



Samen voor ons eigen

Auteur(s):

Kam, C.A., de

** De auteur is hoogleraar bij de vakgroep Algemene economie van de Rijksuniversiteit Groningen.***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4336, pagina D15, 26 november 2001

Rubriek:

Dossier: Generatiebewust vooruitzien

Trefwoord(en):

vergrijzing

In de zorgsector zijn keuzen ten aanzien van inkomen en solidariteit duidelijk zichtbaar. Wat voor stelsel willen we en welke financiering kiezen we? Betaalbaar en karig, of royaal en duur? Of accepteren we een maatschappelijke tweedeling? De individuele zorgrekening verankert in feite slechts de huidige situatie.

Het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen doet denken aan een duikboot die al twintig jaar frequent in het dok ligt voor grote en tal van kleinere reparaties. Bij de kabinetsformatie van volgend jaar willen politici afspraken maken om het vaartuig ingrijpend te moderniseren. Het ligt in de bedoeling dat al met ingang van 2005 een nieuw stelsel van zorgverzekeringen functioneert ¹. Bij dit herziene stelsel is het aanbod beter afgestemd op de vraag naar zorg en is minder sprake van centrale sturing door de overheid. Bij de afstemming van de vraag op het aanbod is een belangrijke rol toegedacht aan onderling concurrerende zorgverzekeraars.

De op handen zijnde stelselherziening is min of meer afgedwongen door de maatschappelijke deining over wachtlijsten voor operaties, verpleging en thuiszorg. Een aanzienlijke verruiming van de keuzemogelijkheden voor zorgconsumenten past naadloos in de alom waarneembare tendens naar individualisering. Gezien de latente koopkrachtige vraag, laat zich voorspellen dat bij een meer vraaggestuurd aanbod de zorguitgaven als aandeel van het bbp gaan oplopen. Voorspelbare kostenstijgingen worden versterkt door de vergrijzing van de bevolking in de eerste helft van deze eeuw. Kan de gedeeltelijke overstap op een systeem van individuele zorgrekeningen het stelsel in de toekomst boven water houden?

Duikbootmodel

Sinds 1994 hanteert de overheid bij de ordening van zorgvoorzieningen een 'duikbootmodel'. Beleidsmakers splitsen de zorgsector in drie compartimenten waar tussen institutionele en financiële schotten staan.

Het eerste compartiment bevat de voorzieningen die worden gefinancierd krachtens de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Het gaat hoofdzakelijk om onverzekerbare risico's, met name langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken.

Het tweede compartiment omvat in beginsel verzekerbare risico's, zoals opname in het ziekenhuis, aankoop van medicijnen en bezoek aan de huisarts. De overheid bepaalt de reikwijdte van dit pakket voor wie verplicht verzekerd zijn ingevolge de Ziekenfondswet (ZFW). Dit betreft ongeveer tweederde van de bevolking: lager betaalde werknemers, kleine zelfstandigen en nagenoeg alle uitkeringsontvangers. De overige Nederlanders zijn doorgaans 'particulier' tegen ziektekosten verzekerd ingevolge een privaatrechtelijke overeenkomst. Verplicht is het sluiten van zo'n verzekering niet: enkele honderdduizenden Nederlanders zijn niet voor het tweede compartiment verzekerd ([tabel 1](#)). Voor bepaalde groepen ambtenaren geldt een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

Tabel 1. Verzekeringsvorm, procentuele aandelen

	2000
ziekenfonds	65
particulier	33
waarvan privaatrechtelijk	28
waarvan publiekrechtelijk	5
onverzekerd	2
totaal	100

Het derde compartiment omvat zorg die eventueel aanvullend kan worden verzekerd en die voor het overige voor eigen rekening komt: aanschaffingen voor de huisapotheek, alternatieve geneesmiddelen en aanvullingen op het ziekenfondspakket.

Het eerste en het tweede compartiment omvatten de 'noodzakelijke' zorg waarvan de overheid vindt dat zij voor iedereen toegankelijk moet zijn. De overheid streeft er al jaren naar om het derde compartiment te laten groeien ten koste van het eerste plus het tweede compartiment. Met dit streven is in de afgelopen tien jaar evenwel weinig succes geboekt ([tabel 2](#)).

