



Vergrijzing: zorgbehoeften en hun financiering

Auteur(s):

Zwiers, A.R.G.J.

Wijst, C.A., van der

De auteurs zijn werkzaam bij de Sociaal-Economische Raad. Dit artikel is grotendeels gebaseerd op het in september 1999 uitgebrachte rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing van de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen (csed) van de Sociaal-Economische Raad (SER).

Verschenen in:

ESB, 85e jaargang, nr. 4247, pagina 212, 17 maart 2000

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Het collectief gefinancierde zorgaanbod sluit onvoldoende aan op de verwachte verdubbeling van het aantal 65+-ers in de komende veertig jaar en hun veranderende preferenties. Op welke manieren kan de financiering van de zorg vorm worden gegeven om hieraan beter te voldoen?

In zijn column *Private rijkdom, publieke armoede* wees Van Praag er onlangs in dit blad terecht op dat er geen enkel argument is om de zorguitgaven als bestedingsaandeel in het bruto binnenlands product gedurende langere tijd te stabiliseren ¹. Bij veranderende omstandigheden, zoals een vergrijzende samenleving, zullen immers de maatschappelijke preferenties verschuiven. Een wijziging van de omvang van het zorgaandeel is hiervan het logische gevolg. Tegen deze achtergrond hoeft het niet verontrustend te zijn, dat de zorguitgaven de komende decennia waarschijnlijk sneller zullen groeien dan het bbp (zie het kader).

Toekomstige zorguitgaven

In de ramingen van de toekomstige zorguitgaven worden demografische en niet-demografische factoren meegenomen. De keuze van de niet-demografische factoren en de wijze waarop deze in de ramingen worden geïntegreerd lopen per studie sterk uiteen. Dit vormt een belangrijke verklaring voor de verschillende ramingsuitkomsten (zie [tabel 1](#)).

Tabel 1. Lange-termijnramingen van de zorguitgaven, 1994-2040

studie	groeipercentage (reëel t.o.v. bbp-prijs)				zorgquote (1995=8,7 %)	
	demogr.	Baumol	overig	totaal	2020	2040
CPB-scenario's (1995-2020)						
» divided Europe	0,8	1,0	1,1	2,9	12,2	-
» economic coordination	1,1	1,2	1,5	3,8	11,4	-
» global competition	1,0	0,8	2,0	3,8	9,9	-
CPB Generatierекeningen (1995-2020)	1,0	2,0 _a		3,0	9,8	13,2
Studiegroep Begrotingsruimte (1995-2040)	0,9	2,2 _a		3,1	-	13,2
RIVM-toekomstverkenning (1994-2015)	1,0	0,3	1,1	2,4	-	-

a. Baumol-effect en overige effecten tezamen.

Het effect van de demografische ontwikkelingen op de groei van de toekomstige zorguitgaven wordt globaal op zo'n één procent per jaar geschat; rond 2030 zal het groeipercentage waarschijnlijk enkele tienden van procentpunten hoger liggen. Werd deze demografisch bepaalde uitgavengroei voorheen vooral door de bevolkingsgroei veroorzaakt, in de toekomst zal het grootste effect door de vergrijzing worden bepaald. Rond het jaar 2040 vindt een afkapping van de demografisch bepaalde groei plaats doordat de omvangrijke baby-boomgeneratie in toenemende mate komt te overlijden en de vergrijzing enigszins afneemt.

De invloed van niet-demografische factoren op de geraamde zorguitgaven is sterker dan de invloed van de demografie. De niet-demografische factoren worden op verschillende manieren in de onderscheiden ramingen verwerkt, waardoor de uitkomsten enige variatie laten zien. Dit hangt samen met de problemen rondom het inschatten van de effecten van veranderingen in de medische technologie, de epidemiologie en het Baumol-effect. In arbeidsintensieve sectoren, waaronder de gezondheidszorg,

blijft de productiviteitsontwikkeling achter bij de macroproductiviteitsgroei; bijgevolg ligt de arbeidskosten- en prijsontwikkeling in de gezondheidszorg hoger dan het nationale gemiddelde (Baumol-effect).

