



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Toekomst voor de zorg in viervoud

Besseling, P.; van Ewijk, C.

Published in:
TPEdigitaal

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Besseling, P., & van Ewijk, C. (2014). Toekomst voor de zorg in viervoud. TPEdigitaal, 8(2), 31-48.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Toekomst voor de zorg in viervoud

Paul Besseling en Casper van Ewijk¹

De voortschrijdende medische technologie en mondiger burgers plaatsen ons in de toekomst 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.

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 (OESO 2011, Kraus et al 2010). En de wereld staat niet stil. Nieuwe technologische doorbraken (op het gebied van *personalized medicine*, genterapie 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 toegankelijke 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 (OESO 2006). Weliswaar ligt mede door de recessie het groeitempo van de zorguitgaven momenteel lager dan gemiddeld, maar de onderliggende trends blijven opwaarts wijzen (Chandra et al 2013).

¹ Dit artikel is gebaseerd op hoofdstuk 11 van het boek *Toekomst voor de Zorg* dat beide auteurs schreven samen met Albert van der Horst.

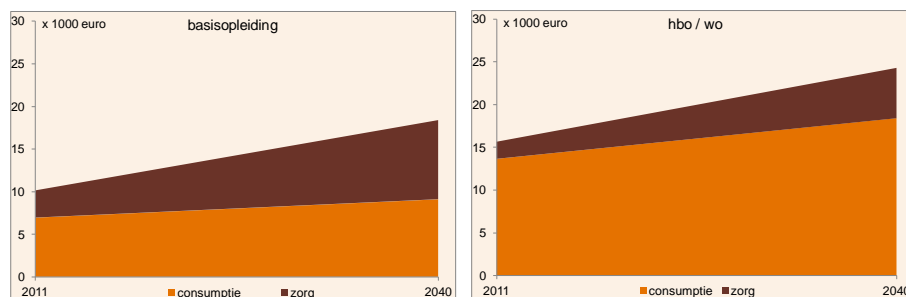
De toekomst van de zorg stelt ons voor fundamentele keuzes. In dit artikel schetsen wij deze keuzes aan de hand van vier beleidsscenario's, die elk een plausibele en samenhangende wereld schetsen voor de toekomst van de zorg. De vier geschetste werelden maken de onderliggende fundamentele keuzes duidelijk 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.

2 Stijgende prijs van solidariteit

Stijgende zorguitgaven kunnen de solidariteit in het zorgstelsel in de toekomst onder druk zetten. Nederland heeft een sterke traditie van brede goede zorg voor iedereen, zowel voor de curatieve zorg als voor de langdurige zorg. De zorg in Nederland is ruim verzekerd en zeer toegankelijk; eigen betalingen zijn in Nederland relatief ten opzichte van het buitenland laag (Van Ewijk et al 2013, hoofdstuk 1). De zorg in Nederland kent een hoge mate van solidariteit. Het is echter de vraag of deze solidariteit ook in de toekomst te handhaven valt. Niet alleen worden consumenten steeds kritischer en neemt de behoefte aan eigen regie toe. Gezondheid en zorg nemen een steeds belangrijker plaats in het leven in. En ook in het budget. De zorguitgaven zijn in de afgelopen tien jaar in snel tempo gestegen; de zorg groeide tussen 2000 en 2012 met reëel 4% per jaar terwijl het BBP nauwelijks meer dan 1% per jaar steeg. Vergrijzing van de bevolking verklaart maar een klein deel van deze sterke groei. De meeste groei hangt samen met toenemende medische mogelijkheden (curatieve zorg) en vraag naar betere kwaliteit (langdurige zorg).

