

Sociaal-
Economische
Raad

RAPPORT

Commissie
Sociaal-Economische Deskundigen

Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing

1999

SEER

Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing

Rapport van de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen

September 1999

Sociaal-Economische Raad

De Sociaal-Economische Raad (SER) adviseert de regering over de hoofdlijnen van het te voeren sociale en economische beleid en over belangrijke wetgeving op sociaal-economisch terrein. Daarnaast is de SER belast met bestuurlijke en toezichhoudende taken met betrekking tot de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie (productschappen en bedrijfsschappen). Voorts is de SER betrokken bij de uitvoering van enkele wetten, zoals de Vestigingswet bedrijven 1954, de Wet assurantiebemiddelingsbedrijf en de Wet op de ondernemingsraden.

De SER is in 1950 ingesteld bij de Wet op de bedrijfsorganisatie. De SER is samengesteld uit vertegenwoordigers van ondernemers en van werknemers alsmede uit onafhankelijke deskundigen. De raad is een onafhankelijk orgaan dat door het gezamenlijke Nederlandse bedrijfsleven wordt gefinancierd.

De SER wordt bij de uitvoering van zijn functies bijgestaan door een aantal vaste en tijdelijke commissies. Enkele daarvan zijn onder bepaalde voorwaarden ook zelfstandig werkzaam.

De belangrijkste adviezen die de SER uitbrengt, worden in boekvorm uitgegeven. Zij zijn tegen kostprijs verkrijgbaar. Een overzicht van recente publicaties vindt u achterin. Een uitgebreid overzicht wordt op aanvraag gratis toegezonden.

Het maandblad SER-bulletin geeft uitgebreid nieuws en informatie over de SER.

De SER beschikt ook over een eigen site op Internet, waar u onder meer aantreft: de samenstelling van de raad en zijn commissies, persberichten en het laatste nieuws.

© 1999, Sociaal-Economische Raad

Alle rechten voorbehouden.

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.

Sociaal-Economische Raad
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag
Telefoon: 070 - 3 499 646
Telefax: 070 - 3 832 535
E-mail: ser.info@ser.nl
Internet: <http://www.ser.nl>

ISBN 90-6587-720-7 / CIP

Inhoudsopgave

Samenvatting	9
1. Inleiding	21
1.1 Aanleiding	21
1.2 Probleemstelling	22
1.3 Definities	27
1.4 Opzet	29
2. De positie van ouderen: zorguitgaven, zorggebruik en financiële positie	33
2.1 Inleiding	33
2.2 Gezondheidszorg en leeftijdsprofielen	33
2.3 Kenmerken van ouderen: gezondheid, sociaal-culturele achtergronden en huisvesting	40
2.4 Inkomens- en vermogenspositie van ouderen	47
2.4.1 Verdere verbeteringen rond de pensioenopbouw	47
2.4.2 Overige inkomsten en vermogen	49
2.4.3 De relatieve inkomenspositie van ouderen	52
2.4.4 De inkomenspositie van toekomstige ouderen	60
2.5 Het gebruik van zorgvoorzieningen	63
2.5.1 Het gebruik van thuiszorg	63
2.5.2 Het gebruik van verzorgings- en verpleeghuizen	65
2.6 Conclusies	68
3. Gezondheidszorg, vergrijzing en langetermijnramingen	73
3.1 Inleiding	73
3.2 Demografische ontwikkelingen	74
3.2.1 Ontgroening en vergrijzing	74
3.2.2 Stijgende levensverwachting	75
3.2.3 Specifieke demografische kengetallen	76
3.3 Totale collectieve uitgaven in het licht van de toekomstige vergrijzing	79
3.3.1 Scenariostudie van het CPB	80
3.3.2 Generatierekeningen	81
3.4 Zorguitgaven in het licht van de toekomstige vergrijzing	83

3.4.1	Algemeen	83
3.4.2	Zorguitgaven volgens verschillende langetermijnramingen	84
3.4.3	Toekomstige zorguitgaven: demografische en niet-demografische effecten	86
3.5	Onzekerheden bij zorgramingen	89
3.5.1	Onzekerheden met betrekking tot de demografische ontwikkelingen	90
3.5.2	Onzekerheden met betrekking tot (medisch-)technologische ontwikkelingen	91
3.5.3	Onzekerheden met betrekking tot de epidemiologie	94
3.5.4	Onzekerheden met betrekking tot de zorgvraag	96
3.5.5	Onzekerheden met betrekking tot de productiviteits- en prijsontwikkeling (Baumol-effect)	98
3.6	Conclusies	102
4.	Beleid: knelpunten en oplossingsrichtingen in het licht van de vergrijzing	105
4.1	Inleiding	105
4.2	Vergrijzing en de noodzaak van een adequaat sociaal-economisch beleid	105
4.3	Beleidsmatige ontwikkelingen in de gezondheidszorg	110
4.3.1	De rol van de overheid in de gezondheidszorg	110
4.3.2	Het overheidsbeleid	114
4.4	Toekomstige knelpunten in de gezondheidszorg: een verkenning	118
4.4.1	Afbakening	118
4.4.2	Knelpunten in de curatieve somatische zorg	120
4.4.3	Knelpunten in de ouderenzorg	123
4.4.4	Knelpunten in de voorziening van geneesmiddelen	130
4.4.5	Knelpunten in de financiering en de betaalbaarheid van de zorg	137
4.5	Oplossingsrichtingen inzake de ouderenzorg	140
4.5.1	Inhoudelijke oplossingsrichtingen: meer vraag binnen de aanbodregulering	141
4.5.2	Bestuurlijke oplossingsrichtingen	154
4.5.3	Financiële oplossingsrichtingen: een nieuwe balans tussen wensen, aanspraken en betalingen	159
4.6	Oplossingsrichtingen inzake de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg	161
4.6.1	Algemeen	162
4.6.2	Eerste oplossingsrichting: een andere lastenverdeling	164

4.6.3	Tweede oplossingsrichting: herijking van het collectieve, verplichte voorzieningenpakket	170
4.6.4	Derde oplossingsrichting: vorming van een kapitaalreserve	173
4.7	Conclusies	177

Bijlagen

1.	Samenstelling van de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen	187
2.	Overzicht van relevante wetten en regelingen	189
3.	CPB-notitie <i>Inventarisatie langetermijnramingen Zorg-uitgaven</i>	193

Kaders

	Solidariteit in ziektekostenverzekeringen	39
	Eigen bijdrage verzorgingshuizen en verpleeghuizen	68
	Vergrijzing in internationaal perspectief	78
	Generatierekeningen	82
	Prognostische medische technologie	93
	Medische Technology Assessment in de gezondheidszorg	94
	Productiviteitsmeting in de gezondheidszorg	99
	Aanbevelingen van de RMO en de RVZ over de toekomstige zorgarbeid	101
	Moeilijk te kwantificeren ontwikkelingen	104
	Afwegingen bij de inrichting van het zorgstelsel	113
	Het plan-Dekker	116
	Maten voor kosteneffectiviteit bij medische ingrepen	122
	Bevoegdhedenverdeling binnen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg	125
	Soorten geneesmiddelen	132
	Ontwikkelingen in de leeftijdssamenstelling	139

Tabellen

2.1	Uitgaven binnen de Nederlandse gezondheidszorg naar diagnosehoofdgroep en leeftijd, 1994	38
2.2	Jaarlijkse gemiddelde premiebetalingen en zorgconsumptie per verzekerde in de ZFW en de AWBZ, 1996	40
2.3	Enkele kenmerken en tijdsbeslag van vrijetijdsbesteding onder 65-plussers, 1975-1995	43

2.4	Het inkomenspatroon van AOW-huishoudens in 1997	50
2.5	Vermogensverdeling van huishoudens van 65-plussers in 1996	51
2.6	Mediane koopkrachtverandering van huishoudens van gepensioneerden en andere categorieën, statisch (1978-1997) en dynamisch (1984-1997)	55
2.7	AOW-huishoudens naar hoogte van het bruto aanvullend pensioen, 1997	56
2.8	Nominale verandering in het bruto aanvullend pensioen naar leeftijd	57
2.9	Procentuele verdeling van de huishoudinkomens van ouderen ten opzichte van de quintielverdeling voor alle huishoudens, 1982-1994	58
2.10	Positieve en negatieve factoren in verband met de toekomstige relatieve financiële positie van ouderen	62
2.11	Het gebruik van diverse vormen van hulp bij zelfstandig wonende alleenstaande 65-plussers, naar de ernst van de lichamelijke beperkingen, 1997	64
2.12	Aantal kamers en voorzieningen in verzorgings- en verpleeghuizen, 1996	66
3.1	Aantal en aandeel van 65-plussers en 80-plussers volgens de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose 1996, 1996-2050	77
3.2	Aandeel van de bevolking in eenpersoonshuishoudens naar leeftijd, 1981-2030	78
3.3	Het verloop van de grijze druk en dubbele vergrijzing volgens de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose 1996, 1996-2050	79
3.4	Toekomstige collectieve uitgaven naar beleidsmatige clusters, 1995-2020	80
3.5	Langetermijnramingen van de zorguitgaven, 1994-2040	85
3.6	Uitgavenstijging in de gezondheidszorg op basis van de demografische ontwikkeling, 1997-2049	88
3.7	Enkele demografische kengetallen in drie prognosevarianten: laag (l), midden (m) en hoog (h), 1996-2050	90
3.8	65-Plussers naar de mate van fysieke beperkingen, 1996-2015	96
3.9	Raming van het gebruik van tehuizen door 75-plussers, 1996-2015	98
4.1	Participatiegraden naar geslacht en leeftijd volgens drie scenario's, 1995-2020	108
4.2	Voor- en nadelen van een spaarfonds ten opzichte van schuldreductie	176

Figuren

2.1	Uitgaven van de gezondheidszorg in Nederland naar leeftijd en geslacht, 1994	34
2.2	Gemiddelde zorguitgaven per inwoner naar sector, leeftijd en geslacht, 1994	36
2.3	De uitgaven voor zorg naar leeftijd van overlijden	37
3.1	Percentage 0-19-jarigen en 65-plussers, waargenomen en geraamd volgens de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose 1996, 1900-2050	74
3.2	Veranderingen in de gezonde levensverwachting bij geboorte, 1983-1994	95
4.1	De ontwikkeling van de uitgaven van de gezondheidszorg, 1990-1998	114
4.2	Inhoudelijke oplossingsrichtingen voor de ouderenzorg op hoofdlijnen	143

Samenvatting

1. Inleiding en probleemstelling

Het rapport van de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen, opgesteld in opdracht van het dagelijks bestuur van de Sociaal-Economische Raad, heeft dit jaar als centraal thema de gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing. Op de achtergrond speelt hierbij de verwachting dat de medisch-technologische ontwikkelingen in combinatie met de vergrijzing een voortgaande opwaartse druk op de gezondheidsuitgaven zullen uitoefenen.

Aanleiding voor dit rapport vormt onder meer de aankondiging van het kabinet dat de SER rond de zomer van 1999 een adviesaanvraag over de toekomst van het stelsel van ziektekostenverzekeringen tegemoet kan zien. De raad heeft zich tot nu toe niet specifiek beziggehouden met de gevolgen van de toekomstige vergrijzing voor de gezondheidszorg en de beleidsmatige reactie hierop. Dit CSED-rapport beoogt nadrukkelijk niet om een blauwdruk van de toekomstige gezondheidszorg te presenteren; het gaat er primair om bouwstenen aan te dragen voor de meningsvorming terzake.

Vanuit het perspectief van de (zeer) lange termijn spitst de probleemstelling zich toe op de *vergrijzingsbestendigheid* van het huidige stelsel van gezondheidszorg:

Hoe kan het stelsel van de gezondheidszorg zich vanuit de huidige situatie zodanig ontwikkelen, dat ook in een verouderende samenleving met een veranderende sociaal-economische omgeving een adequaat en betaalbaar zorgniveau zoveel mogelijk binnen bereik blijft?

De ontwikkeling van de toekomstige gezondheidsuitgaven en het in rekening brengen hiervan aan de burgers spelen in dit verband een centrale rol. Dit gebeurt in de veronderstelling dat de toekomstige zorgvoorzieningen moeten kunnen voorzien in een pluriforme zorgvraag. Indien de toekomstige, collectief gefinancierde, zorguitgaven – onder invloed van de vergrijzing en de pluriformere zorgvraag – (sterk) gaan oplopen, vormt dit een probleem voorzover dergelijke uitgavenverhogingen geen weerspiegeling vormen van de maatschappelijke preferenties. Zijn hogere zorguitgaven daarentegen het gevolg van een breed gedragen voorkeur voor meer (en betere) zorgvoorzieningen, dan bevredigen de hogere collectief gefinancierde zorguitgaven de maatschap-

pelijke zorgbehoeften en wordt aldus een bijdrage geleverd aan een hoger welvaartsniveau. Vervolgens dient zich wel de vraag aan of de toekomstige ouderen een groter deel van de toenemende zorguitgaven zelf zouden moeten dragen. Het maatschappelijke draagvlak hiervoor zal onder meer toenemen naar de mate dat de financiële positie van de categorie ouderen in de loop der tijd verbetert.

Deze samenvatting volgt de opbouw van dit rapport. Na het inleidende en probleemstellende hoofdstuk volgen in het rapport nog drie hoofdstukken: de bijzondere positie van ouderen in het zorggebruik en de zorguitgaven (hoofdstuk 2), de langetermijnramingen van de zorguitgaven (hoofdstuk 3) en een afsluitend, beleidsgeoriënteerd hoofdstuk 4, dat vanuit de probleemstelling de mogelijke toekomstige knelpunten in de gezondheidszorg inventariseert en daarbij een aantal oplossingsrichtingen schetst.

2. De positie van ouderen: zorguitgaven, zorggebruik en financiële positie

Hoofdstuk 2 schetst een aantal achtergronden, die van belang zijn voor een goed begrip van de huidige relatie tussen de uitgaven en het gebruik van de gezondheidszorg enerzijds en het leeftijdsspecifieke karakter daarvan anderzijds.

Uit deze analyse blijkt onder meer dat de gemiddelde uitgaven in de gezondheidszorg na de geboorte vele jaren op een relatief laag niveau blijven liggen, vervolgens gaan zij vanaf ongeveer het vijftigste jaar licht stijgen om ten slotte vooral na het zeventigste jaar explosief toe te nemen. Dit laatste is vooral toe te schrijven aan de hoge zorguitgaven in de jaren voor het overlijden in combinatie met het gegeven dat mensen in Nederland relatief oud sterven (hoge levensverwachting). Behalve de uitgaven voor de ouderenzorg (inclusief de thuiszorg) zijn ook de curatieve somatische zorg (ziekenhuiszorg, medisch specialisten, huisartsen) en de genees- en hulpmiddelen erg leeftijdsafhankelijk en daarmee relatief vergrijzingsgevoelig.

Kenmerken van ouderen

Gelet op de bijzondere positie van ouderen in de gezondheidszorg krijgt deze categorie, mede in het licht van de vergrijzing, bijzondere aandacht.

De huidige populatie 65-plussers blijkt heterogeen te zijn samengesteld. Veel minder dan enkele decennia geleden maken ouderen deel uit van meergeneratiehuishoudens. Ouderen leven meer dan vroeger als paar of alleen; tehuisopname (in verzorgingshuizen) wordt zo lang mogelijk uitgesteld. Deze trend zal zich in de toekomst waarschijnlijk voortzetten. Daarnaast wordt verwacht dat

de trendmatige ontwikkeling van een groeiend aandeel ouderen met een eigen woning de komende decennia nog iets verder zal toenemen. Ondanks het toenemende eigenwoningbezit liggen de gemiddelde woonlasten van 65-plussers in vergelijking met de rest van de bevolking overigens hoog.

Ouderen zijn de afgelopen twintig jaar veel mobieler (veel meer autobezit) en actiever geworden. In toenemende mate brengen ouderen hun vrije tijd buitenshuis door; hun activiteitenpatroon is bovendien diverser geworden. Naar verwachting zal ook deze trend zich in de toekomst voortzetten.

De beschikbare informatie over de ontwikkeling van de financiële positie van 65-plussers is niet geheel eenduidig. Tegenover het effect van de verbeterde pensioenopbouw en pensioenregelingen staan teruglopende vermogens(inkomsten) en een in koopkracht achterblijvende AOW.

Gezien het grote aantal plussen en minnen is het niet mogelijk om harde uitspraken te doen over de toekomstige financiële positie van ouderen. Grosso modo verwacht de CSED dat de *gemiddelde* inkomenspositie van de toekomstige ouderen in absolute zin nog zal verbeteren. De aangehaalde onderzoeken geven aanleiding te veronderstellen dat een inkomensverbetering van ouderen weinig spectaculair zal zijn. Dit kan echter veranderen bij een forse stijging van de arbeidsparticipatie. Of de *relatieve inkomenspositie* van toekomstige ouderen (ten opzichte van toekomstige werkenden) gemiddeld al dan niet zal verbeteren, is afhankelijk van een groot aantal onzekere factoren. Duidelijk is wel dat er binnen de groep toekomstige ouderen grote verschillen zullen zijn naar inkomens- en vermogenspositie.