Tabel 2. Zorgvoorzieningen per compartiment, in procentuele aandelen, en zorguitgaven

	1992	2002
compartiment		
eerste	42	43
tweede	56	54
derde	2	3
<i>totaal</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
zorguitgaven		
miljard euro (lopende prijzen)	25,4	40,3
procenten bbp	9,9	8,9

Zuurstofgebrek

Sinds het midden van de jaren zeventig heeft de Nederlandse overheid haar greep op het aanbod van zorgvoorzieningen voortdurend versterkt, met de bedoeling de groei van de zorguitgaven in de hand te houden. De achtergrond van overheidsinspanningen om de kostenontwikkeling te beteugelen, is bekend. In Nederland wordt momenteel 78 procent van de zorguitgaven collectief gefinancierd. Een ongebreidelde oploop van de zorguitgaven zou leiden tot voortdurend stijgende premies voor AWBZ en ZFW en zou daarnaast steeds grotere overheidsbijdragen in de financiering van de zorg vergen. Beleidsmakers waren en zijn beducht dat hiermee verband houdende lastenstijgingen grotendeels worden afgewenteld op de ondernemingen. De stijging van de loonkosten die hiermee samenhangt zou de binnenlandse inflatie aanwakkeren en de internationale concurrentiepositie van ons land aantasten. Om dit tegen te gaan, probeert de overheid de stijging van de zorgkosten te beteugelen.

Louter volgens financieel-economische maatstaven gerekend, kan het beleid succesvol worden genoemd. In de laatste tien jaar is de *zorgquote* gedaald van 9,9 procent tot 8,9 procent van het bbp (zie [tabel 2](#), onderste regel). De schaduwkanten van de beleidsinzet werden de afgelopen jaren ook steeds duidelijker. Maatregelen gericht op kostenbeheersing hebben geleid tot 'zuurstoftekort' in het eerste en het tweede compartiment. Mede door het gevoerde beleid moeten verzekerden steeds vaker een aantal weken of zelfs maanden wachten voordat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben en waarvoor zij verzekerd zijn.

Oplopende druk

Naarmate het stelsel dieper zinkt, staat het zwaarder onder druk. In 1994 en 1998 zijn bij de kabinetsformatie afspraken gemaakt over de toegestane groei van de zorguitgaven. In beide kabinetsperiodes is het gestelde macrokader - hoewel aanvullende ombuigingen plaatsvonden - uiteindelijk met ongeveer vier miljard gulden overschreden. Het kabinet heeft zich dus bij aanzienlijke overschrijdingen van het uitgavenkader neergelegd.

Door de vergrijzing en de trend naar 'medicalisering' van het dagelijks bestaan, groeit de vraag naar zorg. Bovendien zal de prijs van zorgvoorzieningen hoogstwaarschijnlijk sneller stijgen dan het algemene prijspeil, onder andere doordat de verbetering van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector achterblijft (Baumol-effect) en door de technische vooruitgang die nieuwe, dure behandelingen mogelijk maakt. De groeiende vraag en de stijgende kosten drijven de *zorgquote* - die de zorgkosten weergeeft als aandeel van het bbp - in de komende tientallen jaren omhoog.

Een vooruitberekening van het Centraal Planbureau suggereert dat de *zorgquote*, als gevolg van de vergrijzing van de bevolking, oploopt van 8,5 procent tot twaalf procent van het bbp in 2040². Baumol-effecten zijn niet ingecalculleerd. Verder is van groot belang dat het CPB bij zijn vooruitberekening is uitgegaan van ongewijzigd overheidsbeleid; dat is dus met inbegrip van momenteel door de overheid opgelegde aanbodbeperkingen en tariefingrepen.

Moskou aan Zee versus Polderzorg

Het bestaande zorgstelsel kenmerkt zich door aanbodsturing ter beheersing van de zorguitgaven en rantsoenering via hoeveelheden. Gezien de grote invloed van Den Haag valt het geheel te typeren als 'Moskou aan Zee'. Het stelsel kent verder een aanzienlijke inkomenssolidariteit tussen (een deel van de) verzekerden. [tabel 3](#) brengt de gezamenlijke premielasten voor het eerste en het tweede compartiment in beeld. De premiedruk blijkt sterk te variëren met het inkomensniveau en de gezinssamenstelling van de verzekerde³.

Tabel 3. Premies ziektekostenverzekering, 2001, bedragen in euro

	brutoloon	premies	procenten	index _a
<i>alleenstaande werknemer</i>				
minimumloon	15.000	2155	14,4	52
modale werknemer	26.800	4150	15,5	100
driemaal modale werknemer	80.450	3375	4,2	81
<i>kostwinner met twee kinderen</i>				

minimumloon	15.000	1900	12,7	46
modale werknemer	26.800	3900	14,6	94
driemaal modale werknemer	80.540	5640	7,0	136

a. Index alleenstaande modale werknemer = 100.

