6.2 constateren. Deze welvaart wordt echter kleiner als de gezondheid sterk ongelijk is, zeker voor zover dat ontstaan is door toevallige omstandigheden. Dit betekent dat de keuze voor uniforme zorg, gezien vanuit het oogpunt van solidariteit, gerechtvaardigd zou zijn als inzet geen rol speelt bij het beroep op zorg. Het belang van een gezonde leefstijl laat echter zien dat inzet een belangrijke factor is in de gezondheid en de zorg die mensen nodig hebben.

### 6.3.2 Schaalvoordelen

Sinds Ford weten we al dat standaardisatie leidt tot lagere kosten: auto's die aan de lopende band worden geproduceerd zijn goedkoper. Ook in de zorg geldt dat medicijnen die in groten getale worden geproduceerd, goedkoper zijn en hetzelfde geldt voor gestandaardiseerde behandelingen zoals ooglaseren. Een belangrijke reden hiervoor is dat gemaakte kosten voor de ontwikkeling van nieuwe behandelingen en voor investeringen in medische technologie over een groter aantal behandelingen kunnen worden uitgespreid. Een ander belangrijk argument is specialisatie. Een chirurg wordt ervarener en beter naarmate hij een bepaalde operatie vaker uitvoert. Dit argument is echter niet doorslaggevend, om een aantal redenen. Allereerst is iedere patiënt uniek, en is voor veel behandelingen maatwerk vereist. Bovendien verschillen patiënten in hun voorkeuren, in het belang dat zij hechten aan een goede gezondheid en een bepaalde behandeling. Veel variatie is mogelijk, van het aantal behandelingen bij een fysiotherapeut, de beschikbaarheid van goedkopere en duurdere medicijnen, tot de luxe van een kamer in een ziekenhuis. Dus net zoals Ford verschillende typen auto's aanbiedt van verschillende kwaliteit en prijs, zo kan dat ook in de zorgsector.

Toegepast op de zorg impliceert dit dat uniformiteit vanuit verzekeringsoogpunt efficiënt is (meer hierover in hoofdstuk 7). Een fundamenteel probleem op de markt voor zorgverzekeringen is dat patiënten meer en betere informatie hebben over hun eigen gezondheid dan de verzekeraar. Dat lokt averechtse selectie uit. Een uniforme verzekering met bijbehorende gelijke premie is onaantrekkelijk voor het gezonde deel van de bevolking. Alleen relatief ongezonde personen sluiten een dergelijke verzekering af, zodat de premie omhoog moet. Dat maakt de verzekering voor nog meer mensen onaantrekkelijk, de premie gaat verder omhoog, et cetera. Het gevaar bestaat dat uiteindelijk alleen een klein deel van de bevolking, namelijk de mensen met de hoogste risico's op ziekte, zich kunnen verzekeren. Andere groepen worden dus blootgesteld aan meer risico dan ze lief is. Het opleggen van een verplichte, uniforme verzekering biedt dan mogelijk uitkomst. De vraag blijft nog wel of we de verzekering in dit geval niet enigszins kunnen differentiëren langs exogene factoren, zoals inkomen of leeftijd. Deze exogene factoren worden niet of nauwelijks door burgers veranderd met het verkrijgen van het betere zorgpakket als enig doel.

## 6.4 Welzijn, gezondheid en zorg

Vanuit solidariteit streven we naar een uniforme zorgverzekering, zodat iedereen die ziek wordt alle zorg kan ontvangen die hij of zij nodig heeft. Hierbij wordt gekeken naar medische doelmatigheid, kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid, maar niet naar iemands portemonnee. Vergelijk dat met andere voorzieningen, zoals voedsel, kleding en wonen. Daar garanderen wij als samenleving een bepaald minimumniveau, zonder te streven naar gelijkheid voor iedereen. Is zorg zo bijzonder, meer dan voedsel, kleding en wonen?