Ook op het gebied van de gezondheidszorg is sprake van grote verschillen tussen ouderen onderling. Een meerderheid van de ouderen heeft een of meer chronische aandoeningen. Hierdoor kunnen lichamelijke beperkingen optreden, die het zelfstandig functioneren bemoeilijken. In het bijzonder vrouwen en alleenstaanden ondervinden relatief vaak een of meer lichamelijke beperkingen. Vooral de verschillen tussen opleidingsniveaus blijken grote effecten te hebben.

Gebruik van zorgvoorzieningen

Bovenstaande trends werken door in een steeds pluriformer wordende zorgvraag en dus in een verschillend gebruik van zorgvoorzieningen als de thuiszorg en de verzorgings- en verpleeghuizen.

Voor de *thuiszorg* geldt dat naarmate de leeftijd toeneemt, vooral eenpersoonshuishoudens vaker gebruik van zorgvoorzieningen maken. Daarnaast stijgt het percentage zorggebruik, naarmate de ernst van de lichamelijke beperkingen toeneemt. Ouderen met hoge inkomens maken relatief weinig gebruik van de thuiszorg, ook als ze daarvoor geïndiceerd zijn. Verder doen ouderen in een

aangepaste woning een veel geringer beroep op hulp in verband met de verzorging dan ouderen in een niet-aangepaste woning. Ook blijken de lagere inkomens duidelijk meer dan gemiddeld gebruik te maken van gezinsverzorging, wijkverpleging en informele hulp. Omgekeerd maken ouderen met hogere inkomens relatief veel gebruik van particuliere huishoudelijke hulp.

De capaciteitsontwikkeling van verpleeghuizen en verzorgingshuizen is heel verschillend. Bij *verpleeghuizen* heeft vooral in de jaren zeventig een trendmatige capaciteitsgroei plaatsgevonden; bij *verzorgingshuizen* daarentegen is sinds de jaren tachtig – tegen de vergrijzingstrend in – sprake van capaciteitsvermindering.

Naar schatting verblijft zo'n 80 procent van de ouderen met een ernstige beperking in een intramurale instelling. Dit betreft met name alleenstaande vrouwen in de hoogste leeftijdsklasse.

Mensen met hogere inkomens zijn in de intramurale instellingen (in het bijzonder in de verzorgingshuizen) duidelijk ondervertegenwoordigd. Dit hangt waarschijnlijk zowel samen met de beperkte woonkwaliteit van deze voorzieningen als met de hoogte van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen.

3. Gezondheidszorg, vergrijzing en langetermijnramingen

In hoofdstuk 3 staan de langetermijnontwikkelingen in de gezondheidszorg centraal. In het bijzonder gaat het daarbij om de ramingen van de toekomstige zorguitgaven en de hiermee gepaardgaande onzekerheden. Aan deze ramingen liggen de CBS-bevolkingsprognoses ten grondslag. Uit deze prognoses komt naar voren dat de fase van ontgroening grotendeels achter de rug is. De vergrijzing gaat de komende jaren gestaag verder en komt vanaf 2010 in een nieuwe fase als de naoorlogse geboortegeneraties de 65-jaargrens passeren. De vergrijzingspiek wordt rond 2040 bereikt; ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking is dan 65-plusser.

De verdergaande vergrijzing hoeft niet per se tot hogere collectieve uitgaven te leiden, zo kan worden afgeleid uit de meest recente langetermijnverkenning van het CPB. In twee (van de drie onderscheiden) scenario's blijkt het ondanks de vergrijzing mogelijk om de totale collectieve uitgaven substantieel te laten dalen. In deze scenario's wordt een toename van de zorguitgaven meer dan gecompenseerd door een (verondersteld) krimpend aandeel van de uitgaven voor het openbaar bestuur en voor de sociale zekerheid. Voorts nemen de rentelasten af. In beide scenario's is sprake van een behoorlijke tot hoge jaarlijkse economische groei, terwijl daarnaast het overheidsbeleid op een aantal onderdelen ingrijpend wordt gewijzigd.

Tegen de achtergrond van de probleemstelling van dit rapport wordt in hoofdstuk 3 uitvoerig stilgestaan bij de langetermijnramingen van de uitgaven van de gezondheidszorg. Door de verschillen in ramingstechnieken, de gehanteerde variabelen en de bestudeerde periodes leveren de uitkomsten van deze langetermijnramingen in eerste instantie een diffuus beeld op. Dit hangt grotendeels samen met het feit dat diverse relevante determinanten moeilijk zijn te kwantificeren. Het gaat hierbij om de medisch-technologische en epidemiologische ontwikkelingen, de (pluriformiteit van de) zorgvraag in relatie tot de welvaartsontwikkeling en het Baumol-effect.

Het lijkt plausibel te veronderstellen dat de invloed van de demografie tot een structurele verhoging van de zorguitgaven zal leiden. Deze demografisch bepaalde uitgavengroei zal gemiddeld circa 1 procent per jaar bedragen; rond 2030 zal het groeipercentage waarschijnlijk enkele tienden van procentpunten hoger liggen.

De gezamenlijke invloed van niet-demografische factoren op de geraamde zorguitgaven is volgens alle ramingen sterker dan de invloed van de demografie. De niet-demografische factoren worden op verschillende manieren in de bestudeerde ramingen verwerkt. Nadere beschouwing hiervan leidt tot de conclusie dat de gemiddelde groei van de zorguitgaven in de periode tot het jaar 2040 globaal tussen de 3 en 4 procent per jaar (in constante prijzen) zal liggen. Aangezien de bbp-groei volgens de ramingen bij de groei van de zorguitgaven zal achterblijven, loopt de zorgquote met enkele procentpunten op tot ruim 13 procent in 2040 tegen 8,7 procent in 1995.

4. Beleid: knelpunten en oplossingsrichtingen in het licht van de vergrijzing

In hoofdstuk 4 staat de beleidsmatige invalshoek centraal. Allereerst benadrukt dit hoofdstuk de noodzaak om in het algehele sociaal-economische beleid rekening te houden met de gevolgen van de vergrijzing in den brede. Daarbij gaat het niet alleen om de uitgaven voor gezondheidszorg, maar ook om het beleid ten aanzien van de AOW en het aanvullend arbeidspensioen. Er worden vier aangrijpingspunten gedeut, die de 'kosten van de vergrijzing' kunnen helpen mitigeren: het versterken van het productieve vermogen van de economie, het optimaal benutten van het arbeidspotentieel door een (forse) verhoging van de arbeidsparticipatie, het verder terugdringen van de EMU-schuld en het EMU-tekort en het doorvoeren van verdere verbeteringen in het stelsel van ouderdomspensioenen.

Het adequaat inzetten op deze vier punten biedt op zich een goede uitgangspositie om de kosten van de vergrijzing (inclusief de gezondheidszorg) te kunnen opvangen.

Knelpunten en oplossingsrichtingen

De CSED identificeert vier terreinen op het gebied van de gezondheidszorg waar zich in het licht van de toekomstige vergrijzing knelpunten zouden kunnen voordoen:

- de curatief-somatische zorg;
- de genees- en hulpmiddelen;
- de ouderenzorg (inclusief de thuiszorg);
- de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

Voor de eerste twee zorgsectoren – de curatieve somatische zorg en de genees- en hulpmiddelen – schetst het rapport geen oplossingsrichtingen. In beide sectoren zal vergrijzing weliswaar in een groeiend beroep op de desbetreffende zorgvoorzieningen resulteren, maar mogelijke knelpunten zullen waarschijnlijk sterker aan andere – vanuit het nationale beleid moeilijk te beïnvloeden – achtergronden dan de vergrijzing moeten worden toegeschreven. Te denken valt aan de medisch-technologische vooruitgang waar het gaat om de curatief-somatische zorg en aan internationalisering en informatisering waar het gaat om de geneesmiddelen. Het aandragen van oplossingsrichtingen waarin deze specifieke aspecten worden meegenomen, valt buiten het bestek van deze studie.

De knelpunten in de ouderenzorg alsmede de mogelijke toekomstige knelpunten op het terrein van de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg worden wel in termen van oplossingsrichtingen uitgewerkt. Daarbij merkt de CSED op voorhand op dat uitgavenbeheersing geen doel op zichzelf kan zijn. Zo is het heel wel denkbaar dat in een vergrijzende samenleving een hogere prioriteit zal worden toegekend aan gezondheidszorg dan thans het geval is. Hogere uitgaven zijn dan een weerspiegeling van veranderende maatschappelijke preferenties. Zolang het gaat om kwalitatief goede zorg die ook nog doelmatig en effectief wordt geleverd, zullen de hogere uitgaven juist bijdragen aan de nationale welvaart.

Dit betekent overigens niet dat een relatief hoge (structurele) groei van de zorguitgaven zonder meer in het huidige stelsel kan worden opgevangen. Vandaar dat afzonderlijk aandacht wordt besteed aan de toekomstige financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

Uitgaande van de gedachte dat een kwalitatief goede gezondheidszorg een bijdrage levert aan de nationale welvaart heeft de CSED in dit rapport gemeend om naast eventuele financiële ook de inhoudelijke knelpunten in de gezondheidszorg centraal te moeten stellen. Het gaat dan met name om de gebrekkige aansluiting tussen vraag en aanbod in de collectief gefinancierde ouderen-

zorg. De CSED signaleert dat dit type ouderenzorg bij ongewijzigd beleid dreigt vast te lopen en schetst drie oplossingsrichtingen om de inhoudelijke knelpunten aan te pakken.

Drie oplossingsrichtingen inzake de ouderenzorg

Om de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg voor brede lagen van de oudere bevolking meer aantrekkingskracht te geven, zou een brede inhaalslag moeten worden gemaakt, met name op het gebied van wonen en welzijn (thuiszorg). Om ook voor de (hogere) middenklassen interessant te worden, is een grote inspanning vereist. Het verhogen van de bestaande kwaliteit op het gebied van zorg, wonen en welzijn tot een (hogere)middenklassennorm zal overigens wel leiden tot een uitgavenstijging die niet in de eerder genoemde ramingen is verwerkt. Aan de andere kant betekent het afzien van deze inhaalslag dat de ouderenzorg de (hogere) middengroepen niet goed kan bedienen. Dit komt op de lange termijn de legitimiteit van de financieringsbron (AWBZ) niet ten goede. Bij ongewijzigd beleid dreigt een situatie te ontstaan waarbij de collectief gefinancierde ouderenzorg steeds duurder wordt, zonder dat (toekomstige) ouderen de zorg krijgen, waar zij behoefte aan hebben.

Tegen deze achtergrond verkent de CSED in paragraaf 4.5 een aantal oplossingsrichtingen die de inhoudelijke knelpunten in de ouderenzorg kunnen verlichten en de sector beter in staat stellen om in te spelen op de pluriforme wensen van (toekomstige) ouderen. Bij deze oplossingsrichtingen staat het honoreren van maatschappelijke preferenties voorop. De drie door de CSED verkende oplossingsrichtingen hebben gemeen dat de vraagzijde een groter gewicht in de schaal moet kunnen leggen. De oplossingsrichtingen verschillen in de manier waarop dit streven wordt ingevuld.

De *eerste oplossingsrichting* sluit aan bij de huidige prijs- en aanbodregulering in het kader van de AWBZ en bij de bestaande AWBZ-instellingen. De mogelijkheden om in deze variant tot meer vraagsturing te komen, zijn beperkt. Uitgangspunt is dat het rijk bij het vaststellen van het zorgbudget zich meer gelegen laat liggen aan het wegwerken van knelpunten die door lagere overheden, zorgverzekeraars en (organisaties van) cliënten worden gesignaleerd. De positie van de cliënt zou verder kunnen worden versterkt door hem meer inspraak te geven op het niveau van het zorgkantoor, het indicatieorgaan, de regiovisie en de landelijke meerjarenafspraken. Toch biedt dit, zeker op de lange termijn, waarschijnlijk onvoldoende mogelijkheden om de pluriforme wensen van ouderen te kunnen honoreren.

In haar *tweede oplossingsrichting* presenteert de CSED een drietal varianten naast elkaar, zoveel mogelijk uitgaande van collectief gefinancierde arrangementen op het gebied van ouderenzorg.

In variant 2a gaat het om een flexibilisering van de aanspraken in het kader van de AWBZ en om meer speelruimte voor AWBZ-instellingen om producten te leveren waar behoefte aan is.

Variant 2b onderscheidt zich doordat de functies wonen en welzijn uit de AWBZ worden weggehaald om ondergebracht te worden bij de aanpalende beleidsterreinen van gemeenten en volkshuisvesting.

In variant 2c wordt een groot deel van de ouderenzorg overgeheveld van het eerste naar het tweede en (eventueel) het derde compartiment.

Doordat de drie beschreven varianten elkaar niet uitsluiten, ontstaat een groot aantal mogelijke combinaties. Dit sluit aan bij het streven van de CSED geen blauwdruk te presenteren, maar te komen tot handreikingen voor het te voeren beleid.

In de *derde oplossingsrichting* wordt de ouderenzorg grotendeels losgekoppeld van de AWBZ. Het tegemoet komen aan de pluriforme vraag van ouderen op het gebied van zorg, wonen en welzijn wordt dan – waar dit mogelijk is – aan de markt overgelaten.

De CSED is van mening dat er goede argumenten zijn om ook binnen deze oplossingsrichting langdurige en intensieve vormen van (intramurale) ouderenzorg binnen het kader van de volksverzekering te behouden.

Tevens zijn er argumenten om voor bepaalde categorieën van ouderen, bijvoorbeeld ouderen met hoge gezondheidsrisico's en/of lage inkomens, een vangnet te spannen. Zo'n vangnet kan, afhankelijk van politieke voorkeuren, op verschillende manieren worden vormgegeven.

De CSED verwacht dat de eerste twee oplossingsrichtingen per saldo tot hogere collectieve uitgaven zullen leiden. Bij het afsplitsen van de functies wonen en welzijn is wel sprake van een verbreding van de financiële basis voor de zorguitgaven. Immers, de uitgaven voor wonen en welzijn zullen dan voor rekening komen van de algemene middelen. Ceteris paribus brengt dat een lagere AWBZ-premie met zich mee.

Van even groot belang is evenwel dat een kader wordt geschapen waarbinnen hogere particuliere uitgaven (dan wel eigen bijdragen) op het gebied van zorg, wonen en welzijn binnen het collectieve bestel kunnen plaatsvinden, zonder dat deze uitgaven meegenomen worden bij de vaststelling van collectieve uitgavenkaders.

De derde oplossingsrichting biedt per saldo het meeste perspectief om meer vraagsturing te combineren met een beheerste ontwikkeling (mogelijk zelfs een daling) van de collectieve uitgaven op het gebied van ouderenzorg. Veel zal

echter afhangen van de manier waarop het eerder genoemde vangnet wordt vormgegeven.

Drie oplossingsrichtingen inzake de financiering en betaalbaarheid

De toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg worden uiteraard door meer dan de uitgavenontwikkeling in de ouderenzorg bepaald. Mede in het licht van de geraamde uitgavenontwikkeling van de gezondheidszorg wordt in paragraaf 4.6 gezien in hoeverre collectieve uitgavenverhogingen – ook als deze aansluiten bij maatschappelijke preferenties – ongewenste neveneffecten kunnen hebben en hoe deze dan het best zouden kunnen worden ondervangen. In concreto gaat het dan om het risico dat de hogere zorguitgaven als gevolg van de gekozen financieringsstructuur eenzijdig bij 65-minners en werkenden terecht zouden komen. Uitgaande van de huidige systematiek zouden hogere zorguitgaven immers vooral neerslaan in de vorm van hogere AWBZ- en ZFW-premies alsmede in hogere omslagbijdragen voor de MOOZ en de WTZ. Dit zou het maatschappelijke draagvlak voor de hogere zorguitgaven kunnen ondermijnen, nog los van de mogelijke negatieve gevolgen voor de werking van de arbeidsmarkt.

Daarnaast speelt ook het intergenerationele aspect. In het huidige premiestelsel zijn jongeren en ouderen netto-ontvangers met betrekking tot de ZFW en AWBZ: de verzekerden in deze deelpopulaties ontvangen (in financiële termen) per saldo meer aan zorg dan zij (of hun ouders) via premieheffing betalen. Omgekeerd zijn de 20-64-jarigen nettobetalers: de gemiddelde premiebetalingen overtreffen ruimschoots hun zorgconsumptie. In een vergrijzende samenleving zal dit leeftijdsprofiel van netto-ontvangers en nettobetalers – ceteris paribus – tot een groter beroep op de intergenerationele solidariteit leiden.

Ook ten aanzien van de toekomstige financiering en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg worden drie mogelijke oplossingsrichtingen verkend.