Zou ook de rinvm-raming uitgaan van een Baumol-effect van circa één procent, dan zouden de gemiddelde zorguitgaven in deze vooruitberekening met zo'n drie procent per jaar groeien. Dit resultaat is dan vergelijkbaar met de uitkomsten van de andere besproken studies: tussen drie en vier procent per jaar (in constante prijzen).

Aangezien de bbp-groei volgens de ramingen bij de groei van de zorguitgaven zal achterblijven, loopt de zorguitgavenquote met enkele procentpunten op tot ruim dertien procent bbp in 2040, bijna vijftig procent meer dan thans.

Bron: CPB, Lange-termijnramingen zorg, opgenomen als bijlage 3 in het CSED-rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing, SER, Den Haag, september 1999.

Deze constatering betekent niet dat er zich op het terrein van de zorg geen wezenlijke problemen zullen voordoen, zodat met een min of meer volgend beleid kan worden volstaan. Er is zeker reden om na te denken over de vraag hoe, rekening houdend met de gevolgen van de vergrijzing, de veranderende maatschappelijke preferenties op het gebied van de gezondheidszorg kunnen worden gehonoreerd.

Knelpunten

Financiering...

In de gezondheidszorg doen zich diverse knelpunten voor². In het licht van de vergrijzing wordt het accent veelal sterk gelegd op het vraagstuk van de financiering. Dat is begrijpelijk tegen de achtergrond dat de gemiddelde zorguitgaven na het zeventigste jaar explosief toenemen³. In combinatie met de verwachte verdubbeling van het aantal 65-plussers tot ruim vier miljoen in 2040 leidt dit tot de conclusie dat de vergrijzing in een opwaartse druk op de zorguitgaven zal resulteren.

In de huidige financieringssysteem worden de premies volksverzekeringen (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Algemene Ouderdomswet) geheven over de eerste inkomensschijf. Bovendien zijn 65-plussers van AOW-premiebetaling vrijgesteld. Ceteris paribus betekent dit dat lastenverhogingen uit hoofde van de vergrijzing (hogere premies volksverzekeringen en ziektekostenverzekeringen, zie verder) in belangrijke mate zullen neerslaan bij werkenden in het laagste inkomenstraject.

Daarnaast speelt het vraagstuk van de intergenerationele solidariteit. Ouderen betalen gemiddeld minder aan premies (en eigen bijdragen) dan zij aan zorgvoorzieningen gebruiken en zijn derhalve netto-ontvangers⁴. Bij de huidige systematiek betekent een voortgaande vergrijzing dat het aantal netto-ontvangers van Ziekenfondswet- en awbz-voorzieningen groeit, terwijl het aantal 20-64-jarigen, de netto-betalers, krimpt.

... en afstemming van vraag en aanbod

Met het oog op de voortgaande vergrijzing zijn in het bijzonder knelpunten in de ouderen- en thuiszorg van belang, vooral de gebrekkige aansluiting van het collectief (via de AWBZ) gefinancierde aanbod op de vraag. De knelpunten betreffen niet alleen een te beperkt zorgbudget en rigiditeiten in de wet- en regelgeving (prijs- en aanbodregulering), maar hangen ook samen met sociaal-culturele trends: ouderen worden gemiddeld hoger opgeleid en mondiger en krijgen pluriformere zorgbehoeften⁵. Onder invloed van de vergrijzing zullen afstemmingsproblemen tussen zorgvraag en zorgaanbod alleen maar toenemen, hetgeen er toe noopt tijdig oplossingsrichtingen onder ogen te zien.

Hoe op de veranderingen in te spelen?

Goed draaiende economie ...