Wij starten met een aantal argumenten waarom gezondheid en zorg zo bijzonder zijn. Het belangrijkste argument is dat gezondheidszorg bepalend kan zijn voor leven en dood. Ook in tijden van slechte gezondheid is weinig zo belangrijk als het verbeteren van die gezondheid, het bestrijden van pijn of een goede verpleging. Met het ouder worden neemt de waarde van bestedingen zoals reizen of een uitgebreid diner af, maar de waarde van aandacht en verzorging neemt toe.<sup>85</sup> Het is moeilijk te meten hoe groot deze verschillen zijn. Maar als het inderdaad zo is dat extra consumptie pas belangrijk is als mensen gezond zijn, dan is het streven naar gelijke gezondheid waardevoller dan het streven naar gelijk inkomen en consumptie. Dit bijzondere van gezondheid komt ook tot uiting in de vorm waarin de samenleving solidair is met zieken, niet door het geven van geld, maar via het verstrekken van zorg. Het tekstkader 'Uitkering in geld of zorg in natura' gaat hier dieper op in.

Een tweede argument is dat het verkleinen van gezondheidsverschillen een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verkleinen van sociaaleconomische verschillen. Door te streven naar een goede gezondheid van kinderen, geef je hun de mogelijkheid om zich te ontwikkelen, te leren en later te werken. Een goede gezondheid draagt bij aan een goed inkomen, zodat het verkleinen van inkomensongelijkheid begint bij het streven naar een goede gezondheid voor alle kinderen en een vervolg krijgt in goede en breed toegankelijke curatieve zorg.

Zorg is ook bijzonder als omstandigheden een veel grotere rol spelen dan bij andere vormen van herverdeling, maar dit verschilt sterk tussen verschillende aandoeningen. Longkanker en COPD hangen sterk samen met roken. Maar het is niet gegarandeerd dat niet-rokers gevrijwaard blijven van longkanker, zoals het evenmin zeker is dat elke roker aan longkanker zal overlijden. Obesitas en de ziekten die daarmee samenhangen, zijn het gevolg van overmatig eten en te weinig bewegen, maar hangen ook af van erfelijke factoren. Aan de andere kant kan iedereen getroffen worden door acute blindedarmonsteking en is de speurtocht naar de oorzaken van dementie nog lang niet afgerond. Vergelijk dit met inkomen, waar ook inzet en omstandigheden beide belangrijk zijn. Het afronden van een opleiding en een grotere arbeidsinzet leiden, gemiddeld genomen, tot een hoger inkomen. Maar ook omstandigheden, zoals aangeboren intelligentie en geluk bij het vinden van een baan, spelen een rol bij het inkomen dat iemand verdient.

---

<sup>85</sup> Meer hierover in hoofdstuk 7.



## Uitkering in geld of zorg in natura

Een schadeverzekering is een verzekering die tot doel heeft een verzekerde na het optreden van een verzekerd risico schadeloos te stellen. Bij veel verzekeringen, zoals voor brand of diefstal, gebeurt dat in de vorm van geld. Bij ziekte keert de verzekering vooral uit in natura, dus in de vorm van zorg. Wat zijn hierbij belangrijke overwegingen?<sup>a</sup>

Stel dat de verwachte 'schade' bij een ziekte 20.000 euro is, waarvan de helft bestaat uit zorgkosten die leiden tot genezing en de andere helft uit gederfde inkomsten. In Nederland is deze patiënt op twee manieren verzekerd: de ziektewet waardoor het loon wordt doorbetaald en een zorgverzekering waarin deze patiënt een beroep kan doen op zorg. Waarom ontvangt deze patiënt niet de volle 20.000 euro als schade-uitkering op zijn of haar bankrekening?

De eerste overweging is vanuit paternalisme. De samenleving of overheid is ervan overtuigd dat zij beter weet wat goed is dan patiënten zelf. Net zoals ouders hun kinderen gezond voedsel geven in plaats van een paar centen, zo geeft de overheid zorg in plaats van een financiële vergoeding.

De tweede overweging is vanuit een specifieke invulling van solidariteit, waarbij de bereidheid om hulp te verschaffen in de vorm van zorg groter is dan in de vorm van financiële steun. De maatschappij is niet bereid om de schadelast te vergoeden in de vorm van geld, waarbij de patiënt de keuze kan maken om een reis van 10.000 euro te boeken in plaats van een beroep te doen op zorg. Het nadeel van deze gerichte vorm van solidariteit is een inperking van de keuzevrijheid van mensen: zieke mensen kunnen niet zelf kiezen hoe zij de schade-uitkering besteden.