De *eerste oplossingsrichting* richt zich op de lastenverdeling. Deze oplossingsrichting gaat ervan uit dat hogere zorguitgaven in het licht van de vergrijzing op zich geen probleem hoeven te zijn, mits de daarmee gemoeide lasten maar op een evenwichtige manier kunnen worden verdeeld, onder meer door de categorie 65-plussers een groter deel van hun zorguitgaven zelf te laten betalen. Een belangrijke mogelijkheid om van (toekomstige) ouderen een hogere bijdrage te vragen is gelegen in de *volledige fiscalisering van de volksverzekeringen* (in casu AWBZ- en AOW-premies). Op deze manier worden de lasten van de vergrijzing uit de algemene middelen opgebracht waardoor, afhankelijk van de verdere invulling, 65-plussers een grotere bijdrage kunnen leveren. Binnen de AWBZ-verstrekkingen kan voorts gedacht worden aan *hogere eigen bijdragen* voor ouderen. Dit spoor is echter alleen begaanbaar als deze eigen

bijdragen aansluiten bij de specifieke (kwaliteits)behoefte die bij ouderen leven, bijvoorbeeld op het gebied van wonen en welzijn. Indien dit onvoldoende het geval is, zullen hogere eigen bijdragen ertoe leiden dat ouderen het collectief gefinancierde aanbod mijden. Dit zou de legitimiteit van de AWBZ als volksverzekering niet ten goede komen.

Ten aanzien van de Ziekenfondswet kan worden gedacht aan een *hogere ziekenfondspremie* voor ouderen. Dit sluit aan bij de gedachte dat een zekere (zij het beperkte) bandbreedte in de hoogte van ZFW-premiepercentage tussen 65-minners en 65-plussers op zijn plaats is, gezien het veel hogere zorggebruik van 65-plussers. Er zijn echter ook andere mogelijkheden om ouderen in het tweede compartiment om een hogere bijdrage te vragen (toepassing van het equivalentieprincipe) zonder de gewenste solidariteit tussen jong en oud uit het oog te verliezen.

Zo bestaat de mogelijkheid om zorgverzekeraars een marktconforme premie te laten doorberekenen en daarnaast een solidariteitsfonds te creëren dat wordt gevuld met inkomensafhankelijke solidariteitsheffingen. Uit dit fonds kunnen personen voor wie de (risicoafhankelijke) premie onbetaalbaar is een inkomensafhankelijke subsidie ontvangen.

Een derde mogelijkheid betreft een verhoging van de maximumpremie voor de *standaardpakketpolis* voor ouderen met een particuliere polis. Ook voor deze categorie zou het equivalentiebeginsel in hogere mate kunnen gaan gelden.

De *tweede oplossingsrichting* om de zorglasten op een andere manier te verdelen kan gezocht worden in het herijken van de collectief gefinancierde aanspraken in de AWBZ (zie hiervoor de eerder genoemde oplossingsrichtingen ten aanzien van de ouderenzorg) en de Ziekenfondswet.

De CSED kijkt in het kader van de ZFW naar mogelijkheden voor (vrijwillige) eigen bijdragen, polisdifferentiatie en pakketdifferentiatie. Deze drie vormen hebben gemeen dat de verzekerde eigen afwegingen kan maken ten aanzien van de inhoud van zijn zorgaanspraken en de daarbij horende premiehoogte. *Vrijwillige eigen bijdragen* vergroten de eigen verantwoordelijkheid van de ZFW-verzekerde en kunnen tot een verlaging van de desbetreffende ziektekosten leiden. Tegenover het financiële nadeel van de eigen bijdrage van betrokkene staat dan het voordeel van een lagere ziekenfondspremie.

Polisdifferentiatie maakt deel uit van het huidige kabinetsbeleid in de vorm van de zogenoemde gepaste-zorgpolis. Door de thans gevolgde aanpak kan op basis van experimenten worden bepaald of de gepaste-zorgpolis tot een effectiever en doelmatiger zorggebruik zal leiden. In de kern moet het erom gaan dat de ZFW-verzekerde die gebruik maakt van benoemde doelmatige zorgaanbieders, hiervoor in financiële zin wordt beloond. In aanvulling hierop zou ook enige

keuzevrijheid in het ZFW-verstrekkingspakket kunnen worden toegestaan, zodat tevens ontwikkelingen in de richting van pakketdifferentiatie in de ZFW mogelijk worden.

Een *derde mogelijke oplossingsrichting* inzake de toekomstige financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg heeft als invalshoek de hogere toekomstige zorguitgaven op te vangen door daar in een vroeg stadium voor te gaan sparen. Dit vereist kapitaalvorming op individueel dan wel collectief niveau. De CSED gaat nader in op beide mogelijkheden en komt tot de slotsom dat deze route weinig meerwaarde biedt. Individuele kapitaalvorming voegt weinig toe aan de bestaande en komende faciliteiten op het gebied van pensioensparen (de fiscale oudedagparaplu). Een vergelijkbare redenering geldt voor collectieve kapitaalvorming ten behoeve van toekomstige zorguitgaven ten opzichte van het reeds bestaande AOW-spaarfonds.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De gezondheidszorg vormt al vele jaren een belangrijk onderwerp in het maatschappelijke debat. De sterke vooruitgang in de medische technologie heeft veel 'gezondheidswinst' opgeleverd, maar heeft mede door demografische en maatschappelijke ontwikkelingen (vergrijzing, hogere welvaart, een toenemende behoefte aan 'zorg op maat') tot knelpunten geleid: een gebrekkige beheersbaarheid van de zorguitgaven, onvoldoende aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod (wachlijstproblematiek, verschraling) alsmede het vraagstuk van de lastenverdeling zijn hierbij centrale elementen.

De Europese Unie en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) spreken de verwachting uit dat in het bijzonder medisch-technologische ontwikkelingen in combinatie met de vergrijzing een voortgaande opwaartse druk op de gezondheidsuitgaven zullen uitoefenen¹. Nieuwe behandelmogelijkheden met een (waarschijnlijk) medisch nut kunnen moeilijk aan patiënten worden onthouden – zeker niet naarmate deze mondiger zijn – hetgeen een uitgavenopdrijvende werking heeft.

Een belangrijke bijkomende factor hierbij is dat de zorgbehoefte zich vooral in de laatste levensfase concentreert en met hoge uitgaven gepaard gaat. Een gevolg hiervan is dat de gemiddelde uitgaven van de gezondheidszorg vooral na het zeventigste levensjaar exponentieel toenemen. Verder is van betekenis dat de potentiële beroepsbevolking (20-64-jarigen) de komende decennia naar verwachting nauwelijks nog zal groeien. Afgezet tegen het toenemende aantal 65-plussers versmalt hierdoor het financiële draagvlak voor de zorgvoorzieningen, aangezien juist 20-64-jarigen de nettobetalers zijn: deze deelpopulatie betaalt veel meer ziektekostenpremie dan zij aan tegenprestaties ontvangt; omgekeerd zijn 65-plussers netto-ontvangers.

Tegen deze achtergrond heeft het dagelijks bestuur van de Sociaal-Economische Raad de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen (CSED) verzocht het thema *gezondheidszorg en de toekomstige vergrijzing* in beleidsmatige

1 Zie bijvoorbeeld: European Parliament, *Health care systems in the EU: A comparative study*, Luxemburg 1998; OECD, *Health care reform. The will to change*. Health Policy Studies, Parijs 1996.

zin uit te werken². Voorgesteld wordt gezondheidszorg breed op te vatten en daarbij tevens thuiszorg en ouderenzorg te betrekken. Aldus beschouwd komt ook het geheel van (in elkaar overlopende) diensten op het gebied van zorg, wonen en welzijn in beeld, dat hoofdzakelijk wordt aangeboden door verpleeghuizen, bejaardenoorden, thuiszorg en gemeenten.

Hoewel de SER de afgelopen jaren op aspecten van de problematiek van de gezondheidszorg en van de vergrijzing is ingegaan³, heeft de raad zich tot dusver niet specifiek beziggehouden met de gevolgen van de toekomstige vergrijzing voor de gezondheidszorg en de beleidsmatige reactie hierop. Voor de meningsvorming terzake van de raad zal het CSED-rapport bouwstenen kunnen aandragen.

Dit gebeurt mede in het licht van de mededeling in het regeerakkoord – die daarna is herhaald in het *Jaaroverzicht Zorg 1999* – dat het kabinet een studie zal laten uitvoeren naar de wenselijkheid van verdergaande aanpassingen in het verzekeringsstelsel op de langere termijn in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen⁴. In het verlengde hiervan heeft het kabinet aangekondigd de SER rond de zomer van 1999 over de toekomst van het stelsel van ziektekostenverzekeringen om advies te zullen vragen.

1.2 Probleemstelling

De gevolgen van de vergrijzing staan al vele jaren zowel nationaal als internationaal in de maatschappelijke en politieke belangstelling. In de kern gaat het hierbij om de vraag hoe beleidsmatig moet worden ingespeeld op de in omvang afwijkende naoorlogse geboortecohorten. Zo dragen deze babyboomers de komende jaren in belangrijke mate bij tot een snel toenemende veroudering van de beroepsbevolking. Vervolgens zullen zij in het tweede decennium van de volgende eeuw zorgen voor een groeiversnelling van het aantal pensioengerechtigden; tevens zullen zij dan verantwoordelijk zijn voor een toenemend beroep op de zorgvoorzieningen in brede zin. Pas tegen het midden van de volgende eeuw zal de vergrijzingsgolf wegebber. Op dat moment zal Nederland wel een structureel oudere bevolking hebben.

2 De samenstelling van de CSED is opgenomen in bijlage 1. De CSED is voortgekomen uit de Commissie Economische Deskundigen (CED) en bracht in september 1997 haar eerste rapport uit: *Economische dynamiek en sociale uitsluiting*.

3 Wat de gezondheidszorg betreft kan worden gewezen op de SER-adviezen over *De herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen* (publicatienr. 90/20, Den Haag 1990) en over *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (publicatienr. 98/13, Den Haag 1998). Voor advisering over de langetermijnevolgen van de vergrijzing voor de oudedagsvoorziening wordt verwezen naar het SER-advies *Werken aan zekerheid II: Toekomst oudedagsvoorziening* publicatienr. 97/05^{II}, Den Haag 1997, pp. 335-577.

4 Zie voor het Regeerakkoord: Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 26 024, nr. 10, p. 44; zie ook: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Jaaroverzicht Zorg 1999*, Rijswijk 1998.

De vergrijzing heeft gevolgen voor vele terreinen. Dit geldt in het bijzonder voor de oudedagsvoorziening, de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening waar een groot aantal regelingen is geworteld in een demografische (en maatschappelijke) context, die steeds meer afwijkt van de actuele (en toekomstige) situatie. In de context van de voortgaande vergrijzing lijken aanpassingen dan onvermijdelijk⁵:

(...) deep-down it is not so much the aging population which poses a threat to social protection systems, it is more likely that the finance principles on which those systems are based are flawed or not entirely shockproof. Aging populations are therefore no threat, they merely lay bare the weaknesses of social arrangements in correcting market failures. By adjusting the financial principles on which social protection is based one can look upon aging populations as a challenge. Of course, there are elements in social protection design which need adjustment.

Tot nu toe is vooral veel aandacht uitgegaan naar de (toekomstige financiering van de) oudedagsvoorziening. Op dit terrein is in de jaren negentig duidelijk een 'sense of urgency' in Nederland ontstaan. Zo heeft het eerste kabinet-Kok het AOW-spaarfonds in het leven geroepen. Daarnaast hebben het kabinet en de Stichting van de Arbeid eind 1997 een *Convenant inzake de arbeidspensioenen* gesloten, waarin modernisering en kostenbeheersing centraal staan. Kort samengevat zijn al deze inspanningen erop gericht om zodanige institutionele aanpassingen tot stand te brengen dat de toekomstige generaties ouderen over een adequate oudedagsvoorziening kunnen beschikken.

Daarenboven wordt op individueel niveau voorzien in vrijwillige en aanvullende oudedagsvoorzieningen; dit betreft een veelheid van (verzekerings)modaliteiten: lijfrenteverzekeringen, spaarregelingen voor de oude dag en mengvormen. Daarnaast blijven de eigen woning en de traditionele vormen van sparen belangrijke voorzieningen om een inkomensterugval na pensionering op te vangen.

De voortgaande ontwikkelingen op het terrein van de medische technologie zullen in combinatie met de toekomstige vergrijzing naar verwachting – *ceteris paribus* – in hogere zorguitgaven resulteren. Hogere zorguitgaven hoeven niet per definitie als negatief te worden gekwalificeerd. Hogere zorguitgaven zijn pas problematisch als zij niet de uitdrukking zijn van de maatschappelijke preferenties – in dit geval de voorkeuren van de Nederlandse bevolking – en als de werkzaamheid en de doelmatigheid van de gezondheidszorg te wensen overlaten⁶:

5 H.P. van Dalen, *Social protection and ageing populations in the European Union*, NIDI Working Paper 1997/5, Den Haag 1997, pp. 27 en 28.

6 CPB, *Challenging Neighbours*, Heidelberg 1997, p. 503.

The real problem lies in trusting the working of the institutions of health care enough to be sure that the level of spending reflects social desires, that the health care services provided are the most efficient in meeting patients' needs, and that services are produced in the most efficient way.

Verder is van belang waar die hogere zorglasten precies terecht gaan komen. Voorzover de lastenverzwaring bij de actieve beroepsbevolking neerslaat, is het bijvoorbeeld van belang of er sprake is van afwenteling in de loonsom, waardoor via wigvergroting negatieve arbeidsmarkteffecten zullen optreden. Tot slot speelt de financieringswijze een belangrijke rol. Aangezien de gezondheidszorg in Nederland grotendeels op omslagbasis wordt gefinancierd, is een toenemende solidariteitsoverdracht tussen generaties noodzakelijk op het moment dat één generatie (de naoorlogse babyboomers) aanzienlijk omvangrijker is dan de volgende generatie. Dit aspect wordt nog versterkt door het leeftijdsafhankelijke karakter van het zorggebruik, waardoor het grootste zorggebruik in die leeftijdscategorie plaatsvindt, die het snelst in omvang groeit.

Naar een 'vergrijzingsbestendig' stelsel van gezondheidszorg

Het huidige beleid is erop gericht de knelpunten in de gezondheidszorg weg te nemen via incrementele aanpassingen binnen het bestaande stelsel. Ondanks de nadruk op zo'n stap-voor-stap benadering sluit het kabinet-Kok II verdergaande aanpassingen voor de langere termijn niet uit, getuige de in paragraaf 1.1 genoemde langetermijnstudie van het kabinet en de aangekondigde SER-adviesaanvraag over de toekomst van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Tegen deze achtergrond plaatst de CSED het te behandelen onderwerp gezondheidszorg en vergrijzing in het perspectief van de (zeer) lange termijn. De probleemstelling spitst zich toe op de *vergrijzingsbestendigheid* van het huidige stelsel van gezondheidszorg:

Hoe kan het stelsel van de gezondheidszorg zich vanuit de huidige situatie zodanig ontwikkelen, dat ook in een verouderende samenleving met een veranderende sociaal-economische omgeving een adequaat en betaalbaar zorgniveau zoveel mogelijk binnen bereik blijft?

De ontwikkeling van de toekomstige gezondheidsuitgaven en het in rekening brengen hiervan aan de burgers spelen in dit verband een centrale rol. Dit gebeurt in de veronderstelling dat de toekomstige zorgvoorzieningen moeten kunnen voorzien in een pluriforme zorgvraag (zie hierna). Tegen deze achtergrond zal de vergrijzingsbestendigheid groter zijn naarmate er sprake is van een verbreding van het economische draagvlak, een effectieve en doelmatige inrichting van het stelsel en van een als rechtvaardig ervaren verdeling van de

(collectieve) zorglasten, zowel binnen als tussen generaties. Dit betekent dat de ontwikkeling van een pluriform voorzieningenaanbod, beheersing van de zorguitgaven en de verdeling van de zorglasten de specifieke invalshoeken in het rapport vormen. Vanuit deze invalshoeken komen ook ordeningsaspecten aan de orde.

Drie centrale noties

In aanvulling op het voorgaande zijn drie noties van grote betekenis bij de uitwerking van de probleemstelling. Deze noties worden hieronder kort geduid en later in het rapport nader uitgewerkt.

Ten eerste is er de wetenschap dat demografische processen – en in het bijzonder de vergrijzing – niet de enige belangrijke autonome factor vormen met een structurerende werking op de langetermijntontwikkelingen in de gezondheidszorg. Naast de demografie oefenen ook de ontwikkelingen in de (medische) technologie en de epidemiologie een zeer grote invloed uit op de gezondheidszorg. Daarnaast lijken de mogelijkheden tot substantiële productiviteitsverhogingen in de gezondheidszorg achter te blijven bij de gemiddelde nationale productiviteitsgroei (zogenoemde Baumol-effecten). In hoofdstuk 3 komen deze determinanten nader aan de orde.