Wanneer de zorguitgaven in dit hoge tempo zouden doorgroeien, zal het aandeel van de zorg in het bbp stijgen van 13 procent in 2010 tot 31 procent in het jaar 2040. Maar ook in een gematigder scenario waarin de trend vanaf 1980 wordt doorgetrokken komt de zorg uit op 22 procent van het bbp (Van Ewijk et al. 2013). Een deel van de groei komt door de vergrijzing. Dat deel laten we hier buiten beschouwing. Dan resteert voor iemand met alleen een basisopleiding nog altijd een stijging van het zorggebruik van 3200 euro per jaar in 2011 naar 9100 euro in 2040, althans in het scenario met hoge zorggroei (grafiek 1, linker helft). De vraag wie de stijging van de zorgkosten voor de lage inkomens moet betalen plaatst de samenleving voor een dilemma.

Figuur 1 Ontwikkeling zorggebruik en de ruimte voor overige consumptie in 2011-2040 naar opleiding (bij hoge zorggroei)



Het is niet aannemelijk dat de lage inkomens de groei helemaal zelf kunnen of willen betalen. Dan zou voor hen de komende decennia nauwelijks ruimte blijven voor toename van de niet zorg-gerelateerde consumptie (zie de grafiek)² Dat betekent dat hogere inkomens de stijging van de kosten grotendeels voor hun rekening moeten nemen: de marginale premie- en belastingtarieven zullen dan stijgen. Dat heeft niet alleen negatieve effecten voor de werking van de arbeidsmarkt, wellicht zijn er ook grenzen aan de mate van premiesolidariteit. Om een stijging van de marginale tarieven te voorkomen zou men kunnen bezuinigen op andere collectieve regelingen, maar dat zijn doorgaans juist regelingen die van essentieel belang zijn voor de lage inkomens zelf.

Men kan zich daarom afvragen of de lagere inkomens wel baat hebben bij een zo sterke groei van de zorgconsumptie en dus of solidariteit tussen hoge en lage inkomens niet op een efficiëntere manier is te organiseren dan via een steeds grotere verplichte zorgconsumptie.

3 Twee fundamentele afwegingen

Voor de toekomst van de zorg zijn twee afwegingen van wezenlijk belang, zie figuur 2. De eerste 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. Ook de vraag of bij de premie rekening mag worden gehouden met verschillen in gezondheid, is onderdeel van risicosolidariteit.

De tweede afweging betreft de vraag of we zorg voor iedereen gelijk willen aanbieden, of dat wij accepteren dat er verschillen zijn in het zorgaanbod en het verzekerde pakket. Het aanbieden van voor iedereen gelijke zorg kan worden opgevat als een vorm van herverdeling tussen hoge en lage inkomens, en dus van inkomenssolidariteit.

² Schattingen van de inkomenselasticiteit van de zorg lopen nogal uiteen, maar een elasticiteit heel veel hoger dan 1 is niet waarschijnlijk (Costa-Font et al 2011).

Daarnaast is ook de premie een belangrijk instrument voor inkomenssolidariteit; deze ‘premiesolidariteit’ gaat over de vraag in hoeverre hogere inkomens meer premie moeten betalen. Deze vorm van solidariteit blijft hier buiten beschouwing; het is een onderdeel van de integrale belastingproblematiek en niet specifiek voor de zorg. De zorgsolidariteit is daarentegen wel kenmerkend voor de zorg. De zorgverzekering is grotendeels georganiseerd als een verstrekking in natura (*provision in kind*) waarbij bovendien de verstrekking voor iedereen vrijwel geheel uniform is.³

Figuur 2 Uitsplitsing van vormen van solidariteit in de zorgverzekering



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 Van Ewijk et al (2013, hoofdstuk 7) levert verzekering van de zorgkosten welvaartswinst op, die kan oplopen tot enkele tientallen procenten van het inkomen. De onzekerheid bij de zorg wordt immers gekenmerkt door kleine kansen met grote gevolgen. 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.⁴ Ook de ouderenzorg is collectief verzekerd, namelijk via de Algemene Wet

³ Bij zorgverzekeringen is de uitsplitsing van de inkomenssolidariteit in zorgsolidariteit en premiesolidariteit cruciaal, omdat bij zorgverzekeringen sprake is van *provision in kind*, in de zin dat alleen uitgekeerd wordt voorzover de zorg daadwerkelijk genoten is. Dat geldt niet alleen voor naturapolissen maar ook voor restitutiepolissen. De polis geeft aanspraak op zorg, niet op geld. Hierin verschillen zorgverzekeringen van andere verzekeringen zoals letselschadeverzekeringen of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die geldsbedragen uitkeren zodra het risico zich voordoet.

