



Het zorgstelsel is altijd solidair

Auteur(s):

Polder, J.J.

De auteur is projectleider Gebruik en kosten van zorg bij het Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (vtv) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (rivm). Johan.Polder@rivm.nl

Verschenen in:

ESB, 88e jaargang, nr. 4403, pagina 228, 16 mei 2003

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

Het zorgstelsel is altijd solidair De discussie over inkomenssolidariteit in het zorgstelsel kan vooral als inkomenspolitiek worden aangemerkt. De risicosolidariteit bepaalt namelijk voor het grootste deel of het zorgstelsel solidair is.

De hervorming van het zorgstelsel is een politiek gevoelig onderwerp. Met name de gevolgen van de stelselhervorming voor de positie van de lagere inkomens is een heikel punt. Vaak wordt dit onder het kopje solidariteit geplaatst. Om als solidair te worden aangemerkt, hoeft het zorgstelsel het echter niet van inkomenssolidariteit te hebben. De risicosolidariteit is al zo groot, dat het al dan niet handhaven van inkomenssolidariteit vooral een inkomenspolitieke discussie is.

Risicosolidariteit groot

Opvallend in het debat over het zorgstelsel is dat de meeste aandacht uitgaat naar inkomenssolidariteit. Omdat alle Nederlanders de premies in hun portemonnee voelen is dat niet zo verwonderlijk, maar het leidt de aandacht wel af van waar het werkelijk om gaat. Het zorgstelsel is immers niet bedoeld als instrument voor inkomenspolitiek, maar om de zorg te financieren en te helpen organiseren. Primair gaat het dan over risicosolidariteit: mensen met een laag risico op zorggebruik betalen mee aan de kosten van mensen met een hoog risico en die veel zorg nodig hebben. Volgens de ser is solidariteit moeilijk te meten¹. Omdat inkomens- en risicosolidariteit door elkaar voorkomen zou er weinig aan te rekenen zijn. Dat is echter niet waar. Bij risicosolidariteit kan worden gewezen op de verdeling van zorgkosten naar leeftijd, geslacht en type aandoening. Uit onderzoek is bekend dat per inwoner van Nederland de zorgkosten sterk verschillen tussen ziekten en dat ze toenemen met de leeftijd². Voor inzicht in solidariteit bieden deze cijfers echter weinig houvast. Dat komt omdat ze over groepen personen gaan en niet over individuen. Ook binnen leeftijdsgroepen komen grote kostenverschillen voor. Schattingen van de kosten per ziektegeval onderstrepen dit³.

Zorgkosten zeer ongelijk verdeeld

Voor een goed inzicht in de solidariteit is daarom inzicht in de kosten op persoonsniveau nodig. Met medewerking van enkele zorgverzekeraars zijn deze verzameld voor een steekproef van 2,1 miljoen personen afkomstig uit de particuliere zorgverzekering en de ziekenfondssector⁴. Het gaat hier om het zogeheten tweede compartiment, waartoe onder meer de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en de farmaceutische hulp worden gerekend. Deze cijfers zijn vervolgens gekoppeld aan gegevens over het gebruik van thuiszorg. Dit is in overeenstemming met recente plannen om thuiszorg over te hevelen naar het basispakket. In 1999 werd in deze sectoren een kleine twintig miljard euro omgezet, waarvan 2,7 miljard ten behoeve van de steekproefpopulatie. Per verzekerde is dat een bedrag van 1269 euro.

Lorenz-curve

Er bestaan opvallend grote verschillen tussen individuele verzekerden (zie [tabel 1](#)). Eén procent van de populatie veroorzaakte dertig procent van de zorgkosten, vijf procent was goed voor 55 procent en tien procent consumeerde zeventig procent van de zorg. Opvallend is dat de ongelijkheid onder 65-plussers (curve c) nauwelijks minder is dan onder het jongere deel van de bevolking (curve b). Wel zijn de kosten van 65-plussers gemiddeld hoger ([tabel 1](#)). Hieruit volgt dat leeftijd vooral op groepsniveau een belangrijke determinant van zorgkosten is.