In de *tweede plaats* is er de verwachting dat de toekomstige generaties ouderen in toenemende mate een heterogeen karakter zullen hebben. Een belangrijke factor vormt hierbij het gemiddeld toenemende opleidingsniveau en daarmee samenhangende aspecten (gemiddeld betere inkomenspositie en gezondheid en een gedifferentieerde levensstijl), waardoor de zorgvraag van deze deelpopulatie hoogstwaarschijnlijk pluriformer zal zijn dan thans. Deze aspecten krijgen in hoofdstuk 2 aandacht.

De *derde notie* vloeit voort uit het voorgaande. De toekomstige, collectief gefinancierde, zorguitgaven kunnen – onder invloed van de vergrijzing en de pluriformere zorgvraag – (sterk) gaan oplopen. Dit vormt een probleem voorzover dergelijke uitgavenverhogingen geen weerspiegeling vormen van de maatschappelijke preferenties. Zijn hogere zorguitgaven daarentegen het gevolg van een breed gedragen voorkeur voor meer (en betere) zorgvoorzieningen, dan bevredigen de hogere collectief gefinancierde zorguitgaven de maatschappelijke zorgbehoeften en wordt aldus een bijdrage geleverd aan een hoger welvaartsniveau. Vervolgens dient zich wel de vraag aan of de toekomstige ouderen een groter deel van de toenemende zorguitgaven zelf zouden moeten dragen. Het maatschappelijke draagvlak hiervoor zal toenemen naarmate de financiële positie van de categorie ouderen in de loop der tijd verbetert.

Afbakening

Tot slot realiseert de CSED zich dat de hier gekozen probleemstelling slechts een partiële invulling van de centrale thematiek betreft. Zo gaat het rapport voorbij aan de gevolgen van de vergrijzing voor de toekomstige personeelsvoorziening in de gezondheidszorg (sectorale arbeidsmarkt) en de Europese dimensie.

Wat de *sectorale arbeidsmarkt* betreft, is onder meer het spanningsveld aan de orde tussen enerzijds de beperkte budgettaire ruimte voor de zorgsector en anderzijds de toenemende problemen die zorginstellingen ondervinden bij het vinden van voldoende geschikt personeel om te kunnen inspelen op de groeiende behoefte in de maatschappij aan zorg. Een belangrijk gegeven daarbij is dat binnen de zorgsector de eerstkomende jaren een snelle vergrijzing van het personeelsbestand zal plaatsvinden. Dit proces voltrekt zich in de zorgsector veel sneller dan op de landelijke arbeidsmarkt. Zeker ook in het licht van de langetermijntontwikkelingen op de arbeidsmarkt stelt zich dan ook zeer nadrukkelijk de vraag hoe hier beleidsmatig op moet worden ingespeeld. Aangrijpingspunten zijn de kwantitatieve en kwalitatieve aansluiting tussen vraag en aanbod in deze sectorale arbeidsmarkt en het instrumentarium om hier bij te sturen (opleidings- en toetredingsbeleid, arbeidsvoorwaardenbeleid in relatie tot de budgettaire restricties).

In het voorliggende rapport wordt de toekomstige personeelsvoorziening in de gezondheidszorg niet aangesneden in de wetenschap dat de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gezamenlijk een advies over deze problematiek hebben voorbereid; de tijdshorizon bestrijkt de eerstkomende tien tot vijftien jaar⁷. Dit gezamenlijke advies gaat tevens in op de vraag hoe de zorgsector een bijdrage kan leveren aan het vergroten van de participatie van inactieven. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan de toekomstige ontwikkeling van de informele zorg voor ouderen (mantelzorg) mede in relatie tot de behoefte aan professionele (thuis)zorg.

De *Europese dimensie* is een tweede vraagstuk op het terrein van de gezondheidszorg dat in dit rapport niet wordt behandeld, maar in het kader van een langetermijnperspectief wel aandacht verdient. Er zijn diverse ontwikkelingen binnen de Europese Unie gaande, die de grondslagen van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg kunnen beïnvloeden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het EU-regime van de mededingingswetgeving, dat tot een fundamentele bezinning op doelen en waarden van het Nederlandse zorgstelsel zou kunnen lei-

⁷ RMO/RVZ, *Zorgarbeid in de toekomst. Advies over de gevolgen van demografische ontwikkeling van vraag en aanbod zorg(arbeid)*, Den Haag/Zoetermeer 1999.

den. Daarnaast hebben Europese wetgeving en jurisprudentie hun doorwerking in de nationale verzekeringsstelsels. Bekende voorbeelden zijn de arresten Decker en Kohll van het Hof van Justitie van de EU, die impliceren dat ook in de gezondheidszorg het vrije verkeer van goederen en het vrij verrichten van diensten niet onrechtmatig mag worden belemmerd.

Dit type ontwikkelingen leidt tot de conclusie dat gezondheidspolitiek niet meer uitsluitend nationaal kan worden bedreven. De CSED heeft zich niet gebogen over de juridische en strategische vragen die hieruit voortvloeien. Zij heeft wel goed nota genomen van het voornemen van de RVZ om eind 1999 een advies uit te brengen, waarin de houdbaarheid van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg centraal staat in het perspectief van globalisering, marktwerking en vrijheid van handel en communicatie⁸.

1.3 Definities

Bij het gebruik van de begrippen uit de demografie en de gezondheidszorg sluit het rapport zoveel mogelijk aan bij de gangbare definities. Hieronder worden de belangrijkste kort weergegeven. Daarbij wordt ook stilgestaan bij de wijze waarop de zorg in budgettaire zin wordt behandeld. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van de in dit rapport meest relevante wetten en regelingen (AWBZ, ZFW, MOOZ, WTZ) en de financiering hiervan.

Demografische begrippen

Met *vergrijzing* wordt bedoeld op het toenemende aandeel van ouderen in de totale bevolking. De mate en ontwikkeling van vergrijzing wordt veelal bepaald door het aantal 65-plussers in procenten van de totale bevolking uit te drukken.

Bij *dubbele vergrijzing* gaat het om ontwikkelingen die ertoe leiden dat de categorie 80-plussers binnen de categorie ouderen het snelst toeneemt. Met andere woorden: het aandeel van 80-plussers in de populatie 65-plussers stijgt. De *grijze druk* is een aan de vergrijzing gerelateerd demografisch kengetal en drukt het aantal 65-plussers uit als percentage van het aantal 20-64-jarigen (de potentiële beroepsbevolking). De grijze druk geeft de verhouding weer tussen de draaglast en het (potentiële) draagvlak. Het feitelijke draagvlak is afhankelijk van de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie en het aantal gewerkte uren.

⁸ Zie: *Werkprogramma RVZ 1999*, Zoetermeer 1999, inz. pp. 26-31.

Bezien vanuit de invalshoek van de gezondheidszorg is het overigens weinig zinvol 'ouderen' als een homogene categorie te beschouwen. Het is zeker waar dat een groeiende categorie ouderen met het klimmen der jaren geconfronteerd wordt met een cumulatie van (chronische) ziekten (de zogenoemde multi- of comorbiditeit). Dit neemt evenwel niet weg dat een aanzienlijk deel van de ouderen vrij is van dit soort ziekten en geen of weinig last heeft van lichamelijke beperkingen of psychische problemen (zie hoofdstuk 2). Ook deze constatering leidt tot de conclusie dat een gedifferentieerde benadering wenselijk is.

Begrippen uit de gezondheidszorg

Wat onder gezondheidszorg wordt verstaan, is in de loop der tijden sterk gewijzigd. Stond aanvankelijk het voorkomen van ziekte en voortijdige sterfte centraal (preventieve en curatieve zorgvoorzieningen), thans wordt een bredere definitie gehanteerd. Ook de zorg voor personen met een langdurige ziekte of handicap behoort nu tot het aandachtsgebied van de gezondheidszorg⁹. Het gaat hierbij om de verzorging en verpleging alsook om voorzieningen in de sfeer van de welzijnssector (persoonlijke verzorging, huishoudelijke ondersteuning en dergelijke). Verder zijn de zorg- en woonvoorzieningen dichter bij elkaar komen te liggen. Deze brede benadering van de gezondheidszorg vormt het vertrekpunt van dit rapport.

In de gezondheidszorg wordt veelal een tweedeling gemaakt tussen *cure* en *care*. Bij de *cure* gaat het om de geneeskundige zorg en bij de *care* wordt bedoeld op de zorg aan chronisch zorgbehoevenden¹⁰. In de praktijk doen zich echter steeds meer tussenvormen voor, waardoor dit onderscheid aan belang verliest.

Het onderscheid tussen *cure* en *care* is in hoofdlijnen terug te vinden in de compartimentering van de zorg in drie gedeelten.

In het *eerste compartiment* staat de *care* centraal: de niet-medische zorg aan zieken, ouderen of gehandicapten. Aanvankelijk betrof het vooral langdurige aanspraken (een jaar of langer). Met het oog op de bevordering van doelmatige substitutie (bijvoorbeeld thuiszorg in plaats van verpleeghuiszorg) zijn in de loop der tijd ook kortdurende aanspraken in het eerste compartiment ondergebracht. De overheidssturing is in dit compartiment het grootst en vindt plaats via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

9 Zie bijvoorbeeld: Tweede Kamer, *Gezond en wel: het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998*, vergaderjaar 1994/1995, 24 126, nrs. 1-2.

10 Zie: *Jaaroverzicht Zorg 1999*, op.cit., p. 178.

In het *tweede compartiment* gaat het in hoofdzaak om de noodzakelijk geachte geneeskundige zorg, de cure. In dit compartiment is gedeeltelijk sprake van overheidssturing en wel via de WZV (aanbod) en de WTG (kosten). Voor het overige komt de sturing tot stand via de markt (aanbieders, verzekeraars en consumenten). Het verplichte ziekenfondspakket krachtens de Ziekenfondswet (ZFW) is een basispakket; voor de particuliere sector is een overeenkomstig pakket gedefinieerd.

Het *derde compartiment* betreft de aanvullende hulp. Het gaat hierbij zowel om cure (bijvoorbeeld tandheelkundige zorg voor volwassenen) als om care (aanvullende hulp in de huishouding). In dit compartiment komt de sturing voornamelijk tot stand via de markt. Dit neemt niet weg dat de overheid in specifieke gevallen wel aanspreekbaar is op de kwaliteit van de geleverde hulp. Iedereen is vrij om zich al dan niet voor (vormen van) aanvullende zorg te verzekeren.

Budgettaire aspecten van de zorg

Hier worden het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) en de uitgaven-ijklijn Zorg omschreven.

Het BKZ geeft de toelaatbare kosten aan van het basiszorgpakket, waarvan de regering vindt dat het voor iedereen toegankelijk moet zijn, zo vermeldt de Miljoenennota¹¹. Het BKZ heeft betrekking op de zorg in het eerste en tweede compartiment (AWBZ, ZFW en particuliere ziektekostenverzekeringen). Dit betekent dus dat er via het BKZ een directe betrokkenheid is van de minister van VWS bij de particuliere ziektekostenverzekeringen die onder het tweede compartiment vallen.

De *uitgaven-ijklijn Zorg* betreft het collectief gefinancierde deel van het BKZ en omvat de AWBZ, ZFW, begrotingsgefinancierde zorg en de omslagbijdrage WTZ. De eigen betalingen en de premies voor de particuliere ziektekostenverzekeringen blijven hierbij dus buiten beschouwing. De uitgaven-ijklijn Zorg wordt samen met de ijklijnen voor de Rijksbegroting en de Sociale Zekerheid jaarlijks in de Miljoenennota gepresenteerd.

1.4 Opzet

De probleemstelling wordt nader uitgewerkt in drie hoofdstukken.

Hoofdstuk 2 heeft een sterk beschrijvend karakter. Het schetst een aantal achtergronden en ontwikkelingen, die van belang zijn voor een goed begrip van de huidige relatie tussen de uitgaven en het gebruik van de gezondheidszorg enerzijds en het leeftijdsspecifieke karakter daarvan anderzijds. Dit laatste

11 Tweede Kamer, *Miljoenennota 1999*, vergaderjaar 1998-1999, 26 200, nr. 1, inz. p. 101.

betreft de bijzondere positie van ouderen in de gezondheidszorg, een belangrijk gegeven in verband met de toekomstige vergrijzing. Meer specifiek worden enkele achtergrondvariabelen van zorggebruik door ouderen belicht. Daaruit komt de heterogeniteit van deze deelpopulatie duidelijk naar voren; dit geldt ook zeker ten aanzien van de inkomens- en vermogenspositie van ouderen, waaraan relatief veel aandacht wordt besteed.

Hoofdstuk 3 is toekomstgericht en behandelt de ramingen voor de zeer lange termijn: het jaar 2015 en later. Het gaat hierbij in het bijzonder om de demografische prognoses en de daaraan gerelateerde ramingen van de collectieve (zorg)uitgaven. Deze ramingen geven een indicatie van de effecten van de vergrijzing zowel op de zorguitgaven op macroniveau als op het financieringsdraagvlak van de zorgvoorzieningen. Dit hoofdstuk besteedt ook aandacht aan de onzekerheden, die aan de ramingen kleven. Naast demografische onzekerheden gaat het daarbij om andere relevante determinanten waarvan de lange-termijnontwikkeling moeilijk eenduidig is in te schatten: (medische) technologie, epidemiologie, zorgvraag en productiviteitsontwikkeling (Baumol-effecten).

In *hoofdstuk 4* staat het beleid centraal; daarmee vormt dit hoofdstuk de kern van het rapport.

Er wordt vanuit een brede invalshoek gestart. Betoogd wordt dat de gevolgen van de vergrijzing in brede zin (inclusief de gevolgen voor de gezondheidszorg) goed kunnen worden opgevangen als er tijdig een adequaat sociaal-economisch beleid wordt gevoerd. Elementen hierbij zijn: een versterking van het productieve vermogen van de nationale economie, een optimale benutting van het arbeidspotentieel, een verdere terugdringing van het EMU-tekort (op termijn zelfs omslaand in een overschot) en een verdere verbetering van het stelsel van ouderdomspensioenen.

Vervolgens vindt een toespitsing plaats op de zorgsector. Na een korte beschrijving van recente beleidsontwikkelingen volgt een verkenning van de knelpunten die zich in het licht van de toekomstige vergrijzing mogelijk zouden kunnen voordoen in de gezondheidszorg. Deze verkenning richt zich op de meest vergrijzingsgevoelige sectoren – ouderenzorg, de ziekenhuiszorg en de farmaceutische zorg – alsook op de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg; bij dit laatste thema speelt de inter- en intragenerationele solidariteit een belangrijke rol.

Voor twee thema's – de ouderenzorg en de financiering en betaalbaarheid – vindt ten slotte een nadere uitwerking plaats in termen van oplossingsrichtingen. Bij de ouderenzorg gaat het hierbij in de eerste plaats om beleid gericht

op een verbetering van de aansluiting van het collectief gefinancierde aanbod op de (pluriforme) zorgvraag en ten tweede om de aanpak van bestuurlijke vraagstukken: de invulling van de regiefunctie binnen de AWBZ en de afstemming tussen de AWBZ en aanpalende beleidsterreinen. Ten aanzien van de financiering en betaalbaarheid worden in het rapport drie oplossingsrichtingen onderscheiden en in kaart gebracht: een meer evenwichtige lastenverdeling (onder meer door een grotere bijdrage van de categorie ouderen), een herijking van het collectieve, verplichte voorzieningenpakket en de vorming van een individuele dan wel collectieve kapitaalreserve.

2. De positie van ouderen: zorguitgaven, zorggebruik en financiële positie

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk heeft een sterk beschrijvend karakter. Het beoogt een aantal achtergronden te schetsen, die van belang zijn voor een goed begrip van de huidige relatie tussen de uitgaven en het gebruik van de gezondheidszorg enerzijds en het leeftijdsspecifieke karakter daarvan anderzijds. Dit laatste betreft de bijzondere positie van ouderen in de gezondheidszorg, een belangrijk gegeven in verband met de toekomstige vergrijzing.

Allereerst brengt paragraaf 2.2 een aantal leeftijdsprofielen in beeld. Deze hebben betrekking op de uitgaven van achtereenvolgens de totale gezondheidszorg, de specifieke zorgsectoren en de jaren direct voorafgaand aan het overlijden. Verder wordt inzicht verschaft in de hoge zorguitgaven van ouderen door een leeftijdsspecifieke uitsplitsing naar diagnoses te maken. Tot slot gaat de paragraaf in op de leeftijdsspecifieke relatie tussen de premiebetaling voor ZFW en AWBZ enerzijds en het voorzieningengebruik van de verzekerden anderzijds.

In paragraaf 2.3 wordt de heterogeniteit van de huidige bejaardenpopulatie kort getypeerd aan de hand van een aantal kenmerken: de gezondheidssituatie, enkele sociaal-culturele factoren en de huisvestingsbehoeften. In het licht van de probleemstelling van dit rapport is in het bijzonder een goed inzicht in de inkomens- en vermogenspositie van ouderen belangrijk; dit onderwerp komt uitvoerig aan de orde in een aparte paragraaf (2.4).