Zowel de Sociaal-Economische Raad als het kabinet toonden zich het afgelopen jaar voorstander van invoering van een algemene zorgverzekering voor het tweede compartiment. Dit model valt te typeren als 'Polderzorg'. Bij dit alternatief verdwijnt het verschil tussen particulier en in het ziekenfonds verzekerden. 'Polderzorg' kenmerkt zich door meer vraagsturing, hogere zorguitgaven, minder inkomenssolidariteit (bij varianten met uitsluitend of hoofdzakelijk een nominale premie) en minder rantsoenering via wachtlijsten. Dat de *zorgquote* bij deze variant hoger uitpakt is aannemelijk, gezien de ervaringen in de Verenigde Staten. Daar heeft de overheid veel minder greep op de zorgsector en staat de *zorgquote* op ongeveer veertien procent van het bbp, terwijl tegelijk enkele tientallen miljoenen Amerikanen onverzekerd zijn.

Kostenbeheersing

Het kabinet stelt vast dat ook bij 'Polderzorg' een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten nodig blijft. Het slaagt er niet in aan te geven *hoe* de kosten van de zorg in toom kunnen worden gehouden wanneer zorgverzekeraars de regie eenmaal in belangrijke mate van de overheid hebben overgenomen en - zoals te verwachten valt - de thans onderdrukte zorgvraag van verzekerden gaan honoreren. De Studiegroep begrotingsruimte noemt twee instrumenten om bij de collectieve financiering van de zorg de tering naar de nering te zetten: vermindering van de verzekerde aanspraken, of hogere eigen betalingen⁴. In beide gevallen komt echter al snel de gelijke toegang tot de zorg in het gedrang. Niet voor bemiddelde zorgvragers, want die kunnen zich dure zorg permitteren. Maar mensen met een laag inkomen beschikken niet over de middelen om zorg buiten een uitgedund, collectief gegarandeerd pakket aan te schaffen. Forse eigen betalingen bij zorggebruik gaan hun draagkracht al evenzeer snel te boven.

De onvermijdelijke conclusie, die het kabinet niet trekt, luidt dat vraaggestuurde zorg moeilijk of niet valt te rijmen met uitgavenbeheersing en een gematigde premieontwikkeling. Krijgen consumenten en zorgverzekeraars de touwtjes in handen, dan moet dus op den duur het mes in het pakket of dient het zorggebruik via remgelden te worden teruggedrongen, tenzij een toekomstig kabinet volstaat met limitering van de collectieve financiering. Begrenzing van financiering ten laste van de collectieve middelen betekent dat verzekeraars na kostenstijgingen hogere nominale premies in rekening gaan brengen. Die doen in verhouding de grootste aanslag op de koopkracht van lager betaalden. Wensen politici die koopkrachtverliezen vervolgens te repareren met behulp van een belastingverlaging, dan komen de gestegen zorgkosten via een omweg toch weer ten laste van de schatkist.

Individuele zorgrekening panacee?

De voorzienbare stijging van de zorguitgaven valt in de toekomst beter op te vangen door nu de staatsschuld weg te werken. Het verdient echter geen aanbeveling om, naar analogie van het in 1997 ingestelde AOW-Spaarfonds, over te gaan tot het instellen van een AWBZ-Spaarfonds. Bij het AOW-Spaarfonds is immers slechts sprake van een vestzak-broekzakoperatie op de rijksbegroting.

Wel kan de overheid overwegen burgers te verplichten tot het vormen van besparingen via een *individuele zorgrekening* (IZ). Bij een minder stringente variant subsidieert de overheid vrijwillige stortingen op de IZ, door, al dan niet met inschakeling van de fiscus, een premie te verstrekken: *Samen voor ons eigen*. Individuen zouden in welomschreven gevallen ten laste van hun IZ middelen kunnen opnemen om kosten te voldoen van verpleging en verzorging van bovengemiddelde kwaliteit in het eerste en het tweede compartiment.

Dit instrument past minder binnen een aanbodgestuurd stelsel waar capaciteit aan zorgvragers wordt toegewezen op basis van hun plaats in de wachtrij. Het past daarentegen uitstekend in een vraaggestuurd stelsel, waarbij wordt aanvaard dat bemiddelde individuen aanspraak kunnen maken op meer of kwalitatief betere voorzieningen dan individuen die - bij een beperkt inkomen noodgedwongen - kiezen voor een sober collectief gefinancierd basispakket.