Tabel 1. Kengetallen van de verdeling van de zorgkosten (tweede compartiment en thuiszorg), in 1999 naar leeftijd.

| | <65 jaar | 65-plus | totaal |
|------------------------------|-----------|---------|-----------|
| steekproef (aantal personen) | 1.785.511 | 366.333 | 2.151.844 |
| gemiddelde kosten (in euro) | 836 | 3380 | 1269 |
| standaard deviatie (in euro) | 3361 | 6742 | 4246 |
| mediaan (in euro) | 221 | 1122 | 279 |
| percentiel 25 (in euro) | 98 | 385 | 108 |
| percentiel 75 (in euro) | 610 | 3.289 | 855 |

Nominale en inkomensafhankelijke premies

Om risico- en inkomenssolidariteit volledig te scheiden, is het noodzakelijk dat op persoonsniveau de zorgkosten worden gekoppeld aan gegevens over de feitelijk betaalde ziektekostenpremies en het inkomen. Helaas bleek dit niet mogelijk te zijn. Om toch een relatie met de premieheffing te leggen, is daarom verondersteld dat de zorgkosten onafhankelijk zijn van het inkomen. Per inkomensklasse is de verdeling van de zorgkosten dan gelijk. Daardoor wordt het mogelijk om nominale en inkomensafhankelijke premies met elkaar te vergelijken op hun solidariteitsgehalte. Deze veronderstelling gaat in het echt niet helemaal op, maar uit onderzoek is wel gebleken dat in Nederland, anders dan in andere landen, het zorggebruik tussen sociaal-economische klassen niet veel verschilt ⁵. In tabel 2 is de Nederlandse bevolking ingedeeld in vijf inkomensklassen op basis van even grote groepen. In totaal gaat het om 10,6 miljoen personen met een gemiddeld bruto jaarinkomen van € 22.439. Er worden twee premiéstelsels onderscheiden: een nominale premie die voor iedereen gelijk is en die - overeenkomstig de gemiddelde zorgkosten - 1269 euro per persoon per jaar bedraagt en ten tweede een inkomensafhankelijke premie van 5,7 procent, overeenkomend met het aandeel van de gemiddelde zorgkosten in het gemiddelde brutoloon. De bijbehorende Lorenz-curves staan eveneens in waardoor een compleet beeld van de solidariteit ontstaat. De oppervlakte tussen de lijnen a en d geeft aan hoe de ongelijkheid in zorgkosten wordt verminderd door een zorgverzekering met nominale premies (daling Gini-coëfficiënt van 0,76 naar 0,42). Deze oppervlakte biedt daarmee een maat voor de omvang van de risicosolidariteit, terwijl de inkomenssolidariteit wordt weergegeven door het gebied tussen de lijnen d en e (daling Gini-coëfficiënt van 0,42 tot 0,40). Duidelijk blijkt dat risicosolidariteit veruit de grootste rol speelt. tabel 2 laat dit in getallen zien. Bij nominale premies levert 82 procent van de bevolking een gemiddelde bijdrage van 946 euro voor de resterende achttien procent die gemiddeld 4343 euro ontvangt. Bij inkomensafhankelijke premies dragen minder personen netto bij (75 procent), maar is het gemiddelde bedrag hoger (1103 euro). In beide stelsels is de premie voor veel mensen een veelvoud en voor weinig mensen een fractie van de kosten.