Tegen de achtergrond van deze typering brengt paragraaf 2.5 het zorggebruik van ouderen in kaart. Achtereenvolgens komen het gebruik van de thuiszorg en het gebruik van de verzorgings- en verpleeghuizen aan de orde.

Tot slot brengt paragraaf 2.6 de belangrijkste bevindingen bijeen.

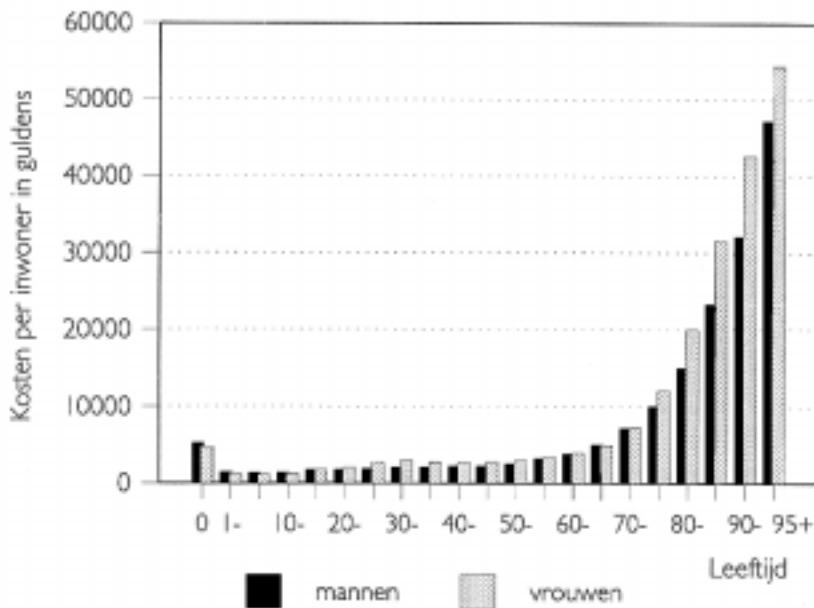
2.2 Gezondheidszorg en leeftijdsprofielen

In 1994 bedroegen de zorguitgaven in Nederland gemiddeld 3.866 gulden per inwoner. De gemiddelde zorguitgaven voor mannen (3.202 gulden) lagen aanzienlijk lager dan die voor vrouwen (4.515 gulden). Een belangrijke verklaring hiervoor is dat vrouwen sterk zijn oververtegenwoordigd in de hoogste leef-

tijdsklassen, de leeftijdsklassen waar de zorgbehoefte – en de zorguitgaven – het hoogst zijn.

Tegen deze achtergrond is het vanuit de optiek van de toekomstige vergrijzing noodzakelijk nader in te gaan op het leeftijdsprofiel van het zorggebruik en de zorguitgaven. Een recente studie van Polder et al. leent zich voor zo'n analyse¹. Deze studie schetst het volgende beeld (figuur 2.1).

Figuur 2.1 – Uitgaven van de gezondheidszorg (exclusief farmaceutische hulp) in Nederland naar leeftijd en geslacht, 1994 (in duizenden guldens)



Bron: J.J. Polder et al., *Kosten van ziekten in Nederland in 1994*, op.cit., p. 54.

De gemiddelde uitgaven in de gezondheidszorg blijven na de geboorte vele jaren op een relatief laag niveau liggen (rond de tweeduizend gulden per jaar), om vervolgens vanaf ongeveer het vijftigste jaar licht te gaan stijgen en ten slotte vooral na het zeventigste jaar explosief toe te nemen; in 1994 tot meer dan 50.000 gulden voor 95-plussers. Een en ander leidt ertoe dat in genoemd jaar 42 procent van de totale kosten van de gezondheid is toe te schrijven aan

1 J.J. Polder, W.J. Meering, M.A. Koopmanschap, L. Bonneux en P.J. van der Maas, *Kosten van ziekten in Nederland in 1994*, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1997. Zie ook het gelijknamige artikel in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 11 juli 1998, pp. 1607-1611.

65-plussers; in 1994 vormden zij 13,1 procent van de totale Nederlandse bevolking.

Vergrijzingsgevoelige zorgsectoren

Het *Jaaroverzicht Zorg* onderscheidt zes zorgsectoren (totale uitgaven in 1999 71,1 miljard gulden), waarvan de curatieve somatische zorg verreweg het grootste beslag legt op de zorguitgaven: 40 procent (28,4 miljard gulden in 1999), gevolgd door de ouderen- en thuiszorg (22 procent; 15,7 miljard) en de genees- en hulpmiddelen (11 procent; 7,7 miljard)².

Het behoeft geen nadere toelichting dat de ouderenzorg bij uitstek vergrijzingsgevoelig is, maar voor andere zorgsectoren is de vergrijzingsgevoeligheid op voorhand minder evident. Inzicht hierin kan worden verkregen op basis van het leeftijdsprofiel van de gezondheidsuitgaven naar sector (zie figuur 2.2). Behalve de gemiddelde uitgaven voor de ouderenzorg blijken ook uitgaven in verband met de ziekenhuiszorg, de extramurale somatische zorg (huisartsen, tandartsen en paramedici) en de genees- en hulpmiddelen duidelijk op te lopen met het vorderen van de leeftijd. Daarbij wordt aangetekend dat de uitgaven voor de ziekenhuiszorg in de laatste levensjaren weer iets teruglopen door substitutie-effecten (bijvoorbeeld door opname in een verpleeghuis). De geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg kennen daarentegen een ander leeftijdsprofiel.

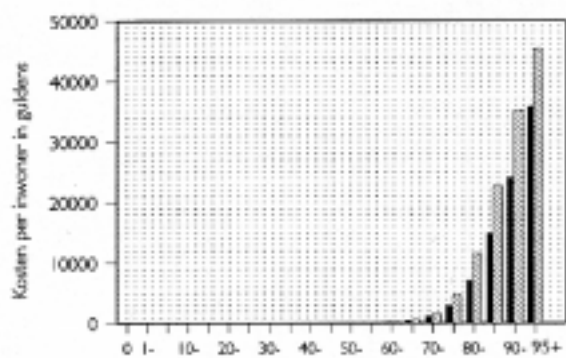
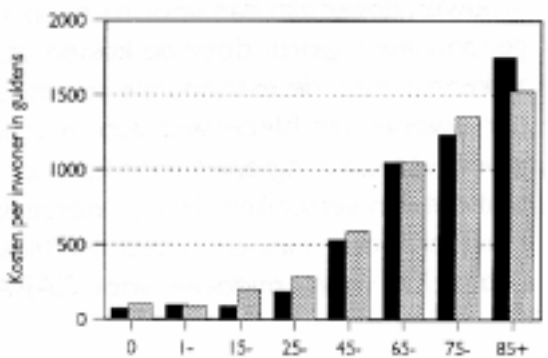
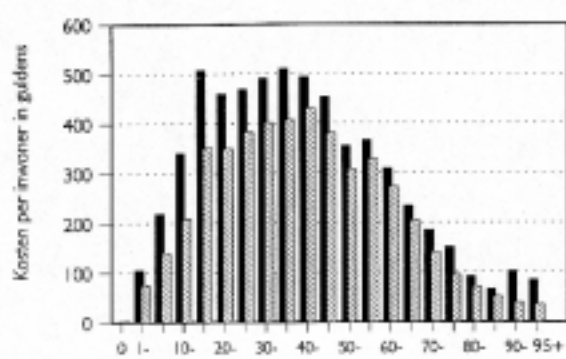
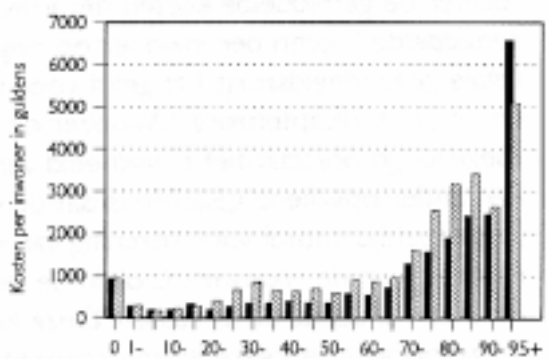
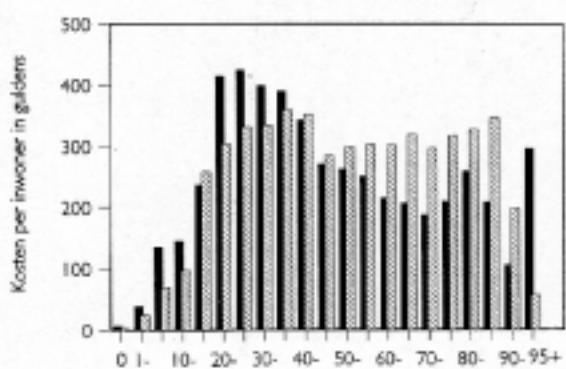
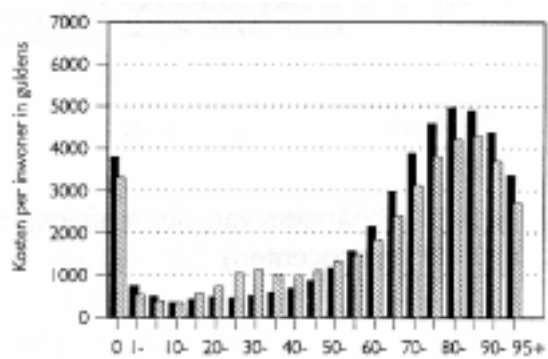
Zorguitgaven in het jaar voor het overlijden

De sterk stijgende gezondheidsuitgaven in de hogere leeftijdsklassen zijn voor een belangrijk deel een uitvloeisel van de hoge levensverwachting in Nederland. Aangezien de uitgaven vooral in het jaar voor overlijden hoog zijn, nemen de gezondheidsuitgaven voor de hoogste leeftijdsklassen enorm toe. Met andere woorden: dat de gemiddelde zorguitgaven in de hogere leeftijdsklassen sterk oplopen, komt doordat er in die leeftijdsklassen meer mensen zijn die op korte termijn komen te overlijden. Dit blijkt uit onderzoek van de WRR³. Voor de totale categorie 50-plussers geldt dat de gemiddelde uitgaven voor een persoon die binnen een jaar overlijdt ruim achtmaal zo hoog lagen als voor een persoon die nog ten minste vier jaar in leven blijft.

2 Bron: *Ministerie van VWS, Jaaroverzicht Zorg 1999*, Rijswijk 1998, p. 9.

3 Dit onderzoek beperkte zich tot 50-plussers en omvatte de meeste verstrekkingen die in het ziekenfonds zitten (klinische en poliklinische zorg, huisartszorg, farmacie en overige) plus de kosten voor verpleeghuiszorg (AWBZ). Zie WRR, *Volksgezondheidszorg*, Rapporten aan de Regering nr. 52, Den Haag 1997, inz. pp. 73-77.

Figuur 2.2 – Gemiddelde zorguitgaven per inwoner naar sector, leeftijd en geslacht, 1994 (in guldens)

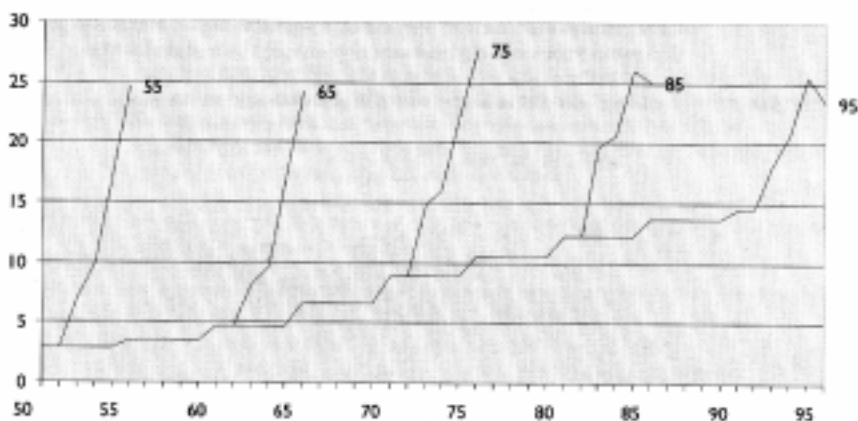


Bron: J.J. Polder et al., *Kosten van ziekten in Nederland 1994*, op.cit., pp. 68 en 69.

In figuur 2.3 zijn deze gegevens, uitgesplitst naar leeftijd, in beeld gebracht. De horizontale, stapsgewijs oplopende lijn geeft de gemiddelde jaarlijkse uitgaven weer voor personen die nog meer dan vier jaar blijven leven. De steil oplopende lijnen geven de gemiddelde uitgavenontwikkeling weer voor personen die op respectievelijk 55 jaar, 65 jaar en cetera overlijden. Uit de figuur blijkt bijvoorbeeld dat 75-79-jarigen die nog langer dan vier jaar blijven leven, globaal een verdubbeling van de zorguitgaven hebben ten opzichte van 60-64-jarigen in de vergelijkbare situatie, gemiddeld respectievelijk ruim 10.000 en bijna 5.000 gulden. Toch zijn de gemiddelde uitgaven voor deze 75-79-jarigen een stuk lager dan die voor 60-64-jarigen die binnen enkele jaren komen te overlijden.

Uit figuur 2.3 komt ook naar voren dat in absolute zin de gezondheidsuitgaven voor overlijden voor alle leeftijdsklassen grosso modo even hoog zijn. Wat sterk verschilt, is de samenstelling van deze uitgaven. Tot ongeveer 80 jaar is het leeuwendeel van de uitgaven terug te voeren tot klinische zorg; daarna neemt het aandeel van verpleeghuiszorg snel toe.

Figuur 2.3 – De uitgaven voor zorg naar leeftijd van overlijden (in duizenden gulden)



Bron: WRR, *Volksgesondheidszorg*, op.cit., p. 75.

Zorguitgaven naar diagnosehoofdgroep

Inzicht in de hoge zorguitgaven van ouderen kan ook worden verkregen door een leeftijdsspecifieke uitsplitsing naar diagnoses te maken (tabel 2.1). Hierdoor ontstaat een beeld van de ziekten en aandoeningen die vooral ouderen treffen. In het bijzonder springen psychische stoornissen (dementie, vooral bij 75-plussers) en ziekten van het hartvaatstelsel eruit. Verder heeft meer dan de helft van de uitgaven die gepaard gaan met nieuwvormingen (vormen van kanker) en uitwendige oorzaken van letsel (in het bijzonder heupfracturen door

accidentele val) betrekking op 65-plussers. In de tabel staat niet vermeld dat in 1994 zo'n 3,2 miljard gulden van de gezondheidsuitgaven van 75-plussers niet aan een ziekte of aandoening viel toe te wijzen, aangezien deze betrekking had op woonuitgaven in verzorgingshuizen.

Uit de tabel kan worden afgeleid dat – ceteris paribus – de zorguitgaven voor ouderen fors zouden kunnen worden teruggedrongen, indien de medische wetenschap erin zou slagen psychische stoornissen, zoals dementie, aanzienlijk terug te dringen.

Tabel 2.1 – Uitgaven binnen de Nederlandse gezondheidszorg naar diagnosehoofdgroep en leeftijd, 1994 (in miljoenen gulden)

Diagnosehoofdgroep	65-74		75-plussers		totale bevolking
	uitgaven (mln.)	% diagn. groep	uitgaven (mln.)	% diagn. groep	
Nieuwvormingen	629	26,9	650	27,8	2.335
Psych. stoornissen	1.005	7,3	3.503	25,5	13.729
Zenuwstelsel en zintuigen	510	16,4	790	25,4	3.111
Ziekten hart vaatstelsel	1.692	27,2	2.573	41,4	6.214
Ziekten ademhalingswegen	428	17,8	579	24,1	2.402
Ziekten spijsverteringsstelsel	677	14,5	595	12,8	4.658
Ziekten bewegingsstelsel	559	15,8	777	21,9	3.546
Symptomen/onvol. omschreven	421	14,6	665	23,1	2.877
Uitwendige oorzaken letsel	329	13,1	980	38,9	2.519
Totaal	8.182	13,8	16.847	28,3	59.463

Bron: D. Post en L.J. Stokx (eindred.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 VI: Zorgbehoefte en zorggebruik*, RIVM, Bilthoven 1997, p. 69.

Relatie premiebetaling-zorgconsumptie

Met het oog op de toekomstige vergrijzing en de collectieve lastenontwikkeling is vooral de leeftijdsspecifieke relatie tussen de premiebetaling voor ZFW, particuliere ziektekostenverzekeringen en AWBZ enerzijds en het voorzieningengebruik van de verzekerden anderzijds van belang. Daarbij dient te worden bedacht dat de premiebetaling in de ziektekostenverzekeringen niet of slechts ten dele afhankelijk is van de gezondheidsrisico's en de schadelast van individuele of categorieën van verzekerden. Dit gebeurt bewust (zie kader).