⁴ Zie Van Ewijk et al. (2013, hoofdstuk 7) voor een bespreking van de mate van overheidsregulering in de Zvw.

Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Beide verzekeringen vergoeden echter niet alle zorgkosten. Een deel van de risico's wordt bij de consument gelegd. Dit beperkt de kosten van claimbeoordeling, maar is vooral ook bedoeld om het gebruik van de zorg af te remmen. Bij een verzekering van 100 procent vervalt voor de zorggebruiker iedere financiële prikkel om doelmatig met de zorg om te gaan, immers, de verzekering betaalt toch. Dit ongewenste bijeffect van verzekeren is een vorm van 'moreel gevaar' (*moral hazard*). 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, naast de rem op moreel gevaar, om niet 100 procent van de zorgkosten te vergoeden. Deze heeft te maken met de veranderende consumptiepatronen bij ziekte en gebrek (Finkelstein et al. 2008). Bij een langdurig zwakke gezondheid neemt de behoefte aan 'normale consumptie' af: mensen gaan minder met vakantie, de sportvereniging wordt opgezegd en soms gaat ook de auto de deur uit. Het is dan beter om de zorg niet volledig te verzekeren en voor een deel te financieren uit de 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.

Zorgsolidariteit. Bij zorgsolidariteit gaat het om de vraag of wij iedereen dezelfde zorg willen bieden, of dat de zorg afgestemd wordt op de individuele voorkeuren (en koopkracht). Hierbij staan twee visies tegenover elkaar (Fleurbaey en Schokkaert 2012; Dworkin 1993). De eerste benadrukt de gelijkheid van gezondheid en zorg. Zorg wordt gezien als een maatschappelijke norm voor een 'fatsoenlijke' samenleving, differentiatie in gezondheid en zorg als maatschappelijk ongewenst. De methode bij uitstek om gelijkheid te bereiken is door iedereen uniforme zorg aan te bieden.

Tegenover deze meer principiële visie staat de 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. Dit is een aspect van de 'allocatieve efficiëntie' in de economie. Dat kan door diversiteit in zorg en verzekeringen aan te bieden en ruimte te geven voor keuze en eigen verantwoordelijkheid.

Toch kunnen er ook vanuit economisch gezichtspunt argumenten bestaan voor het aanbieden van zorg in natura en het beperken van keuzevrijheid (Curry en Gahvari 2008). Ten eerste maken individuen niet altijd de juiste keuzes. Dat geldt

op het gebied van gezondheid en zorg waarschijnlijk sterker dan op veel andere gebieden. Gezonde levensgewoonten worden al op zeer jonge leeftijd aangeleerd; de sociale omstandigheden zijn hier zeer bepalend. Maar ook op latere leeftijd maken mensen vaak niet de juiste keuzes over hun zorg en gezondheid. Volledige keuzevrijheid kan leiden tot te weinig zorg, maar ook tot onnodig dure zorg of verkeerde zorg (bijvoorbeeld homeopathie). Een tweede reden voor zorg in natura heeft te maken met moreel gevaar (*moral hazard*). Wanneer de zorgverzekering bij ziekte uitkeert in geld in plaats in natura, ontstaat er meer druk op de uitgaven. 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. Het vastleggen van de geboden zorg voorkomt voorts dat mensen onnodig dure behandelingen kiezen; het basispakket van de zorg werkt als een norm voor iedereen. De keerzijde hiervan, is dat soms dure behandelingen niet gebeuren terwijl zij toch voor die patiënt optimaal zouden zijn.