De vergrijzing stelt hoge eisen aan het draagvlak voor (toekomstige) publieke voorzieningen, waaronder de gezondheidszorg en de AOW. Los van de te maken keuzes in de gezondheidszorg zelf heeft het versterken van dit draagvlak dan ook een hoge prioriteit. Daarbij gaat het met name om het zorgdragen voor een goed draaiende economie, met een hogere arbeidsparticipatie en gezonde overheidsfinanciën⁶.

... en keuzes in de gezondheidszorg

Een vergrijzende samenleving zal naar verwachting een steeds hogere prioriteit toekennen aan medische en niet-medische zorg ('cure' en 'care'). Die zorg zal ook steeds meer rekening moeten houden met verschillen tussen individuele ouderen. Het meest fundamenteel is de keuze om het stelsel al dan niet beter aan te laten sluiten bij deze maatschappelijke en individuele preferenties. Het huidige beleid grijpt niet aan bij de vraagzijde, maar bij de aanbodzijde (vaststelling macro-uitgavenplafond, prijs- en aanbodregulering). Weliswaar worden versoepelingen voorgestaan, bijvoorbeeld in de AWBZ, maar ook dan blijft de patiënt grotendeels afhankelijk van derden (indicatie-organen, zorgkantoren, zorgaanbieders) of, en zo ja wanneer en hoe, zijn zorgvraag wordt gehonoreerd.

Bovendien dreigt op de langere termijn het onderscheid tussen medische en niet-medische zorg te vervagen. Met name op het gebied van ouderenzorg is sprake van een ontwikkeling waarbij steeds meer niet-medische dienstverlening (huishoudelijke hulp, tafeltje-dekje, woondiensten in verzorgingshuizen) binnen de collectieve aanspraken worden getrokken. Naarmate meer aanspraken in de volksverzekering AWBZ worden ondergebracht, zullen ook meer ouderen daar een beroep op kunnen doen. En als al deze ouderen op al deze niet-medische terreinen hun pluriforme wensen gehonoreerd willen zien, leidt dat ofwel tot teleurstelling (wachlijsten, rantsoenering, gebrek aan zorg-op-maat) ofwel tot overbelasting van de begroting van VWS.

In het volgende kader worden enkele oplossingsrichtingen voor de ouderenzorg geschetst.

Inhoudelijke oplossingsrichtingen in de ouderenzorg

» Binnen het huidige stelsel kan aan organisaties van consumenten en patiënten meer inspraak worden gegeven bij de aanwending van collectieve middelen, bijvoorbeeld op het niveau van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Dit heeft echter weinig zin als de gesprekspartners (gemeenten, provincies, zorgkantoren, zorgverzekeraars) op een bepaald moment niet moeten verkopen omdat ze gebonden zijn aan een te beperkt regionaal budget.

» Binnen het huidige bestel kan tot meer keuzemogelijkheden worden gekomen, door te werken met flexibele aanspraken. De aanspraak op verpleeghuiszorg maakt dan plaats voor een aanspraak op intensieve verpleging. De patiënt kan dan kiezen uit alle aanbieders die hem of haar op een verantwoorde manier kunnen verplegen. Functionele aanspraken in combinatie met een persoonsgebonden budget stellen de cliënt in staat om (zodanig met bijbetaling) zorg-op-maat in te kopen.

Meer keuzevrijheid voor verzekerden heeft alleen zin als de zorgverzekeraar met diverse aanbieders contracten afsluit, die vervolgens ook vrij zijn om de gevraagde producten aan te bieden. Dit vereist een aanmerkelijke versoepeling van de huidige regelgeving op het gebied van de prijs- en aanbodregulering.

» *Wonen en welzijn uit de awbz.* Voor wonen en welzijn valt de oudere cliënt dan, net als andere burgers, onder regelingen van het Ministerie van Vrom en de gemeenten. Daar staat tegenover dat het ook moeilijker zal worden om het aanbod van awbz- en niet-awbz-aanbieders op het gebied van zorg, wonen en welzijn goed op elkaar af te stemmen.