Solidariteit in ziektekostenverzekeringen

De *Ziekenfondswet* (ZFW) berust tot op zekere hoogte op solidariteit tussen minder en (relatief) meer draagkrachtigen, jong en oud, man en vrouw, alleenstaanden en gezinnen met medeverzekerden en gezond en ongezond.

Een deel van de zorguitgaven voor ouderen wordt overigens betaald door particulier verzekerden die door middel van de MOOZ-heffing worden aangeslagen voor de overtegenwoordiging van (relatief dure) ouderen in de ziekenfondspopulatie.

De *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ) is eveneens gebaseerd op solidariteit tussen verzekerden uit verschillende risicocategorieën. Doordat de AWBZ-premie is ingepast in de belastingheffing is naast risicosolidariteit ook sprake van inkomenssolidariteit, de pre-

miebijdrage is tot op een bepaalde hoogte immers inkomensafhankelijk.

Bij *particuliere ziektekostenverzekeringen* is er wel sprake van een zekere verhouding tussen premiebetaling en zorggebruik van onderscheiden categorieën (equivalentiebeginsel). Er worden alleen nominale premies gehanteerd, die in veel gevallen leeftijdsafhankelijk zijn. Daarnaast bestaat er keuzevrijheid ten aanzien van het type polis en de hoogte van de eigen risico's.

Risicosolidariteit met ouderen wordt door particulier verzekerden jonger dan 65 jaar op twee manieren afgedwongen:

1. door de eerdere genoemde MOOZ-heffing vindt een financiële overdracht plaats naar de ziekenfondskas;
2. door de WTZ-heffing wordt bijgedragen aan de uitgaven voor de standaardpakketpolis van particulier verzekerde ouderen, die onvoldoende door de premie-inkomsten van deze verzekerden worden gedekt.

In het huidige premiestelsel betalen jongeren meer en ouderen minder dan zij in termen van zorgconsumptie kosten (zie tabel 2.2)⁴. Uit de tabel komt naar voren dat ZFW-verzekerden tot hun twintigste jaar per saldo meer aan zorg consumeren, dan zij (dat wil zeggen vooral hun ouders) betalen; dezelfde relatie bestaat bij de AWBZ. In de beroepsgeschikte leeftijd zijn de premiebetalingen in beide verzekeringen het hoogst, terwijl de zorgconsumptie relatief laag blijft. In de ZFW vindt rond het vijfenvijftigste jaar het omslagpunt plaats; daarna wordt de gemiddelde verzekerde netto-ontvanger. Bij de AWBZ concentreert het gebruik van de (dure) verstrekkingen, zoals verpleeghuizen, zich vooral bij hoogbejaarden. Door de eigen bijdragen liggen de betalingen in het kader van de AWBZ van de 80-plussers hoger dan de betalingen van de 65-79-jarigen. Belangrijk is in dit verband de eerdere constatering, dat de hoge zorg-

4 Van belang is dat de betalingen en ontvangsten van particulier verzekerden voor de AWBZ niet in de opstelling is meegenomen. Zie: R. Goudriaan, *Lusten en lasten van zorgverzekeringen gedurende het leven*, in: *Openbare uitgaven*, nummer 6, 1998, pp. 280-287.

uitgaven op hoge leeftijd voor een belangrijk deel worden bepaald door de hoge uitgaven in het jaar voor het overlijden.

De oplopende zorguitgaven voor hoogbejaarden zijn derhalve voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de goede gezondheidszorg in Nederland en de daarmee samenhangende hoge levensverwachting.

Uit tabel 2.2 blijkt ten slotte duidelijk dat vooral de 20-39-jarigen de grootste nettobetalers zijn.

Tabel 2.2 – Jaarlijkse gemiddelde premiebetalingen en zorgconsumptie per verzekerde in de ZFW en de AWBZ, 1996 (in guldens)

Leeftijdsklasse	0-19 jaar	20-39 jaar	40-64 jaar	65-79 jaar	80-plus
ZFW-betalingen	730	2.720	2.550	1.260	1.110
ZFW-zorgconsumptie	1.010	1.290	2.290	5.030	6.410
AWBZ-betalingen	120	2.880	2.490	1.470	2.400
AWBZ-zorgconsumptie	590	1.190	1.670	3.220	18.030
ZFW+AWBZ-betalingen	850	5.600	5.040	2.730	3.510
ZFW+AWBZ-consumptie	1.600	2.480	3.960	8.250	24.440

Bron: R. Goudriaan, *Lusten en lasten van zorgverzekeringen gedurende het leven*, op.cit.

2.3 Kenmerken van ouderen: gezondheid, sociaal-culturele achtergronden en huisvesting

Algemeen

In de beeldvorming komen ouderen vaak naar voren als afhankelijk, weinig draagkrachtig en slachtoffer van lichamelijke en geestelijke beperkingen. De werkelijkheid is diverser⁵. De 65-plussers vormen steeds minder een homogene groep. De komende decennia zal de verscheidenheid binnen deze bevolkingscategorie waarschijnlijk verder toenemen. Deze ontwikkeling is van groot belang voor het toekomstige beleid in de zorgsector. Met de grotere verscheidenheid wordt namelijk ook de zorgvraag pluriformer. Hierdoor kent de vergrijzing niet alleen een kwantitatieve maar ook een sterk kwalitatieve component.

5 Zie: J.M. Timmermans et al. (red.), *Mythen en feiten over ouderen*, Houten 1996.

De heterogeniteit van de huidige bejaardenpopulatie wordt hieronder kort getypeerd aan de hand van een aantal kenmerken: de gezondheidssituatie, enkele sociaal-culturele achtergronden en de huisvestingsbehoeften. In het licht van de probleemstelling van dit rapport is in het bijzonder een goed inzicht in de inkomens- en vermogenspositie van ouderen belangrijk; dit onderwerp komt uitvoerig aan de orde in een aparte paragraaf (2.4).

*De gezondheidssituatie van ouderen*⁶

Bezien vanuit de gezondheidstoestand vormen ouderen zeker geen homogene categorie. Belangrijke indicatoren op het gebied van de gezondheidstoestand zijn chronische aandoeningen en (ernstige) lichamelijke beperkingen.

Vrouwen blijken vaker een of meer *chronische aandoeningen* te hebben dan mannen⁷; alleen een hartkwaal komt vaker voor bij mannen. Zo had in 1996 71 procent van de vrouwen in de leeftijdsklasse 55-74 jaar een of meer chronische aandoeningen (mannen: 58 procent); voor vrouwen van 75 jaar of ouder lag het percentage op 81 procent (mannen: 66 procent). Daarbij wordt aangekend dat het afgelopen decennium een verbeterde opsporing van ziekten is opgetreden, waardoor het percentage (manifeste) chronische aandoeningen is gestegen.

Chronische aandoeningen kunnen tot *lichamelijke beperkingen* leiden, die op hun beurt de kans vergroten op belemmeringen bij de mobiliteit, de persoonlijke verzorging en het verrichten van huishoudelijke activiteiten. Dit is van belang voor het algemene welbevinden alsook voor het al dan niet zelfstandig kunnen functioneren. 55-Plussers met een chronische ziekte blijken ongeveer zes keer zoveel kans op een ernstige beperking te hebben dan hun gezonde leeftijdgenoten. In 1996 had ongeveer 24 procent van de 65-plussers te kampen met lichte lichamelijke beperkingen; 35 procent ondervond matige tot ernstige lichamelijke beperkingen. Dit impliceert echter ook dat de grootste categorie (41 procent) op dit punt vrij was van beperkingen.

Naast de leeftijd vormen het geslacht, de huishoudenssituatie en het opleidingsniveau belangrijke determinanten: gecorrigeerd voor onderlinge samenhang geldt voor 65-plussers dat vrouwen, alleenstaanden en laagopgeleiden relatief vaak een of meer lichamelijke beperkingen ondervinden. Vooral de verschillen tussen opleidingsniveaus blijken hoog te zijn. Een gezondere leefwij-

6 Gebaseerd op M.M.Y. de Klerk en J.M. Timmermans (red.), *Rapportage ouderen 1998*, Den Haag 1999, inz. paragraaf 5.2.

7 Hierbij valt te denken aan aandoeningen als artrose, hoge bloeddruk, rugaandoening, astma, hartkwaal en artritis.

ze, betere materiële omstandigheden in de jeugd en het verrichten van minder zware lichamelijke arbeid vormen hierbij verklarende factoren.

Het is moeilijk in te schatten hoe de toekomstige gezondheidssituatie van ouderen zich zal ontwikkelen. Van belang hierbij is onder meer dat de medisch-technologische en epidemiologische vooruitgang weliswaar gezondheidswinst kan opleveren, maar dat dit niet per se tot een hogere gezonde levensverwachting hoeft te leiden (zie de paragrafen 3.5.2 en 3.5.3). Het SCP komt tot de conclusie dat de mate waarin zelfstandig wonende ouderen te maken zullen krijgen met fysieke beperkingen de eerstkomende decennia waarschijnlijk iets zal afnemen⁸. Het aantal ouderen dat te maken zal krijgen met fysieke beperkingen zal door de vergrijzing in absolute zin daarentegen fors stijgen.

Sociaal-culturele achtergronden

Een 'goede ouderdom' wordt in onze samenleving geassocieerd met de mogelijkheid om tot op hoge leeftijd zelfstandig en zonder hulp van anderen de dagelijkse dingen te kunnen doen. Er is een afkeer van afhankelijkheid. Voorzover huishoudelijke hulp of hulp in de persoonlijke verzorging nodig is, is er een toenemende voorkeur voor hulp van professionele zorgverleners (zie paragraaf 2.5). Die voorkeur is het sterkst onder hoog opgeleiden en onder personen die al thuiszorg ontvangen.

In dit verband is van belang dat het onderwijsniveau van 65-plussers de afgelopen decennia is gestegen. Had in 1975 nog de helft van de toenmalige 65-plussers hooguit de lagere school doorlopen, in 1995 betrof dit nog maar 20 procent van deze categorie ouderen⁹.

De toenemende nadruk op onafhankelijkheid past ook in het beeld dat ouderen de afgelopen twintig jaar veel mobieler en actiever zijn geworden. Die mobiliteit hangt onder meer samen met een sterkere groei van het autobezit onder 65-plussers: van 27 procent in 1975 naar 62 procent in 1995. In toenemende mate brengen ouderen hun vrije tijd buitenshuis door; hun activiteitenpatroon is bovendien diverser geworden (zie tabel 2.3). Een vergelijking met de ontwikkeling in de vrijetijdsbesteding met andere leeftijdscategorieën leert, dat het aanvankelijk aanzienlijke verschil in variëteit van de vrijetijdsbesteding tussen jong en oud in belangrijke mate is genivelleerd¹⁰.

8 SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst*, Den Haag 1999, inz. par. 5.2, nog te verschijnen.

9 SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen*, op.cit., inz. par. 5.5.

10 Ibid.

Een groot aantal 65-plussers – ongeveer de helft – is lid van een vereniging of organisatie. Verder nam in 1996 41 procent van de 65-plussers deel aan vrijwilligerswerk¹¹.

Tabel 2.3 – Enkele kenmerken en tijdsbeslag (van vormen) van vrijetijdsbesteding onder 65-plussers, 1975-1995

Kenmerken (1975=100)	1975	1985	1995
– activiteiten op weekbasis	100	104	108
– aantal activiteiten op jaarbasis	100	116	136
– uithuizigheid	100	104	112
Tijdsbeslag (in uren)			
– TV kijken	13,3	16,7	16,6
– lezen	7,9	8,5	8,6
– verenigingsleven/vrijwilligerswerk	2,3	2,8	3,4
– sociale contacten	14,5	11,6	10,3
– uitgaan	3,6	3,9	4,7
– hobby's	9,6	14,4	15,0
– onderweg voor vrije tijd	2,5	3,0	3,5

Bron: SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen*, op.cit., inz. par. 5.5.

Al met al spreekt het SCP de verwachting uit dat het activiteitenpatroon van ouderen in de toekomst nog diverser zal worden. Dit zal gepaard gaan met een grotere mate van uithuizigheid, waardoor de (auto)mobiliteit van ouderen verder zal toenemen¹².

Huisvesting

De voorgaande ontwikkelingen vinden ook hun weerklink in de huisvestingsbehoeften van ouderen. Verreweg het grootste deel (92 procent) van de ruim twee miljoen 65-plussers woont zelfstandig. De overige acht procent (164.000 personen in 1996) woont in een verzorgings- of verpleeghuis (respectievelijk 5,4 en 2,5 procent)¹³. Veel minder dan enkele decennia geleden maken ouderen deel uit van meergeneratiehuishoudens en tehuisopname (in verzorgingshui-

11 Zie: *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., inz. hoofdstuk 6.

12 SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen*, op.cit., inz. par. 5.5.

13 *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., pp. 135 en 136.

zen) wordt zo lang mogelijk uitgesteld. Dit laatste komt tot uitdrukking in een flinke daling van het percentage 65-plussers dat in een verzorgingshuis woont: van 8 procent in 1984 naar 5,4 procent in 1996. Door het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen is de gemiddelde leeftijd van bewoners van verzorgingshuizen gestegen. Tussen 1985 en 1995 is het percentage 85-plussers in deze instellingen toegenomen van 40 tot 53 procent¹⁴. Mede in samenhang hiermee is de zorgzwaarte van de bewoners de afgelopen jaren toegenomen. Dit geldt overigens zowel voor de verzorgings- als voor de verpleeghuizen (zie verder paragraaf 2.5).

Ouderen leven dus meer dan vroeger als paar of alleen. Deze trend zal zich in de toekomst waarschijnlijk voortzetten. De veranderende huisvestingsbehoeften van ouderen leiden ook tot beleidsreacties bij instellingen voor ouderenzorg en de overheid. Zo is er een tendens ontstaan waarbij de overgang tussen zelfstandig wonen en in een tehuis verblijven steeds vloeiender wordt. Bijna een kwart miljoen 'oudere huishoudens' woont in specifieke ouderenhuisvesting¹⁵. De afgelopen jaren is het aandeel van de particuliere markt in de ouderenzorg gegroeid. Het ligt voor de hand dat stijgende kwaliteitseisen van een omvangrijke categorie ouderen hierbij een rol spelen.

Van belang hierbij is ook dat het eigenwoningbezit onder ouderen trendmatig toeneemt. De toename doet zich overigens vooral voor bij de 55-64-jarigen, waarvan momenteel ongeveer de helft een eigen woning bezit¹⁶. Dit is tevens de categorie met een forse toename in het aandeel niet-afgeloste hypotheek: van 52 procent in 1982 naar 66 procent in 1994. Wat het effect hiervan voor de vermogenspositie is, is niet duidelijk. Uiteindelijk is vooral belangrijk hoeveel restschuld er nog is en wat eventueel de overwaarde van de woning is. Het komt immers voor dat een hypotheek wordt aangehouden terwijl een grote overwaarde ontstaat¹⁷.

De categorie 65-74-jarigen heeft te maken met dezelfde ontwikkelingen, zij het in mindere mate. Tegenover het toegenomen eigenwoningbezit (van bijna 30% in 1982 tot bijna 35% in 1994) staat een afnemend aandeel eigenaar-bewoners met een volledig afgeloste hypotheek (van 71% in 1982 tot 61% in 1994).

14 *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., p. 136.

15 Huishoudens in dit type huisvesting wonen zelfstandig. In de loop der jaren heeft zich een divers aanbod van type ouderenhuisvesting ontwikkeld: seniorenwoning, wooncentrum, aanleunwoning, appartement in bejaardenoord/inleunwoning, serviceflat, woon-zorgcomplex en groepswooning.

16 P. Hooimeijer (et. al.), *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, Ministerie van VROM, Zoetermeer, 1997, p. 16.

17 Zo is denkbaar dat om fiscale redenen een hypotheek wordt aangehouden. Hierover is geen informatie gevonden.

Bij de 75-plussers is het beeld min of meer stabiel. Het eigenwoningbezit (ongeveer 25%) is in de periode 1982-1994 nauwelijks veranderd. Ook het aandeel eigenaar-bewoners die hun huis vrij hebben van hypotheek is nagenoeg stabiel (een daling van 85% in 1982 tot 82% in 1994).

De verwachting is dat het aandeel ouderen met een eigen woning de komende decennia verder zal toenemen.

Ondanks de geschetste veranderingen sluit het huisvestingsaanbod voor ouderen in het algemeen nog slecht aan op de vraag. Veel ouderen, met name 75-plussers, hebben behoefte aan een aangepaste woning. Diegenen die om gezondheidsredenen willen verhuizen, kunnen steeds moeilijker een geschikte woning vinden. Het zijn vooral de middeninkomens die daar sinds het midden van de jaren tachtig steeds meer moeite mee hebben. Blijkbaar vallen zij tussen de wal van de sociale sector en het schip van de markt¹⁸.