Tabel 2. kengetallen voor de mate van solidariteit bij nominale en inkomensafhankelijke ziektekostenpremies

| | inkomensklasse (quintielen) | | | | | totaal |
|--|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | A | B | C | D | E | |
| populatieaantal personen (x 1000) | 2120 | 2120 | 2120 | 2120 | 2120 | 10.600 |
| gemiddeld bruto jaarinkomen (euro) | 4685 | 11.794 | 18.626 | 27.240 | 49.851 | 22.439 |
| gemiddeld aantal medeverzekerden | 0,28 | 0,17 | 0,35 | 0,76 | 1,04 | 0,50 |
| nominale premiejaarpremie) (hoofdverzekerde) | 1269 | 1269 | 1269 | 1269 | 1269 | 1269 |
| percentage van het bruto inkomen jaarpremie (hoofd- en medeverzekerden) | 27,1 | 10,8 | 6,8 | 4,7 | 2,5 | 5,7 |
| percentage van het bruto inkomen | 1621 | 1480 | 1710 | 2240 | 2583 | 1903 |
| percentage personen met premie > zorgkosten | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| gemiddelde bijdrage aan andere) verzekerden (euro | 946 | 946 | 946 | 946 | 946 | 946 |
| verhouding premie / zorgkosten | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 3,9 |
| aantal personen met premie < zorgkosten) (in procent | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| gemiddelde bijdrage die wordt) ontvangen (in euro | 4343 | 4343 | 4343 | 4343 | 4343 | 4343 |
| verhouding premie / zorgkosten | 0,23 | 0,23 | 0,23 | 0,23 | 0,23 | 0,23 |
| inkomensafhankelijke premiejaarpremie (hoofdverzekerde) aandeel in | 265 | 668 | 1.055 | 1543 | 2824 | 1269 |
| bruto inkomen (in procent) | 5,7 | 5,7 | 5,7 | 5,7 | 5,7 | 5,7 |
| jaarpremie (hoofd- en medeverzekerden) | 339 | 779 | 1422 | 2724 | 5748 | 1903 |
| percentage van het bruto inkomen | 7,2 | 6,6 | 7,6 | 10,0 | 11,5 | 8,5 |
| percentage personen met premie > zorgkosten | 49 | 70 | 79 | 85 | 91 | 75 |
| gemiddelde bijdrage aan andere verzekerden (euro) | 145 | 451 | 765 | 1179 | 2343 | 1103 |
| verhouding premie / zorgkosten | 2,2 | 3,1 | 3,6 | 4,2 | 5,9 | 4,0 |
| percentage personen met premie zorgkosten | 51 | 30 | 21 | 15 | 9 | 25 |
| gemiddelde bijdrage die wordt) ontvangen (euro) | 2113 | 3070 | 3923 | 4905 | 6520 | 3290 |
| verhouding premie / zorgkosten | 0,11 | 0,18 | 0,21 | 0,24 | 0,30 | 0,17 |

Zorgstelsel altijd solidair

Uiteraard betekent dit niet dat inkomensoverwegingen onbelangrijk zijn. Bij nominale premies wordt de zorgverzekering voor de laagste inkomensgroepen onbetaalbaar. Omgekeerd leiden inkomensafhankelijke premies tot grote premieverschillen. Het ligt voor de hand om via een mengvorm beide uitersten te vermijden. Dat is echter geen reden om de stelselvernieuwing eindeloos op te houden. Met gezondheidszorg heeft dit immers niets meer te maken. Welk premiéstelsel er ook uit de bus komt: het zorgstelsel zal altijd solidair zijn.

1 Sociaal Economische Raad, Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen, Den Haag, 2000.

2 J.J. Polder (red.), Kosten van ziekten in Nederland - de zorgeuro ontrafeld, RIVM, Bilthoven, 2002.

3 J.A.M. van Oers (red.), Gezondheid op koers? Volksgezondheid toekomst verkenning 2002, RIVM, Bilthoven, 2002.

4 Deze gegevens zijn verzameld voor de bestudering van de kosten in het laatste levensjaar in het kader van het kosten-van-ziekten-onderzoek (zie noot 2).

5 J.P.J.M. Smits, M. Droomers en G. Westert, Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland, RIVM, Bilthoven, 2003.