Een derde argument voor verstrekking in natura kan zijn dat daardoor bepaalde doelgroepen beter bereikt worden. Door de aangeboden zorg met name voor die groep aantrekkelijk te maken en minder voor andere groepen, vind *self targeting* plaats. Een voorbeeld hiervan is ouderenzorg die bewust in lage kwaliteit wordt aangeboden; die zorg is daardoor niet aantrekkelijk voor hogere inkomens maar wel voor de mensen die de zorg echt nodig hebben maar het niet kunnen betalen, een vorm van tweedegraads prijsdiscriminatie. Dit derde argument geldt overigens alleen als er geen andere, meer direct methoden zijn om de doelgroep te identificeren, bijvoorbeeld aan de hand van inkomens - en vermogensgegevens. Volgens Currie en Gahvari (2008) is dit derde argument daarom in praktijk meestal niet doorslaggevend voor de wijdverbreide keuze van zorgaanbod in natura.

Nederland heeft een sterke traditie van uniforme, gestandaardiseerde zorg. In de langdurige zorg lijkt hier recentelijk verandering te komen. De scheiding van wonen en zorg leidt tot differentiatie in het aanbod van verzorgings- en verpleeghuizen. De aanspraak op collectief gefinancierde zorg blijft gelijk. Maar waar deze aanspraak eerder slechts verleend werd in een uniforme woonomgeving ontstaat nu keuzevrijheid op dit punt. In de slipstream hiervan komt ook in de geboden zorg meer variatie. Verschillende verzekeraars bieden de mogelijkheid om luxere zorg in te kopen tegen betaling, die kan oplopen tot enkele duizenden euro's per maand. De decentralisatie van de ouderenzorg waarbij de zorg meer afgestemd gaat worden op de individuele omstandigheden, zal de tendens tot differentiatie in de zorg verder versterken.

In de curatieve zorg ligt dit vooralsnog gevoeliger.⁵ Zeker wanneer dat zou leiden tot verschillen tussen hogere en lagere inkomens. Toch geldt ook hier in

⁵ De collectieve verzekering met gelijke aanspraken voor iedereen dekt ruim 80% van de verleende zorg.

beginsel dat bij normale preferenties bij een hoger inkomen in de regel ook een duurder en uitgebreider verzekeringspakket hoort. Voor lagere inkomens kan een goedkoper, maar medisch wel degelijk verantwoord pakket aantrekkelijk zijn, wanneer zij daardoor meer geld overhouden voor andere bestedingen. Het is dus de vraag of herverdeling in de vorm van dure zorg in natura wel de meest efficiënte methode van herverdelen is tussen hogere en lagere inkomens. Het beperken van de verzekerde zorg tot een standaard pakket is een inperking van de consumentensoevereiniteit.

Het zorggebruik sluit beter aan bij individuele voorkeuren als de uniformiteit in het zorgaanbod wordt losgelaten en een zekere differentiatie wordt toegestaan. Deze differentiatie wordt belangrijker naarmate de zorg een groter beslag legt op het totale inkomen. Mensen met een laag inkomen zouden meer baat kunnen hebben van een extra euro inkomen in plaats van een euro zorg.

De keuze voor een kleinere groei van het wettelijk verzekerde basispakket hoeft mensen met een relatief laag inkomen niet te benadelen. Integendeel, als de uitgespaarde middelen via lastenverlaging worden teruggesluisd naar deze groep, kan het de welvaart van deze groep verhogen. Hun totale bestedingen aan zorg en andere consumptie blijven gelijk, maar zij hebben meer mogelijkheden om hun bestedingen naar hun eigen wensen vorm te geven. Tegenover een soberder toekomstig basispakket staan ruimere bestedingsmogelijkheden op andere terreinen.