De derde reden voor zorg in natura heeft te maken met het vaststellen van de schadelast. Bij veel aandoeningen is het moeilijk om de schadelast goed vast te stellen. Mensen zullen eerder geneigd zijn om bepaalde aandoeningen voor te wenden als zij daarvoor een financiële vergoeding krijgen dan wanneer zij daarvoor onder het mes moeten. Door de vergoeding aan te bieden in de vorm van zorg, zullen alleen mensen die dat echt nodig hebben hierop een beroep doen. Deze *self-targeting* werkt goed bij behandelingen die 'pijnlijk' zijn, zoals bij een medische ingreep of bij medicijnen met bijwerkingen. Het nadeel van deze *self-targeting* is echter dat mensen die zelf hun ziekte oplossen of dragen, geen vergoeding voor hun schadelast krijgen. Dit voordeel geldt wel voor de persoonsgebonden budgetten (pgb's), waarbij mensen met het geld zelf hun zorg regelen.

<sup>a</sup> Zie Currie en Gahvari (2008) voor een uitgebreide discussie over uitkering in natura.

Dan een aantal argumenten waarom zorg niet bijzonder is. Het eerste is dat delen van de gezondheidszorg, zoals preventie, maar ook delen van de curatieve zorg *investeringen* zijn en bijdragen aan een goede gezondheid, wat het verwerven van inkomen mede mogelijk maakt. Net als bij onderwijs is de investering deels publiek (scholen en ziekenhuizen) en deels privaat (huiswerk en leefstijl). En net als bij onderwijs verschillen zowel de capaciteiten als de inzet van persoon tot persoon. Andere delen van de gezondheidszorg, zoals huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging, hebben het karakter van een *consumptiegoed*, net zoals eten (ook zeer noodzakelijk) of de huishoudelijke hulp, en draagt bij aan ons welbevinden. De consequentie hiervan is dat uitgaven aan zorg afgewogen moeten worden tegenover andere waardevolle bestedingen.

Vervolgens is zorg slechts een van de factoren die bijdraagt aan onze gezondheid. En uiteindelijk gaat het vooral om gezondheid, die naast zorg afhangt van voeding, woonomstandigheden, milieu en leefstijl. Mogelijk hebben mensen in achterstandswijken meer baat bij steun op sociaaleconomisch terrein, dan bij de nieuwste medische technologie. Zelfs als het om leven en dood gaat, is de gezondheidszorg niet uniek. Ook diverse vormen van veiligheidsbeleid, met betrekking tot voedsel, verkeer of dijken, gaan over leven en dood.



Maatschappelijke welvaart hangt af van meerdere dimensies en niet van gezondheid alleen. Het streven naar gelijke zorg en naar kleinere gezondheidsverschillen moet dus altijd worden afgewogen tegen andere nuttige bestedingen van publieke en private middelen. In Trouw van 21 september 2012 verwoordt ethicus Theo de Boer dit zo: “Alles domweg vergoeden met een beroep op solidariteit en beschaving, no matter what, is even realistisch als het leger opheffen met een beroep op de liefde.”

## 6.5 Meer differentiatie mogelijk

Iedereen in Nederland heeft toegang tot kwalitatief goede gezondheidszorg en langdurige zorg. Die verplichte gelijkheid heeft voordelen, onder andere vanuit de gedachte van solidariteit. Maar zij heeft ook nadelen. In een situatie zonder collectief verplichte verzekering zouden waarschijnlijk weinig mensen precies het verzekeringspakket kiezen dat nu ons basispakket is. Bovendien vermindert uniforme zorg met een uniforme premie de prikkel om te investeren in eigen gezondheid. Meer variatie in zorgverzekering, zowel in termen van pakket als door middel van premiedifferentiatie, biedt een antwoord op deze nadelen.

Nederland kent een basisverzekering voor de curatieve zorg, waarin een groot deel van de ziektekosten zijn ondergebracht. Kiezen voor een andere samenstelling van de verzekerde zorg is niet mogelijk. Aanvullende verzekeringen bieden daarvoor enige ruimte. Meer variatie in zorgverzekering zou vormgegeven kunnen worden door een verkleining van het basispakket ten gunste van aanvullende verzekering of door alternatieve basispakketten toe te staan. Het tekstkader ‘Solidariteit, inkomen en pakketafbakening’ biedt hiervan een gestileerde uitwerking, waarop hoofdstuk 9 verder zal ingaan.