» Overheveling naar ziekenfondsen. Grote delen van de ouderenzorg (de thuiszorg, intramurale verzorging gedurende het eerste jaar) zouden ook naar de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen worden overgeheveld. Ziekenfondsen hebben meer mogelijkheden om in te spelen op de wensen van hun cliënten. Bovendien kunnen ontevreden cliënten van ziekenfonds veranderen.

In deze opzet beperkt de awbz zich tot de min of meer onverzekerbare risico's, zoals de langdurige intramurale verzorging van ouderen met ernstige geestelijke en/of lichamelijke beperkingen.

» De verzekerbare risico's in de ouderenzorg lenen zich ook voor marktwerking. Dit zou de keuzemogelijkheden voor (sommige) cliënten sterk vergroten. In het belang van kwetsbare ouderen zijn aanvullende waarborgen essentieel. De onverzekerbare risico's blijven in de awbz. Ook zal sprake moeten zijn van een vangnetvoorziening.

Implicaties van meer keuzevrijheid

Het inzetten op meer keuzevrijheid heeft tot gevolg dat de toekomstige zorguitgaven waarschijnlijk hoger zullen uitvallen, wellicht zelfs hoger dan in de langetermijnramingen is voorzien. Zorgvragers die kunnen kiezen, zullen over het algemeen geen genoegen nemen met een kwaliteit die hen niet aanstaat. Daar staat tegenover dat niet alle (extra) wensen voor rekening van het collectief hoeven te komen. Dit brengt ons bij de afbakening tussen collectieve en private verantwoordelijkheden.

Van even groot belang is de verdeling van de lusten en de lasten tussen de zorgvragers onderling, waaronder die tussen toekomstige jongeren en ouderen. Het is duidelijk dat iedereen geïnteresseerd is in eerste klas zorg zolang de rekening grotendeels door anderen wordt betaald. Het zoeken is dus naar een evenwicht, dat uitgaat van solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond en arm en rijk, maar dat ook een deel van de extra wensen op het gebied van zorg, wonen en welzijn voor rekening van de gebruiker zelf laat komen. Bij het localiseren van dit evenwicht spelen politieke voorkeuren een belangrijke rol.

Wie zal de hogere rekening betalen?

Voor de financiering van de toekomstige zorgvoorzieningen zijn verschillende, elkaar niet uitsluitende opties denkbaar.

Sparen

Een eerste mogelijkheid om de hogere zorguitgaven op te kunnen vangen is ervoor te sparen. Op collectief niveau zou het kunnen gaan om een aanvullend spaarfonds voor de gezondheidszorg, naar analogie van het al bestaande spaarfonds voor de AOW. Op individueel niveau zou het kunnen gaan om een fiscaal gefaciliteerd spaarpotje voor toekomstige zorguitgaven.

Hier dreigt wel het gevaar van overlapping, omdat het huidige beleid (schuldreductie, AOW-spaarfonds) al in hoge mate op collectieve besparingen is gericht. Een vergelijkbare redenering kan worden gemaakt voor particuliere besparingen voor toekomstige zorguitgaven in relatie tot het benutten van de mogelijkheden om te sparen via het (vrij besteedbare) aanvullend pensioen. Voorzover extra besparingen een nuttige bijdrage kunnen leveren, ligt het voor de hand om die te combineren met de bestaande instrumenten op dit gebied.

Algemene middelen

Een tweede mogelijkheid is financiering uit de algemene middelen. Deze methode zal met name interessant zijn als ervoor wordt gekozen om de extra wensen op het gebied van de volksgezondheid grotendeels collectief te financieren. De kosten van de vergrijzing hoeven

dan niet langer neer te slaan in steeds hogere AWBZ- (en AOW-)premies. Het draagvlak voor de zorgvoorzieningen wordt dan verbreed tot alle belasting- en niet-belastinginkomsten van de rijksoverheid.