Vormen van differentiatie in zorg. Differentiatie in het zorgaanbod kan op diverse manieren gerealiseerd worden. In de eerste plaats kan de reikwijdte van de collectieve regelingen worden ingeperkt. Een bekend voorbeeld is de scheiding tussen wonen en zorg in de ouderenzorg. Maar hetzelfde gebeurt ook bij overheveling van bijvoorbeeld tandzorg en fysiotherapie uit de basisverzekering naar de aanvullende verzekering. Voor de aanvullende verzekeringen wordt in Nederland differentiatie in zorgaanspraken wel geaccepteerd, voor de basisverzekering is het verzekerde pakket van aanspraken voor iedereen gelijk.

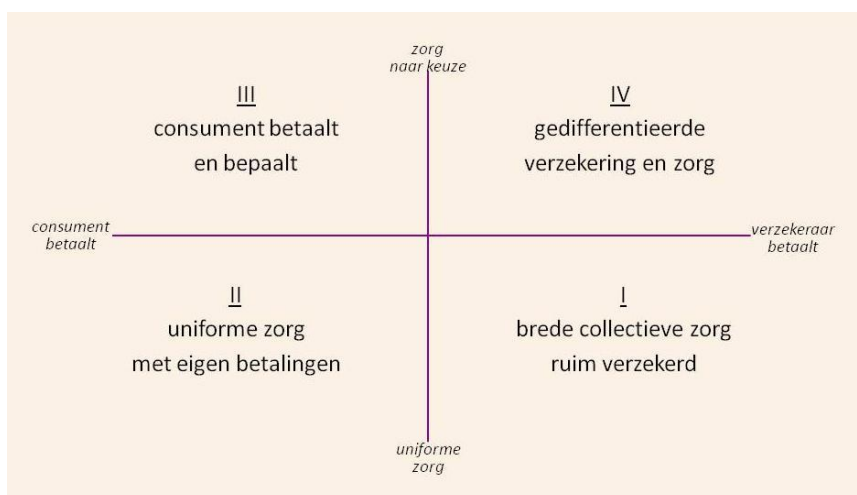
Andere manieren voor differentiatie zijn het toestaan van bijbetalen in de vorm van *topping up* of *opting out* (Thomson en Mossialos 2009). Bij *topping up* is het mogelijk om als aanvulling op de collectief verzekerde zorg extra zorg te kopen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van bijbetaling voor luxe 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. Men stapt geheel of gedeeltelijk uit de collectieve verzekering, doorgaans tegen betaling van een solidariteitsheffing. 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. Er is alle reden de markt voor aanvullende verzekeringen enigermate te reguleren, vooral om risicoselectie te bestrijden. Een dergelijk scenario 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 artikel 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.

4 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 3 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.

Figuur 3 Vier werelden voor de toekomst 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.

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 rechtsonder 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, met een zekere mate van overheidsregulering om risicoselectie tegen te gaan. 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 zoals gezegd niet specifiek voor de zorg. 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. 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? In het assendiagram kan Nederland op dit moment geplaatst worden in het kwadrant rechtsonder. De Nederlandse zorg 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.