Australië kent een systeem met een basisverzekering en een aanvullende private verzekering. De particuliere verzekering geeft toegang tot private ziekenhuizen, waarbij de verzekerden keuze hebben van arts en waarvoor wachttijden aanmerkelijk korter zijn. Bij opname in een publiek ziekenhuis krijgen privaat verzekerden een luxe hotelvoorziening en keuze van arts.<sup>86</sup>

Een mogelijkheid voor variatie in zorgaanbod is het aanbieden van verschillende verzekerde pakketten naar rato van inkomen. Dit heeft als voordeel dat het pakket en de bijbehorende premie beter aansluiten bij de voorkeuren van mensen. Het ene pakket combineert goede zorg met een relatief lage premie en daardoor een groter besteedbaar inkomen. Het andere pakket is uitgebreider en duurder en leidt daarmee tot een verschuiving van bestedingen in de richting van meer zorg. Het eerste pakket sluit beter aan bij de gemiddelde voorkeuren van mensen met een laag inkomen. Het tweede pakket geeft invulling aan de wensen van mensen met een hoger inkomen. Bij vrije keuze leidt deze variatie in pakketten tot averechtse selectie. Dit kan grotendeels worden voorkomen door het ene pakket verplicht te stellen voor lage inkomensgroepen en het andere pakket voor hoge inkomensgroepen.

---

<sup>86</sup> Colombo en Tapay, 2003.

## Solidariteit, inkomen en pakketafbakening

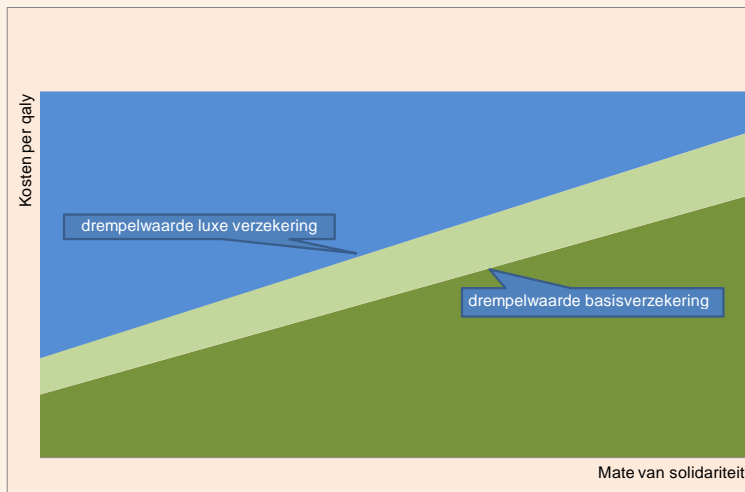
De argumenten in dit hoofdstuk hebben belangrijke implicaties voor pakketafbakening. Belangrijk startpunt bij het bepalen van het pakket is dat de baten van behandelen moeten opwegen tegen de kosten. De baten hangen vooral samen met gezondheidswinst, zowel in termen van levensjaren als in termen van de kwaliteit van leven. De waarde van een qaly (zie hoofdstuk 2) geven wij weer met  $WQ$ . Een behandeling moet dan worden uitgevoerd als  $WQ * qaly-winst > zorgkosten$ .

Vanuit solidariteit geeft de samenleving aan sommige behandelingen meer waarde dan aan andere behandelingen. Behandelingen die te maken hebben met 'ziekte door pech' hebben een hogere waarde dan behandelingen voor 'ziekten door eigen schuld'. Behandelingen voor 'leven of dood' hebben een hogere waarde dan behandelingen die minder noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de waarde van een qaly niet voor elke behandeling of aandoening gelijk is, maar dat  $WQ$  groter is voor behandelingen waarbij solidariteitsoverwegingen een grote rol spelen. Een behandeling moet dan worden uitgevoerd als  $WQ(s) * qaly-winst > zorgkosten$ , waarbij  $s$  staat voor het belang vanuit solidariteit.