Collectieve bekostiging sluit aan bij een hoge mate van solidariteit tussen de zorgvragers onderling. De keerzijde hiervan is dat er op individueel niveau veel minder sprake zal zijn van een band tussen genieten, beslissen en betalen. Dit kan nadelig zijn voor de individuele keuzemogelijkheden. Daarnaast zal de beleidsmaker op macro-niveau ook moeilijk kunnen beoordelen of alle extra zorguitgaven wel voortvloeien uit (veranderende) maatschappelijke preferenties. Ook zullen prikkels moeten worden ingebouwd die ervoor zorgen dat de geleverde zorg effectief is en tegen de laagst mogelijke kosten wordt voortgebracht.

De zorgvrager zelf

Een derde optie is om een groter gewicht toe te kennen aan de eigen verantwoordelijkheid van zorgvragers zelf. De eigen verantwoordelijkheid (de band tussen genieten, beslissen en betalen) kan langs verschillende lijnen worden ingevuld. De eerste benadering koppelt de bestaande collectieve voorzieningen aan de introductie van het equivalentieprincipe in de Ziekenfondswet en de AWBZ. De tweede benadering laat de financieringskant ongemoeid, maar plaatst delen van de niet strikt medische ouderenzorg buiten de AWBZ.

Via het equivalentiebeginsel...

Uitgaande van de huidige collectieve voorzieningen en financieringsarrangementen, zou er een groter verschil kunnen worden gemaakt tussen de ziektekostenpremies van jongeren en ouderen (equivalentiebeginsel). Momenteel wordt er in Ziekenfonds en AWBZ niet of nauwelijks onderscheid gemaakt tussen jongere en oudere verzekerden. Bij de particuliere verzekeringen wordt dit onderscheid nadrukkelijk wel gemaakt. Toch is ook hier sprake van solidariteit tussen jong en oud. Indien de premie te hoog wordt, kunnen oudere particulier verzekerden kiezen voor een standaardpakketpolis. Het verlies dat verzekeraars op deze polissen maken, wordt hoofdelijk omgeslagen over de particulier verzekerden jonger dan 65 jaar.

Het moet dus mogelijk zijn om ook in de Ziekenfondsverzekering in enige mate het equivalentieprincipe toe te passen, zonder de noodzakelijke solidariteit tussen jong en oud uit het oog te verliezen. Gezien haar karakter als volksverzekering ligt de toepassing van het equivalentiebeginsel in de AWBZ minder voor de hand.

...of het afslanken van de AWBZ

De tweede hoofdroute om de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager te benadrukken, is om delen van de niet strikt medische ouderenzorg geheel of gedeeltelijk buiten de AWBZ-verzekerde aanspraken te plaatsen. Deze route valt in verschillende subvarianten uiteen (zie de in het kader genoemde oplossingsrichtingen 3, 4 en 5). Het gaat dan met name om voorzieningen op het gebied van wonen en welzijn, voorzieningen waaraan toekomstige ouderen steeds hogere eisen zullen stellen, maar waarvoor een brede solidariteit (in tegenstelling tot medische voorzieningen) wellicht minder noodzakelijk is. Door deze niet-medische voorzieningen zoveel mogelijk buiten de AWBZ te houden, wordt voorkomen dat de toenemende kosten die gepaard zullen gaan met het tegemoetkomen aan de pluriforme zorgvraag van ouderen tot uitdrukking zullen komen in een sterk oplopende AWBZ-premie.

Het behoeft geen betoog dat het beperken van de AWBZ-verzekerde aanspraken consequenties heeft voor de solidariteit tussen zorgvragers onderling. In het geval dat belangrijke delen van de ouderenzorg naar de ziekenfondsen worden overgeheveld, blijft de onderlinge solidariteit beperkt tot de ziekenfondsverzekerden onderling. De meer vermogende ouderen zijn dan vrij om in hun eigen zorgbehoefte te voorzien.