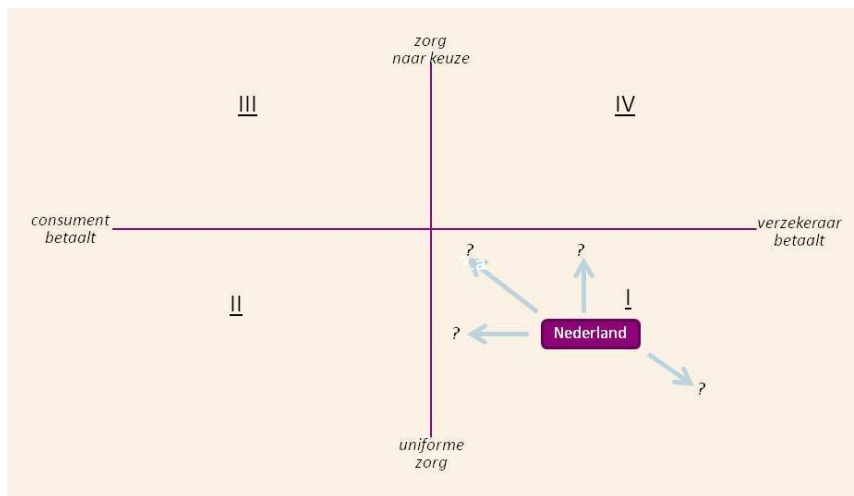
Wel heeft de zorg in het afgelopen decennium in het teken gestaan van een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, waardoor de ‘klant’ meer centraal komt te staan. Consumenten kunnen kiezen tussen verschillende verzekeraars die er op letten dat de zorg efficiënt is en overeenkomt met hun voorkeuren. 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 voorkeuraanbieders 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 4). 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 4). 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 4). Hoe de ontwikkeling in de toekomst verder zal gaan, is onzeker; de Nederlandse zorg staat voor fundamentele keuzes.

Figuur 4 Nederlandse zorg staat voor fundamentele keuzes



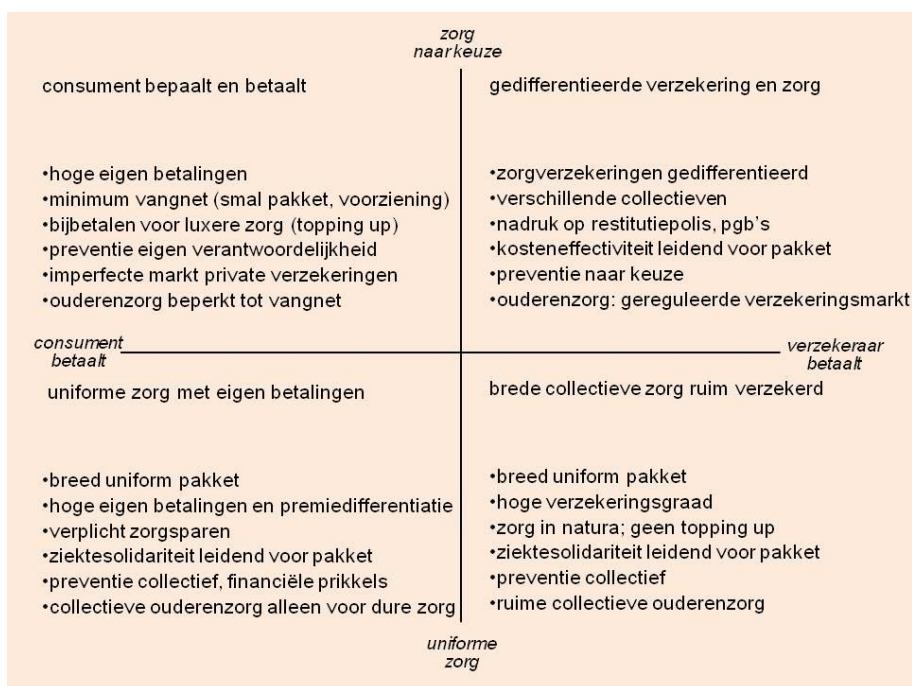
De toekomst. De omgeving verandert. Welke keuzes worden gemaakt, hangt nauw samen met de toekomstige ontwikkelingen in de zorg en de maatschappij. Zorg wordt steeds belangrijker; de toekomstige zorgconsument besteedt een groter deel van zijn inkomen aan zorg. Dat is goed besteed, omdat gezondheid belangrijk is en de medische technologie steeds meer mogelijkheden biedt (Pomp 2010). Met het inkomen stijgt ook de vraag naar betere en luxe zorg. Tussen nu en 2040 zullen de inkomens volgens de in Van Ewijk et al. (2013, hoofdstuk 2) geschetste scenario's met 60 procent toenemen; de individuele zorguitgaven verdubbelen in het trendmatige scenario en verdrievoudigen zelfs in het hoge scenario. 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 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.⁶

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.