Individen verschillen echter ook. Gemiddeld genomen zullen mensen met een hoger inkomen meer geld aan betere zorg willen uitgeven dan mensen met een lager inkomen. Bovendien is het rendement van een medische behandeling, in termen van productiviteit, voor de één hoger dan voor de ander. En er zijn meer argumenten te geven, zoals leeftijd of verschillende voorkeuren, waarom mensen verschillende keuzes ten aanzien van hun zorgpakket willen maken. Dit betekent dat de waarde van een qaly niet voor iedereen gelijk is, maar dat  $WQ(i)$  voor individuen  $i$  verschillend kan zijn en onder andere voor hoger opgeleiden in het algemeen groter zal zijn dan voor mensen met een lagere opleiding.

Onderstaande figuur illustreert de gevolgen voor de samenstelling van het zorgverzekeringspakket. Het donkergroene gebied geeft behandelingen aan waarvan in het basispakket de zorgkosten per qaly niet hoger mogen zijn dan de drempelwaarde. Deze drempelwaarde is hoger voor behandelingen waaraan de maatschappij, vanuit het oogpunt van solidariteit, grote waarde hecht. Voor mensen met een hogere opleiding ligt de drempelwaarde hoger: ook behandelingen die duurder zijn per gewonnen qaly (het lichtgroene gebied), zitten nog in dit pakket. De behandelingen in het blauwe gebied, met hoge kosten per qaly en een lage waarde vanuit solidariteit vallen buiten het verzekerde zorgpakket. Deze pakketafbakening wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 9.

### Pakketafbakening, afweging tussen solidariteit en waarde van zorg



Gezond gedrag kan worden beloond door de premie afhankelijk te maken van leefstijl of gezondheidskenmerken. Naast gelijkheid in de toegang tot zorg is er momenteel ook sprake van gelijkheid in de financiering van de zorg, in ieder geval bij de Zvw. Daarmee bedoelen we dat de betaling voor zorg(verzekering) nagenoeg onafhankelijk is van het –feitelijke of verwachte– zorggebruik. Het zorggebruik hangt niet af van het inkomen. De enige vorm van betaling bij curatief zorggebruik is het eigen risico, dat met 350 euro per jaar slechts een klein deel van de zorguitgaven dekt.

‘De gebruiker betaalt’ kan op twee manieren worden vormgegeven. Allereerst doordat een patiënt direct meebetaalt aan zijn of haar zorgkosten. Dit heeft als nadeel dat niet alleen inzet, maar ook omstandigheden worden bestraft. Ook mensen die buiten hun schuld om een behandeling nodig hebben, moeten betalen voor hun zorg. Zij worden dubbel ‘gepakt’: hun gezondheid verslechtert en daar bovenop neemt hun beschikbare inkomen af. Een ander nadeel is dat het jaarlijkse eigen risico beperkt zal zijn, waarbij het maximumbedrag al snel wordt bereikt bij een serieuze aandoening. Ten slotte leidt een hoger eigen risico tot meer onzekerheid. Je weet immers niet hoe hoog je zorguitgaven komend jaar zullen zijn.

Een betere vorm om gezond gedrag te belonen is via een korting op de verzekeringspremie bij gezond gedrag. Iedereen die zich gezond gedraagt wordt daarvoor beloond. Er is ook geen extra onzekerheid over de zorguitgaven, die worden volledig vergoed. Het nadeel is dat veel gedragingen niet observeerbaar zijn en dus niet als basis voor premiedifferentiatie kunnen dienen. Een tweede nadeel is dat veel gezondheidskenmerken, zoals BMI, de uitkomst is van zowel aanleg als gedrag – dus van zowel omstandigheden als inzet. Premiekorting ligt niet voor de hand als het belang van omstandigheden zwaar weegt, maar wel als inzet belangrijk is. Mede om deze redenen bieden Amerikaanse zorgverzekeringen wel kortingen voor mensen die niet roken (of omgekeerd, rokers betalen een hogere premie), maar zijn ze terughoudend in premieverschil op basis van BMI. Tegelijk kijken Nederlandse verzekeraars wel steeds vaker naar overgewicht (naast roken) om de premie van de levensverzekering vast te stellen.

## 6.6 Conclusie

Solidariteit gaat over de gewenste mate van gelijkheid en over de bereidheid om aan gelijkheid bij te dragen. Een samenleving die solidariteit hoog in het vaandel heeft, en dus een hoge mate van gelijkheid nastreeft met ruime sociale voorzieningen, streeft naar kwalitatief goede zorg voor iedereen. Hierbij past een breed basispakket voor de Zvw en een voldoende aanbod van AWBZ en Wmo-voorzieningen. In het boek noemen wij dit zorgsolidariteit.