Een variant hierop is het overhevelen van wonen en welzijn uit de AWBZ naar bijvoorbeeld gemeenten en volkshuisvesting. Dit heeft als voordeel dat ouderen op deze terreinen zoveel mogelijk als gewone burgers kunnen worden behandeld. Zorgbehoevende ouderen kunnen dan een beroep doen op algemeen geldende voorzieningen als huursubsidie, gemeentelijk welzijnswerk, de Wet voorzieningen gehandicapten en zonodig de bijzondere bijstand.

In het extreme geval waarbij grote delen van de ouderenzorg aan de vrije markt worden overgelaten, is de solidariteit tussen zorgvragers onderling grotendeels afwezig. In dat geval zouden grote groepen van minder vermogende, maar relatief zorgbehoevende ouderen buiten de boot kunnen vallen. Om dat te voorkomen zou marktwerking aangevuld moeten worden met een vangnetvoorziening. Een min of meer marktconforme invulling van zo'n voorziening is het instellen van een subsidieregeling voor mensen met hoge gezondheidsrisico's en/of lage inkomens. Rechthebbenden worden dan financieel in staat gesteld om een marktconforme premie te betalen. In een andere invulling zou het vangnet de vorm kunnen krijgen van een sociale voorziening naar analogie van de Wet voorzieningen gehandicapten.

Tot slot

De bovenstaande analyse heeft de pluriforme zorgvraag van (toekomstige) ouderen als vertrekpunt. Wordt die zorgvraag serieus genomen, dan is een aanmerkelijke kwaliteitsverbetering noodzakelijk, gekoppeld aan het introduceren van meer keuzemogelijkheden voor individuele zorgvragers. Kwaliteitsverbetering brengt hogere uitgaven met zich mee. Dat hoeft helemaal niet erg te zijn, mits het macro-economische beleid daar ruimte voor maakt en er ook in de gezondheidszorg keuzes worden gemaakt.

Deze keuzes kunnen overigens niet op louter economische gronden worden gemaakt⁷. Het gaat immers vooral om politieke afwegingen omtrent een nieuw evenwicht tussen collectieve en private verantwoordelijkheden en tussen keuzevrijheid en solidariteit. In dit artikel hebben wij enkele mogelijkheden aangegeven die afzonderlijk of gecombineerd bij genoemde afwegingen een rol kunnen spelen.

De noodzaak tot bezinning is duidelijk. Het beleid dient zich de komende jaren voor te bereiden op een structureel 'grijzere' samenleving⁸. Die samenleving zal hoge eisen stellen aan het zorgstelsel. Voldoet dat stelsel niet, dan zullen de oma's (en opa's) van morgen terecht klagen⁹. Dat is ook politiek van groot belang, want het electoraat zal rond 2040 immers voor circa een derde uit ouderen bestaan.

1 B.M.S. van Praag, [Private rijkdom, publieke armoede](#), *ESB*, 25 juni 1999, blz. 483.

2 Hier worden slechts twee knelpunten (financieringsproblematiek en de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod) geschetst. Andere knelpunten betreffen de personeelsvoorziening, de geneesmiddelen en de gevolgen van de Europese eenwording voor de nationale zorgsystemen.

3 Zie J.J. Polder, W.J. Meerding, M.A. Koopmanschap, L. Bonneux en P.J. van der Maas, *Kosten van ziekten in Nederland in 1994*, Erasmus Universiteit, Rotterdam 1997.

4 Zie R. Goudriaan, Lusten en lasten van zorgverzekeringen gedurende het leven, *Openbare uitgaven*, 1998, blz. 280-287.

5 Zie F. van Dugteren e. a., *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst*, SCP, Den Haag, 1999.

6 Zie bijvoorbeeld CPB, [Centraal Economisch Plan 1997](#), Den Haag 1997, blz. 142-144.

7 *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., blz. 113.

8 Zie J. de Beer en R.M.W.J. Beeksmā, [De vergrijzing is structureel](#), *ESB*, 30 juli 1999, blz. 564-566.

9 Vergelijk E. Pelle, [Oma's klagen niet](#), *ESB*, 10 september 1999, blz. 637.