Figuur 5 Vier werelden voor preventie, genezing en langdurige zorg



Economische effecten samengevat. Ieder van de vier werelden biedt een plausibel en consistent beeld voor de toekomst, maar wel met duidelijk andere uitkomsten. Wij kijken naar de uitkomsten op de volgende vier kenmerken:

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

Tabel 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

⁶ De mate waarin de mogelijkheden voor eigen regie toenemen is onzeker, omdat ook de hoeveelheid kennis en de specialisatiegraad in de medische wetenschap toeneemt.

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 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 allocatieve efficiëntie laag. Het hoge niveau van inkomensafhankelijke premies, of belastingtarieven, ontmoedigt het arbeidsaanbod en remt de economische groei.

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.

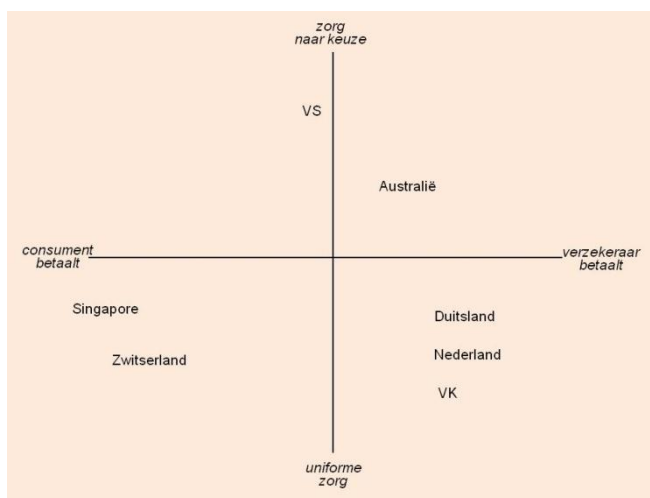
In wereld *III - Consument betaalt en bepaalt* -, wordt de gelijkheid in de zorg losgelaten. Ook de financiële zekerheid is laag door gebrek aan verzekeringen. De premies zijn laag wat een gunstig effect heeft op de werkgelegenheid. Voor de allocatieve efficiëntie is het beeld gemengd; enerzijds is er 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 van inkomensafhankelijke premies op het arbeidsaanbod 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.

5 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 6 Verzekering van curatieve zorg, internationaal vergeleken



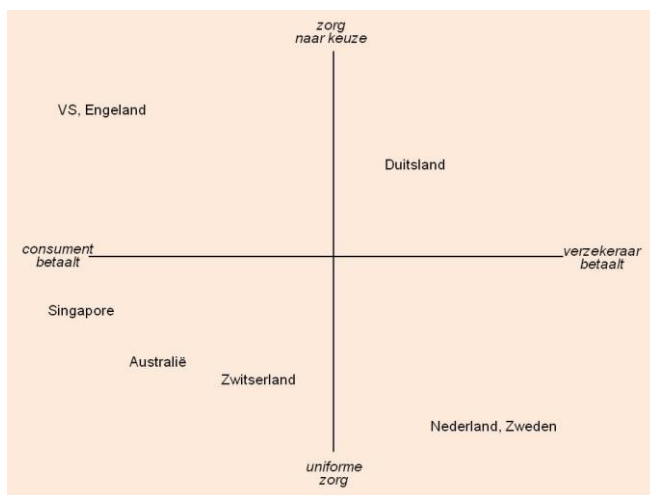
Curatieve zorg. Figuur 6 schetst welke keuzes diverse landen hebben gemaakt voor de curatieve zorg. Het is een momentopname, want het landschap is voortdurend in beweging. Omdat de Zvw een brede basisverzekering voor iedereen is, past het Nederlandse stelsel, net als dat van Duitsland en Engeland, in 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 een inkomen tot 400% van de armoedegrens. Verder komen er tijdelijke belastingvoordelen voor kleine ondernemingen voor het aanbieden van een zorgverzekering aan hun werknemers.