Deze zorgsolidariteit kan zich echter ook uiten in een vangnet voor zorg, vergelijkbaar met bijstand en sociale huurwoningen. Een vangnet sluit beter aan bij argumenten om meer te differentiëren in zorg, zodat rekening wordt gehouden met verschil in inzet, zoals een gezonde leefstijl. En met verschil in voorkeuren, waarbij de ene persoon meer waarde hecht aan gezondheid en verzorging dan een ander. En met verschil in bestedingspatronen, waarbij rijkere mensen meer te besteden hebben en dat deels aan betere en luxe zorg willen

uitgeven. Deze argumenten pleiten voor het aanbieden van verschillende zorgpakketten en een lagere premie voor mensen met een gezonde leefstijl.

## Literatuur

Ales, L., R. Hosseini en L.E. Jones, 2012, Is There “Too Much” Inequality in Health Spending Across Income Groups?, NBER Working Paper 17937.

Alesina, A. F. en P. Giuliano, 2009, Preferences for Redistribution, NBER Working Paper 14825.

Cawley, J. en C. Meyerhoefer, 2012, The medical care costs of obesity: An instrumental variables approach, *Journal of Health Economics*, vol. 31, nr. 1, pag. 219-230.

Chandra, A., D. Cutler en Z. Song, 2012, Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care, in: M. Pauly, T. McGuire en P. Barros (eds), *Health Economics*, Elsevier, pag. 397-432.

Colombo, F. en N. Tapay, 2003, Private Health Insurance in Australia; A Case Study, OECD, Parijs.

Corneo, G. en H.P. Grüner, 2002, Individual preferences for political redistribution, *Journal of Public Economics*, vol. 83, nr. 1, pag. 83-107.

Costa-Font, J., M. Gemmill en G. Rubert, 2011, Biases in the healthcare luxury good hypothesis?: A meta-regression analysis, *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 174, nr. 1, pag. 95-107.

Currie, J. en F. Gahvari, 2008, Transfers in Cash and In-Kind: Theory Meets the Data, *Journal of Economic Literature*, vol. 46, nr. 2, pag. 333-383.

Dworkin, R., 1993, Justice in the distribution of health care, *McGill Law Journal*, vol. 38, nr. 4, pag. 883-898.

Elk, Roel van, Esther Mot en Philip Hans Franses, 2009, Modelling health care expenditures, CPB discussion Paper 121.

Fleurbaey, M. en E. Schokkaert, 2012, Equity in Health and Health Care, in: M. Pauly, T. McGuire en P. Barros (eds), *Health Economics*, Elsevier, pag. 1003-1092.

Getzen, T., 2000, Forecasting health care expenditures: short, medium and long (long) term, *Journal of Health Care Finance*, vol. 26, nr. 3, pag. 56-72.

Giuliano, Paola en Antonio Spilimbergo, 2009, Growing Up in a Recession: Beliefs and the Macroeconomy, NBER Working Paper 15321.

Grossman, M., 1972, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, vol. 80, nr. 1, pag. 223-255.

Hoeymans, N., J. Melse en C. Schoemaker, 2010, Gezondheid en determinanten, Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter, RIVM.

Jongen, E., M. Mastrogiacomo en B. ter Weel, 2011, Hoe prikkelbaar zijn Nederlanders, CPB Policy Brief 2011/14.

Kakes, J. en J. de Winter, 2008, Preferences for redistribution in the Netherlands, DNB Working Paper 179.

Piketty, T., 1995, Social Mobility and Redistributive Policies, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 90, pag. 551-584.

SCP, 2012, Meebetalen aan de zorg, Den Haag.

Segall, S., 2010, Is Health (Really) Special? Health Policy between Rawlsian and Luck Egalitarian Justice, *Journal of Applied Philosophy*, vol. 27, nr. 4, pag. 344-358.



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](http://www.cpb.nl) | [info@cpb.nl](mailto:info@cpb.nl)

Gedrukt door:

De Swart BV  
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag  
(070) 308 21 21 | [www.kds.nl](http://www.kds.nl) | [info@kds.nl](mailto:info@kds.nl)

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