Het SCP wijst in dit verband op de noodzaak om alle aandacht te richten op de mogelijkheden voor (vaak ook kleine) aanpassingen in de bestaande woningvoorraad¹⁹. Naast een groter woongenot is een andere reden dat hiervan een preventieve werking uitgaat, in die zin dat ongevallen kunnen worden voorkomen; ongeveer de helft van de ongevallen van ouderen vindt in en om het huis plaats. Het aantal ongevallen is in de loop der tijd toegenomen, zowel in absolute als in relatieve aantallen. Hoe ouder het slachtoffer van een ongeval is, hoe vaker wordt overgegaan tot ziekenhuisopname. Aangezien ongevallen ook nogal eens lichamelijke beperkingen tot gevolg hebben (heupfracturen) zou de op ouderen gerichte ongevallenpreventie zich ook kunnen uitstrekken tot het beleid met betrekking tot het wonen²⁰.

Niet in de laatste plaats vormt de ontwikkeling van de woonlasten een belangrijk knelpunt in relatie tot het zelfstandig wonen van ouderen. De woonlasten van 65-plussers liggen relatief hoog, zeker wanneer deze worden gerelateerd aan het gemiddeld lagere inkomen van deze ouderen. In 1993/1994 vormden de woonlasten van 65-plussers gemiddeld 34 procent van het besteedbaar inkomen, tegen 25 procent in 1980/1981²¹; in dezelfde periode trad overigens ook

18 P. Hooimeijer (et al.), *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, Ministerie van VROM, Zoetermeer 1997, p. xi.

19 SCP, *Rapportage ouderen 1996*, Rijswijk 1997.

20 SCP, *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., p. 129.

21 Het netto besteedbaar inkomen omvat alle bronnen van inkomen, inclusief die uit de eigen woning en eventuele huursubsidie. De premie voor ziektekostenverzekeringen is op het inkomen in mindering gebracht. Tot de woonlasten worden gerekend de huur of huurwaarde, het onderhoud van de woning en de tuin en de zakelijke lasten (waaronder verzekeringen en belastingen). Bron: SCP, *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., inz. pp. 81-84.

bij de categorie 35-64-jarigen een stijging van het aandeel van de woonlasten op: van 19 procent naar 27 procent.

Toegesplitst op de positie van alleenstaande 65-plussers en op huishoudens van ouderen met een inkomen tot 150 procent van het sociaal minimum wordt het beeld nog geprononceerder²². Het budgetaandeel voor wonen blijkt in 1993/1994 voor beide categorieën te zijn opgelopen tot zo'n 38 procent, ruim 10 procentpunt hoger dan in 1980/1981. Verder blijkt de categorie alleenstaande 65-plussers gemiddeld aanzienlijk minder te zijn gaan sparen (een achteruitgang van 18,5 naar 4,5 procent van het besteedbaar inkomen), terwijl de ouderenhuishoudens met een laag inkomen gemiddeld genomen interen op het vermogen of schulden maken (negatieve besparingen van 3,9 procent in 1993-1994).

Deze hoge woonlasten van de minst draagkrachtige ouderen zouden op zichzelf genomen een prikkel kunnen zijn voor intramurale verzorging (verzorgings- of verpleeghuis)²³. Bewoners van AWBZ-instellingen houden zo'n 300 gulden per maand over voor zak- en kleedgeld. Ouderen met een laag inkomen die zelfstandig wonen, en dus verantwoordelijk zijn voor de eigen financiële huishouding, zijn er vrijwel altijd financieel slechter aan toe.

De huisvestingssituatie van ouderen in de toekomst zal anders dan die van nu zijn²⁴. Het verschil in woonsituatie en woongedrag tussen jongere ouderen van zo'n twee decennia geleden en de jongere ouderen van nu vormt hiervoor een indicatie. Ook in de toekomst zal de huisvestingssituatie en het woningmarktgedrag van ouderen sterk worden beïnvloed door de persoonlijke omstandigheden van ouderen, in het bijzonder door de mate van validiteit en de financiële mogelijkheden. Door het toenemende aandeel eigenaar-bewoners zullen er meer ouderen met vermogen in de eigen woning zijn, mogelijk met een behoorlijk pensioen en opgebouwd vermogen. Aangezien er aan de andere kant ouderen zullen zijn zonder eigen woning en opgebouwd vermogen, met tegelijkertijd beperkte of geen rechten op een aanvullende pensioen zou het onderscheid tussen ouderen kunnen toenemen. Dit thema wordt in de volgende paragraaf verder uitgewerkt.

22 Beide categorieën overlappen elkaar uiteraard. Iedere categorie op zich vertegenwoordigt ongeveer de helft van alle ouderenhuishoudens.

23 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Met zorg wonen*, Deel 2, Zoetermeer 1998, p. 64.

24 Deze passage is gebaseerd op: SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen*, op.cit., inz. par. 6.4.

2.4 Inkomens- en vermogenspositie van ouderen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de trendmatige ontwikkeling van de financiële positie van ouderen in de tijd. Deze informatie is van belang om een uitspraak te kunnen doen in hoeverre ouderen van de toekomst financieel in staat zullen zijn om meer bij te dragen aan de bekostiging van de gezondheidszorg.

Paragraaf 2.4.1 gaat in op de recente ontwikkelingen rond het recht op pensioenopbouw. In paragraaf 2.4.2 wordt een verband gelegd tussen de verbeterde pensioenopbouw en de ontwikkeling van het inkomen van ouderen. Daarbij komt met name de vermogenspositie van ouderen aan de orde.

Paragraaf 2.4.3 beziet of de inkomensontwikkeling van de ouderen als categorie in de afgelopen jaren beter of slechter is geweest dan die van de bevolking als geheel. Ten slotte wordt in paragraaf 2.4.4 de vraag gesteld wat een en ander inhoudt voor de inkomenspositie van ouderen in de toekomst.

2.4.1 Verdere verbeteringen rond de pensioenopbouw

Het toekomstige inkomen van ouderen kan toenemen dankzij het effect van de verbeterde pensioenopbouw en de verbeterde pensioenregelingen. Steeds meer werknemers bouwen een aanvullend pensioen op en door het 'volwassen' worden van het pensioenstelsel gaat het om steeds meer pensioenjaren per deelnemer.

Zo is het aandeel van de werknemers (25-65 jaar) dat geen pensioen opbouwt tussen 1985 en 1996 afgenomen van 18 tot 9 procent²⁵. Deze ontwikkeling houdt mede verband met het wettelijke verbod om vrouwen (1990) en deeltijdwerkers (1994) uit te sluiten van deelname aan pensioenregelingen.

Een andere positieve ontwikkeling is het sinds 1994 bestaande wettelijke recht op waardeoverdracht. Dit betekent dat ouderen die rond 2030 met pensioen gaan veel minder last hoeven te hebben van pensioenbreuken²⁶. Verder is er sprake van een toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, hetgeen zich op

25 Overigens is in dezelfde periode de groep 'onbekend' toegenomen van 1 procent in 1985 tot 6 procent in 1996. In het onderzoek is verondersteld dat het overgrote deel van deze groep toch pensioen opbouwt. Zie: C. van der Werf en E. Smidt, *Witte vlekken op pensioengebied*, Den Haag 1997, pp. 28 en 29.

26 Een andere ontwikkeling is de verplichte gelijke behandeling van 'slapers' en ingegane pensioenen sedert 1991.

termijn zal vertalen in hogere pensioeninkomsten²⁷. De arbeidsparticipatie van vrouwen is toegenomen van 30 procent in 1981 tot 49 procent in 1998. De toename doet zich met name voor bij deeltijdbanen²⁸. Dit betekent dat er nog ruimte is voor een verdere stijging van de arbeidsparticipatie van vrouwen.

Een negatieve ontwikkeling doet zich echter voor rond de positie van flexibele werknemers, met name jongeren en vrouwen. In 1998 gaat het om 610.000 personen, ofwel ruim 9 procent van de werkzame beroepsbevolking²⁹. Deze groep lijkt veel minder te profiteren van de betere pensioenvoorzieningen. Zo blijkt de eerder genoemde witte vlek van 9 procent in 1996 voor meer dan de helft (61 procent) uit flexwerkers te bestaan.

Deze ontwikkeling wordt weerspiegeld in de verslechterende pensioenpositie van jongeren (25-29-jarigen). In 1985 had 21 procent van deze jongeren geen pensioenvoorziening. In 1996 was dit toegenomen tot 27 procent³⁰.

Als deze ontwikkelingen doorzetten, dan betekent dat een negatieve inkomensontwikkeling voor de cohorten die na 2020 met pensioen gaan.

Genoemde groepen van jongeren en flexwerkers zullen in de periode dat ze geen pensioen opbouwen waarschijnlijk te weinig verdienen om een alternatieve spaarpot op te zetten. Aan de andere kant hebben jongeren die momenteel vanwege flexwerk geen pensioen opbouwen nog alle tijd om in de loop van hun werkzame leven dit pensioengat te repareren.

Daar komt bij dat de pensioenpositie van uitzendkrachten inmiddels is verbeterd. Sinds 1996 heeft deze groep na een dienstverband van 26 weken recht op pensioenopbouw. Het is echter nog onduidelijk in welke mate deze ontwikkeling positieve gevolgen heeft voor de groep flexibele werknemers als geheel.

Lijfrentes

Los van de ontwikkeling van de aanvullende pensioenen die via collectieve pensioenfondsen worden opgebouwd is er ook sprake van een toeneming van het aantal individuele lijfrenteproducten. De hiermee gemoeide fiscale aftrekpost bedraagt zo'n 4,5 miljard gulden in 1998. De aftrek van lijfrentepremies is overigens zeer scheef verdeeld; naar schatting tweederde van de totale aftrek vindt plaats door personen in het tiende inkomensdeciel³¹.

Genoemde bedragen zijn vooralsnog bescheiden in vergelijking met de collectief gefinancierde aanvullende pensioenen. Toch gaat het ook hier om een po-

27 Het pensioenresultaat van tweeverdieners zal overigens tegenvallen, omdat beide pensioenfondsen ervan uitgaan dat hun deelnemer 100% AOW zal ontvangen. Na pensionering ontvangen de beide deelnemers niet ieder, maar samen 100% AOW.

28 CBS, 1998: *Opnieuw veel meer mensen aan het werk*, persbericht 99-025, 4 februari 1999.

29 Ibid.

30 *Witte vlekken op pensioengebied*, op.cit., p. 37.

31 Berekeningen van dr. C.L.J. Caminada op basis van het CBS Inkomenspanel.

sitieve trendmatige ontwikkeling die de inkomenspositie van toekomstige ouderen ten goede zal komen.

2.4.2 Overige inkomsten en vermogen

De constatering dat steeds meer werknemers pensioen opbouwen, hoeft niet per se te betekenen dat de inkomenspositie van ouderen ook feitelijk verbetert. Zo signaleren Klaus en Hooimeijer tussen opeenvolgende cohorten slechts een bescheiden inkomensverbetering, die achterblijft bij de verbetering van het bruto aanvullend pensioen³². Dit wordt gedeeltelijk verklaard door het feit dat de hogere leeftijdsgroepen duidelijk hogere vermogensopbrengsten hebben dan jongbejaarden.

Deze verklaring sluit aan bij de constatering van Timmermans dat er in de periode 1975-1989 een afruil heeft plaatsgevonden tussen enerzijds hogere aanvullende pensioenen en anderzijds lagere inkomsten uit vermogen (waaronder het eigen huis) en overige inkomsten (waaronder winst en arbeid)³³. Deze ontwikkeling blijkt zich ook te hebben voorgedaan in de periode 1990-1996³⁴.

Een andere verklaring voor de (gemiddeld) beperkte vooruitgang in het besteedbaar inkomen ten opzichte van de (gemiddeld) gunstige ontwikkeling van het bruto aanvullend pensioen betreft de in koopkracht achterblijvende AOW³⁵.

Tabel 2.4 geeft een indruk van het relatieve gewicht van het aanvullend pensioen ten opzichte van de overige bruto-inkomensbronnen in 1997. Gemiddeld blijkt de AOW inderdaad het meeste gewicht in de schaal te leggen (1880 van de 4260 gulden, ofwel 44%). Het gemiddelde aanvullend pensioen (1210 gulden per maand) heeft een aandeel van 28 procent. De overige inkomsten (waaronder winst en arbeid) zijn omgerekend goed voor 15 procent, met 11 procent voor inkomsten uit vermogen. Verder lijkt tabel 2.4 te bevestigen dat ouderen zonder aanvullend pensioen dat gemis compenseren met hogere inkomsten uit overige bronnen.

32 J. Klaus en P. Hooimeijer, *Dynamiek in de mix van pensioenzuilen*, CBS, Sociaal-Economische Maandstatistiek 1997/3, pp. 27 en 28.

33 J.M. Timmermans, *Rapportage ouderen 1993*, SCP, Rijswijk 1993, pp. 15-18.

34 SCP, *Rapportage ouderen 1998*, M.M.Y. de Klerk en J.M. Timmermans (red.), Den Haag 1999, p. 54.

35 Zie J. Klaus en P. Hooimeijer, op.cit., p. 28.

Tabel 2.4 – Het inkomenspatroon van AOW-huishoudens in 1997

	Met aanvullend pensioen			Zonder aanvullend pensioen			Totaal
	alleen- staande AOW'er	(echt)paar beiden AOW'er	totaal ¹⁾	alleen- staande AOW'er	(echt)paar beiden AOW'er	totaal ¹⁾	
	x 1000						
Aantal huishoudens	538	352	1 131	167	49	267	1 398
	bedrag per huishouden per maand (gld.)						
AOW	1 600	2 290	1 900	1 600	2 270	1 770	1 880
Aanvullend pensioen	1 140	1 780	1 490				1 210
Inkomsten uit vermogen ²⁾	330	490	410	510	1 070	660	460
Huursubsidie	60	40	40	100	60	80	50
Overige inkomsten	40	160	570	180	580	1 060	660
Bruto-inkomen	3 170	4 770	4 420	2 390	3 980	3 570	4 260
Besteedbare inkomen ³⁾	2 530	3 760	3 390	1 980	3 220	2 760	3 270

¹⁾ Inclusief overige huishoudens met ouderen.

²⁾ Inkomsten uit rente, dividend, obligaties, verhuur en eigen woning.

³⁾ Inkomen na aftrek van belastingen en sociale premies.

Bron: CBS.

De vermogenspositie van ouderen

In het bovenstaande is aandacht besteed aan de vermogensinkomsten van ouderen als onderdeel van hun bruto- of besteedbaar inkomen. Deze analyse staat tot op zekere hoogte los van de feitelijke vermogens waarover ouderen kunnen beschikken, waaronder in toenemende mate het eigen huis. Zo kan een op zich redelijk vermogen bij een relatief lage rentestand slechts bescheiden vermogensopbrengsten genereren, terwijl er toch sprake is van een substantieel appeltje voor de dorst. Een vergelijkbare relatie doet zich voor tussen het huurwaardeforfait als inkomen uit vermogen en de feitelijke waarde van het eigen huis. Ook speelt een rol dat vermogende ouderen om fiscale redenen een voorkeur kunnen hebben voor onbelaste vermogensgroei in plaats van belaste vermogensinkomsten (waaronder rente en dividend). Zo maakt het rendement

dat beleggers op obligatie- en vermogensgroefondsen behalen geen deel uit van de bovengenoemde vermogensinkomsten³⁶.

Uit de vermogensstatistieken van het CBS blijkt dat het vermogen van huishoudens van 65-plussers is toegenomen van *gemiddeld* 175.000 gulden in 1993 tot 228.000 gulden in 1997³⁷. Over dezelfde periode is het *mediane* vermogen licht gedaald (van 37.000 naar 35.000 gulden).

Het grote verschil tussen het niveau van het gemiddelde en het mediane vermogen wijst op een scheve verdeling van het vermogensbezit. Dit wordt bevestigd bij een nadere onderverdeling van de vermogenspositie van ouderen in 1996 (zie tabel 2.5).

Tabel 2.5 – Vermogensverdeling van huishoudens van 65-plussers in 1996

Vermogen (x 1000 gld.)	Aantal huishoudens (x 1000)
0 of negatief	40
0 - 10	349
10 - 50	347
50 - 200	275
200 - 500	230
> 500	141
Totaal	1383

Bron: CBS, *Sociaal-Economische Maandstatistiek*, mei 1998, p. 77.

Uit tabel 2.5 blijkt dat bijna driekwart van de huishoudens van 65-plussers een vermogen heeft van minder dan 200.000 gulden in 1996. Meer dan de helft van de onderscheiden huishoudens heeft een vermogen van maximaal 50.000 gulden. Het hoge gemiddelde van 213.000 gulden in 1996 (228.000 gulden in 1997) is derhalve toe te schrijven aan de vermogenspositie van de 25 procent meest vermogende huishoudens.