Ouderenzorg. De verzekeringsgraad ligt bij de ouderen zorg in de meeste landen veel lager dan bij de curatieve zorg. Dit is opvallend, omdat juist voor ouderen zorg de kosten heel onzeker, maar ook heel hoog kunnen zijn; de waarde van het verzekeren van ouderen zorg is dan ook hoog. De belangrijkste verklaring voor dit verschil is dat in veel landen ouderen zorg 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 ouderen zorg. Brown en Finkelstein (2007) wijden daar een uitgebreide analyse aan.

Figuur 7 Verzekering van de ouderenzorg internationaal vergeleken

Nederland en Zweden hebben een omvangrijke basisvoorziening voor de ouderenzorg. Dat komt onder andere doordat Nederland meer dan andere landen gebruik maakt van intramurale voorzieningen waarbij de uniforme wooncomponent is meeverzekerd. 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 7 zijn gepositioneerd. In Duitsland garanderen de gemeenten een vangnetvoorziening en verschaft de *Pflegeversicherung* bij ernstige hulpbehoevendheid 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.

6 Conclusie

Hoe de zorg er in de toekomst uit ziet is niet te zeggen, maar dat de zorg gaat veranderen, is zeker. De voortdurende stijging van het aandeel van de collectieve zorg in het nationaal inkomen 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 het ideaal van gelijkheid in de zorg (zorgsolidariteit) en de wens om zorg af te stemmen op individuele voorkeuren. Ten tweede de afweging tussen de wens tot verzekeren (risicosolidariteit) en het streven om onnodig gebruik van zorg af te remmen. 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 te 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.

Auteurs

Paul Besseling (besseling@cpb.nl) is als Programmaleider Zorg verbonden aan het Centraal Planbureau. Casper van Ewijk (c.vanewijk@uva.nl) is hoogleraar macro-economie aan de Universiteit van Amsterdam en algemeen directeur van Netspar, Network for Studies on Pensions, Ageing and Retirement.

Literatuur

- Brown, J.R., en A. Finkelstein, 2007, Why is the market for long-term care insurance so small?, *Journal of Public Economics*, vol. 91: 1967-91.
- Chandra, A., J. Holmes en J. Skinner, 2013, Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending, Fall 2013 Brookings Panel on Economic Activity.
- 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(1): 95-107.
- Currie, J., en F. Gahvari, 2008, Transfers in Cash and In-Kind: Theory Meets the Data, *Journal of Economic Literature*, vol. 46(2): 333-83.
- Dworkin, R., 1993, Justice in the distribution of health care, *McGill Law Journal*, vol. 38(4): 883-98.
- Ewijk, C. van, P.J. Besseling en A. van der Horst, 2013, Toekomst voor de Zorg, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Finkelstein, A., E. Luttmer, M. Notowidigdo, 2008, What good is wealth without health? The effect of health on the marginal utility of consumption, NBER Working Paper 14089.
- Fleurbaey, M. en E. Schokkaert, 2012, Equity in Health and Health Care, in: M. Pauly, T. McGuire en P. Barros (eds), *Handbook of Health Economics*, 1003-1092, Elsevier.
- Kraus, M., M. Riedel, E. Mot, P. Willemé, G. Röhring en T. Czypionka, 2010, A Typology of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report 91, CEPS, Brussel, augustus.
- OESO, 2006, Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?, Economics Department Working Paper 477.
- OESO, 2011, Health at a glance 2011, OECD Publishing.
- Pomp, M., 2010, Een beter Nederland, Uitgeverij Balans, Amsterdam.
- Thomson, S. en E. Mossialos, 2009, Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, LSE Health and Social Care.