In feite brengt de IZ niet zoveel nieuws onder de zon. Op dit moment hebben bemiddelde individuen immers ook al toegang tot meer en betere zorgvoorzieningen, te weten wanneer zij bereid zijn uit eigen zak zorg te kopen buiten het circuit van de AWBZ om. Heel wat senioren maken gebruik van hulp in de huishouding en kopen privé-verzorging, omdat zij niet langer kunnen wachten op officiële thuiszorg. Bovendien werkt de thuiszorg met sterk inkomensafhankelijke eigen bijdragen, waardoor het voor bemiddelde ouderen in verhouding weinig uitmaakt of zij zelf hulp inkopen of een beroep doen op verstrekkingen krachtens de AWBZ.

Ongelijkheid

De individuele zorgrekening vormt in wezen slechts de institutionele bevestiging van het feit dat individuen nu al in verschillende mate toegang tot zorg en thuishulp hebben. Het is denkbaar dat de kwaliteit van collectief gefinancierde voorzieningen in de toekomst door de beperkt beschikbaar gestelde middelen (verder) onder druk komt te staan. Dan ontstaat een situatie met uiterst sobere voorzieningen in het collectieve circuit naast 'luxe' voorzieningen die open staan voor wie het zich, mede dank zij het saldo op hun IZ, kunnen permitteren. Hoewel zo'n kwalitatieve tweedeling bij ouderenvoorzieningen ook nu al bestaat, zal de verzorgingskloof meer in de gaten lopen, omdat een aanzienlijk grotere groep ouderen straks in staat is uit eigen zak 'beterzorg' te kopen.

Dit vooruitzicht vormt op zich een prikkel om via de IZ te 'sparen voor later'. Om het systeem geloofwaardig te houden, zou de overheid voor spijtoptanten - die onvoldoende hebben ingelegd of kunnen inleggen - geen pardon mogen tonen ('no bail out'). De 'krekels' moeten kou lijden om de 'mieren' te belonen voor hun spaarzin. Krekels die verlangen naar beterzorg zullen zijn aangewezen op financiële ondersteuning van hun kinderen of vrienden. Het is de vraag of zij daarop kunnen rekenen.

Tot slot

De oprukkende individualisering kan leiden tot minder maatschappelijke steun voor zorgverzekeringen met een hoog gehalte aan inkomenssolidariteit, zoals de bestaande AWBZ en ziekenfondsverzekering die kent. Dat geldt mogelijk des te meer wanneer de zorgkosten nog aanzienlijk oplopen, door de vergrijzing van de bevolking en een stelsel waarbij zorgvragers het veel meer voor het zeggen krijgen. Vooruitziende individuen zouden onder deze omstandigheden baat kunnen vinden bij een systeem van Individuele zorgrekeningen. Dat zou dan snel moeten worden ingevoerd: de kaars van de actieven brandt snel op. Toch betekent IZ geen breuk met het heden. Zij verankert slechts in wetgeving en instituties datgene wat nu al realiteit is.

Dossier Generatiebewust vooruitzien

W.A. Vermeend: [Wie regeert](#)

R.M.A. Jansweijer: [Paradoxen en keuzes in generatiebewust beleid](#)

K.P. Goudswaard: [Keuzevrijheid en werk](#)

L.S.C. van Eekelen en R. Olieman: [Grenzen aan de premie](#)

G.H. Touw-van de Giessen: [De werkende senior in de praktijk](#)

J.J.M. Theeuwes: [Wie dragen het stelsel?](#)

C.A. de Kam: [Samen voor ons eigen](#)

D.J. Wolfson: [Zorg in perspectief](#)

N.S. Klazinga en D.M.J. Delnoij: [Verzekeringen in gezondheidsperspectief](#)

H.P. van Dalen en K. Henkens: [Ouderen en de dragelijkheid van ongelijkheid](#)

A.P.W.P. van Montfort: [Zorg voor ouderen loopt vast!](#)

E.H.M. Ponds: [Oogsten of doorwerken](#)

F.A.G. den Butter: [De rechte rug van de regering](#)

R.H.J.M. Gradus: [De muziek van de Sirenen](#)

F. Vandenbroucke: [Pensioenen: een lege doos?](#)

C.W.A.M. van Paridon: [Europese pensioenproblemen](#)

S.G. van der Lecq: [Levensloop in drievoud](#)

1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Vraag aan bod*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 855, nr. 2.

2 Centraal Planbureau, *Ageing in the Netherlands*, Den Haag, 2000, blz. 53.

3 In het ziekenfonds zijn de niet-werkende echtgenoot en kinderen gratis meeverzekerd. Wel is voor de echtgenoot/echtgenote een betrekkelijk geringe nominale premie verschuldigd.

4 Studiegroep Begrotingsruimte, *Stabiel en duurzaam begroten*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 805, nr. 1.