De cijfers zijn gebaseerd op de vermogensstatistieken van het CBS. Het CBS baseert zich met name op gegevens van de Belastingdienst. Dat geldt voor huis-

36 Het ligt in de rede te veronderstellen dat vooral de hogere inkomens, die in het 50 en 60% tarief vallen, van deze vermogensgroefondsen gebruik hebben gemaakt. Voorzover ouderen met lagere inkomens hun rente- en dividendvrijstelling al hebben volgemaakt zal het fiscale voordeel van vermogensgroefondsen voor hen ook beperkter zijn geweest.

37 CBS, *Sociaal-Economische Maandstatistiek* 1998/5, tabel 2.6.1 en CBS-persbericht 99-089, *Vermogensgroei zet door*, 15 april 1999.

houdens die aangifte doen van inkomsten- en vermogensbelasting³⁸. Voor huishoudens die onder de loonbelasting vallen en geen aangifte doen voor de inkomsten- en vermogensbelasting baseert het CBS zich op een aanvullende enquête (het Sociaal-economische Panelonderzoek, SEP).

2.4.3 De relatieve inkomenspositie van ouderen

In het bovenstaande is globaal gezien in hoeverre recent gepensioneerden er in inkomen op vooruit zijn gegaan ten opzichte van hoger bejaarden. Het positieve effect van de verbeterde pensioenopbouw blijkt dan gedeeltelijk weg te vallen tegen lagere inkomsten uit vermogen.

Van belang voor de toekomstige inkomenspositie van ouderen is ook de vraag in hoeverre de inkomensontwikkeling van deze categorie beter of slechter is dan die van de bevolking als geheel.

Voor 1997 geldt dat het besteedbare inkomen van de groep AOW'ers zo'n 20 procent lager ligt dan het gemiddelde van alle Nederlandse huishoudens (3270 versus 4020 gulden per maand). AOW-huishoudens zijn echter in doorsnee kleiner dan overige huishoudens, waardoor er minder personen van het inkomen afhankelijk zijn. Na correctie voor dit verschil in huishoudenssamenstelling blijkt dat de gemiddelde welvaart van AOW-huishoudens zes procent onder het landelijk gemiddelde ligt³⁹.

Als het gaat om ontwikkelingen in de tijd dan lijkt de beschikbare informatie niet geheel eenduidig. Dat komt onder meer doordat ontwikkelingen in de tijd op verschillende manieren in beeld kunnen worden gebracht. Zoals nog blijken zal, werpt elke methode een ander licht op de zaak.

Zo kan de inkomenspositie van huishoudens van ouderen op twee verschillende momenten (bijvoorbeeld 1977 en 1997) worden gemeten. In dat geval bestaat de groep ouderen in 1977 uit andere mensen dan de groep ouderen in 1997.

38 Voorzover huishoudens een te laag vermogen opgeven, kan dat de hier gepresenteerde cijfers beïnvloeden. Overigens blijkt uit het SEP en het Woningbehoeftenonderzoek dat de waarde van de eigen woning in de fiscale administraties onderschat wordt. Het CBS heeft hiervoor gecorrigeerd. Zie: CBS, Sociaal-Economische Maandstatistiek 1998/05, p. 74.

39 CBS, persbericht 99-048, 26 februari 1999, p. 2. Nadere cijfers van het CBS wijzen uit dat de gemiddelde welvaart van ouderen, gecorrigeerd voor huishoudenssamenstelling, in 1992 vier procent onder het landelijk gemiddelde lag. Het landelijk gemiddelde wordt overigens gedrukt door de inkomens van studenten en verlieslijdende zelfstandigen.

Een tweede methode is de koopkrachtberekening. In dat geval wordt de koopkracht van bijvoorbeeld 65-plus huishoudens in het beginjaar vergeleken met (in principe) dezelfde 65-plussers een of meer jaren later⁴⁰.

Beide genoemde methoden (inkomenscijfers en koopkrachtcijfers) gaan uit van het gemiddelde of mediane huishouden van een bepaalde categorie. Het huishouden van de gemiddelde gepensioneerde 65-plusser kan dan worden vergeleken met het gemiddelde huishouden van andere sociaal-economische categorieën, zoals de gemiddelde werknemer in de marktsector. Het nadeel van deze methoden is echter dat niet alle voor de inkomensverdeling relevante informatie kan worden benut. Dit geldt bijvoorbeeld voor de sterke toeneming van het aantal werkenden in de afgelopen jaren. Deze ontwikkeling blijft in de inkomens- en koopkrachtstatistieken buiten beeld (het gemiddelde huishouden betreft dan het gemiddelde van een grotere groep) terwijl het voor de inkomensverdeling (de positie van ouderen ten opzichte van jongeren) natuurlijk wel verschil uitmaakt.

In het onderstaande komen eerst de inkomens- en koopkrachtstatistieken aan de orde. Dit leidt tot een uitweiding over de spreiding van pensioeninkomsten tussen 65-plussers naar hoogte en kwaliteit (inflatiebestendigheid). Vervolgens wordt gekeken naar de ontwikkeling van de positie van ouderen in het inkomensgebouw.

De *inkomensstatistieken van het CBS* geven aan dat de gepensioneerden als groep het de afgelopen 20 jaar gemiddeld beter hebben gedaan dan de overige sociaal-economische categorieën, waaronder de loontrekkers⁴¹. Gemeten in prijzen van 1995 zijn huishoudens van gepensioneerden er in de periode 1977-1997 cumulatief 11,9 procent op vooruitgegaan, tegen gemiddeld 3,7 procent voor ambtenaren en 5,8 procent voor de overige werknemers⁴².

Opgemerkt moet worden dat het beeld minder gunstig wordt als niet de categorie gepensioneerde 65-plussers, maar de categorie 65-plussers zelf in beschouwing wordt genomen. De gemiddelde cumulatieve inkomensvoortgang over 20 jaar bedraagt dan geen 11,9 procent, maar 6,9 procent.

40 Bij de koopkrachtberekening wordt verschil gemaakt tussen statische en dynamische koopkrachtcijfers (zie verder.) Omdat dynamische koopkrachtberekeningen ook veranderingen in sociaal-economische positie weergeven, is het niet goed mogelijk om per sociaal-economische categorie meerjarige dynamische koopkrachtcijfers op te stellen.

41 Ramingen van het CPB voor de periode 1994-1996 wijzen in dezelfde richting. Zie: CPB, *Waar blijft de groei van het nationaal inkomen?*, werkdocument No 76, Den Haag, mei 1995, pp. 16 en 17.

42 CBS, *Inkomensverdeling 1977-1997*, Sociaal-Economische Maandstatistiek 1999, te verschijnen.

Het opvallend grote verschil komt voor rekening van de hogere participatie van 65-plussers (ambtenaren, werknemers en zelfstandigen) in 1977 ten opzichte van 1997⁴³.

Koopkrachtcijfers van het CBS over min of meer vergelijkbaar lange periodes geven een wat minder positief beeld van de relatieve inkomensontwikkeling van ouderen in de tijd. Bij koopkrachtberekeningen worden bepaalde groepen van huishoudens in de tijd gevolgd. Het netto besteedbare inkomen van een huishouden in een beginjaar wordt vergeleken met het inkomen van datzelfde huishouden een of meer jaren later.

Bij de statische koopkrachtberekening wordt voorts verondersteld dat huishoudens in de loop der tijd niet veranderen qua samenstelling (geen gezinsuitbreiding, echtscheiding of verweuding), inkomensbestanddelen (geen overgangen tussen werk en uitkering, geen carrièresprongen), of overige omstandigheden (verhuizing, kinderen die naar school gaan). Bij de dynamische koopkrachtberekening worden deze veronderstellingen losgelaten⁴⁴.

In tabel 2.6 is voor de statische en dynamische koopkrachtkengetallen de mediane ontwikkeling gepresenteerd. Dit betekent dat de helft van de gepresenteerde groep een betere dan wel slechtere ontwikkeling heeft doorgemaakt.

Uit de statische cijfers van tabel 2.6 blijkt dat gepensioneerden het in de periode 1978-1997 qua koopkrachtontwikkeling wat beter hebben gedaan dan de bevolking als geheel (5 versus 3 procent). Bij de weergegeven mediane koopkrachtontwikkeling is er geen verschil tussen de categorieën gepensioneerden en 65-plussers. Wel blijkt er ditmaal sprake te zijn van een lichte achteruitgang van de inkomenspositie van ouderen ten opzichte van actieven.

Deze achteruitgang is nog veel geprononceerder indien naar de dynamische koopkrachtontwikkeling wordt gekeken. Pensioenontvangers en 65-plussers blijken dan in 13 jaar tijd (1984-1997) een relatief bescheiden koopkrachtwinst te hebben geboekt. Hun koopkrachtontwikkeling (6 á 7 procent) blijft fors achter bij die van actieven (42 procent) en de bevolking als geheel (26 procent)⁴⁵.

43 Nadere informatie van het CBS wijst uit dat het gaat om ongeveer 64.000 65-plussers in 1977, met een inkomen dat ver boven het gemiddelde ligt. Hierdoor ligt het gemiddelde inkomen van de groep 65-plussers in 1977 zo'n 2000 gulden hoger dan het gemiddelde inkomen van de groep gepensioneerde 65-plussers. Het hogere startpunt in 1977 resulteert in een lagere cumulatieve inkomensverbetering over de periode 1977-1997.

44 Bijgevolg blijft de koopkrachtontwikkeling van ouderen en gepensioneerden in het dynamische koopkrachtoverzicht fors achter bij dat van jongeren en werkenden. Dat komt omdat jongeren en werkenden veel meer mogelijkheden hebben op inkomensverbetering (werkenaanvaarding, carrière).

45 Huishoudens van gepensioneerden hebben relatief weinig mogelijkheden om hun inkomenspositie door dynamische ontwikkelingen te verbeteren. Daarentegen lopen zij een relatief groot risico van inkomensachteruitgang door verweuding.

Tabel 2.6 – Mediane koopkrachtverandering van huishoudens van gepensioneerden en andere categorieën, statisch (1978-1997) en dynamisch (1984-1997*), in procenten

<u>Statisch, cumulatief, 1978-1997</u>		<u>Dynamisch, cumulatief, 1984-1997*</u>	
Totaal	3	Totaal	26
Actieven	6	Actieven	42
Niet-actieven	0	Niet-actieven	16
pensioenontvangers**	5	pensioenontvangers***	7

* Bij het dynamische koopkrachtcijfer is de categorie uit het beginjaar (1984) niet 13 jaar lang gevolgd. Indien dit wel zou gebeuren, dan zou een werknemer die in 1985 met pensioen ging, toch de resterende 12 jaar tot de actieven worden gerekend. Om dit soort vertekeningen te vermijden zijn de kenmerken van het beginjaar elk jaar bijgesteld.

** Voor 65-plussers bedraagt de cumulatieve statische koopkrachtverbetering ook 5 procent.

*** Voor 65-plussers bedraagt de cumulatieve dynamische koopkrachtverbetering 6 procent.

Samengesteld op basis van CBS, *Sociaal-Economische Maandstatistiek*, diverse nummers.

Het grote verschil in uitkomsten tussen de inkomensstatistieken gebaseerd op *gemiddelden* en de koopkrachtstatistieken gebaseerd op *medianen* wijst op een scheve verdeling van de pensioeninkomsten. Het ten opzichte van de mediaan hoge gemiddelde is dan mede te danken aan een relatief kleine groep (duidelijk minder dan de helft) met relatief hoge pensioeninkomsten⁴⁶. Deze voorlopige conclusie wordt in het onderstaande geadstrueerd aan de hand van de spreiding in hoogte en inflatiebestendigheid van de aanvullende pensioenen.

De spreiding in hoogte en kwaliteit van de aanvullende pensioenen

Tabel 2.7 geeft een onderverdeling naar hoogte van het aanvullend pensioen voor de 1,4 miljoen AOW-huishoudens in 1997.

Uit de tabel blijkt dat meer dan de helft van de pensioenontvangers (56%) een bruto aanvullend pensioen ontvangt van minder dan 1000 gulden in de maand. Iets minder dan een kwart van de pensioenontvangers (23%) kan rekenen op meer dan 2000 gulden bruto per maand aan aanvullend pensioen. Dit duidt inderdaad op een grote heterogeniteit qua inkomenspositie tussen de pensioenontvangers onderling.

46 Een vergelijkbaar effect deed zich voor bij de eerder gepresenteerde vermogensverdeling.

Tabel 2.7 – AOW-huishoudens naar hoogte van het bruto aanvullend pensioen, 1997

Aanvullend pensioen per maand (f)	Aantal huishoudens (x 1000)
n.v.t.	267*
0 - 500	410
500 - 1000	220
1000 - 2000	227
2000 - 4000	174
4000 - 8000	85
> 8000	15
Totaal	1398

* De 267.000 AOW-huishoudens zonder aanvullend pensioen kunnen wel inkomsten hebben uit andere bronnen, zoals huursubsidie, de eigen woning en vermogen. Er zijn 40.000 huishoudens met alleen AOW. Daarnaast zijn er 51.000 huishoudens met alleen AOW en huursubsidie.

Bron: CBS, *Sociaal-Economische Maandstatistiek*, april 1999.

De gesignaleerde heterogeniteit blijkt nog groter uit te vallen indien ook de kwaliteit van de pensioenvoorziening in de beschouwing wordt betrokken.

In tabel 2.8 is een uitsplitsing gemaakt van de nominale verandering van het bruto aanvullend pensioen per leeftijdscategorie in de periode 1989-1993. Veranderingen tot 0 procent duiden op een nominale achteruitgang. Veranderingen van 0 tot 12 procent houden in dat de indexatie achterblijft bij de in die periode opgetreden inflatie (12,9 procent). Een indexatie van 13 tot 16 procent geldt als waardevast, terwijl bij 17 procent of meer sprake is van een welvaarts-vaste ontwikkeling.

Uit tabel 2.8 blijkt dat ongeveer de helft van de ingegane pensioenen niet waardevast is. Dit geldt zowel voor de pensioenen van hoogbejaarden als voor recent ingegane ouderdomspensioenen.

Tegelijkertijd blijkt de groep recent gepensioneerden vaker over een welvaarts-vast pensioen te beschikken dan ouderen die langer geleden met pensioen zijn gegaan. Deze ontwikkeling is overigens duidelijker bij alleenstaande vrouwen dan bij echtparen.

Tabel 2.8 – Nominale verandering in het bruto aanvullend pensioen* naar leeftijd**

	Verandering 1993 t.o.v. 1989 (nominaal, in %)				Totaal (x 1.000)
	tot 0	0-12	13-16	17 of meer	
Paar					
65-68 jaar	14	39	15	32	240
69-72 jaar	4	47	19	30	167
73-76 jaar	4	46	21	29	94
77-80 jaar	-	57***	18	25	50
81-plus	-	50***	14	36	19
Alleenstaande vrouw					
65-68 jaar	10	45	9	36	46
69-72 jaar	4	52	11	33	52
73-76 jaar	4	50	14	32	51
77-80 jaar	-	56***	13	31	39
81-plus	6	62	11	21	31

* Bij gelijkblijvende huishoudenspositie en behoud van het bestanddeel.

** Leeftijd in 1989.

*** Vanwege de geheimhoudingseisen zijn de aantallen uit de voorafgaande klasse erbij geteld.

Bron: J. Klaus en P. Hooimeijer, op.cit., p. 31.

Inkomensverdeling

Zoals aangegeven, hebben de bovengenoemde inkomens- en koopkrachtstatistieken steeds betrekking op het gemiddelde of mediane huishouden per onderscheiden categorie. Dit heeft als voordeel dat een vergelijking mogelijk is tussen bijvoorbeeld het *gemiddelde* huishouden van een 65-plusser en het *gemiddelde* huishouden van een werknemer in de marktsector. Daarentegen valt er op basis van de gepresenteerde gegevens geen uitspraak te doen over de relatieve positie van *alle* huishoudens van ouderen ten opzichte van de bevolking als geheel. Zo zal een toeneming van het aantal werkenden leiden tot een aanmerkelijke verbetering van de financiële positie van 65-minners en bijgevolg tot een relatieve achteruitgang van 65-plussers, zonder dat dit uit de eerder gepresenteerde koopkracht- of inkomensstatistieken blijkt.

Om een uitspraak te kunnen doen over de relatieve positie van de categorie ouderen als geheel en van relevante ontwikkelingen in de tijd wordt het inkomensgebouw in vijf even grote klassen (quintielen) verdeeld. Als de inkomensverdeling van ouderen gelijk is aan die van de totale bevolking, dan zouden de ouderen in elk inkomensquintiel voor 20 procent aanwezig moeten zijn. Voorts zou een verbeterde inkomenspositie van ouderen ten opzichte van de bevolking als geheel zich manifesteren in een toenemende aanwezigheid van ouderen in de hogere klassen van het inkomensgebouw.

Tabel 2.9 – Procentuele verdeling van de huishoudinkomens van ouderen ten opzichte van de quintielverdeling voor alle huishoudens, 1982-1994

	55-64				65-74				75+			
	1982	1986	1990	1994	1982	1986	1990	1994	1982	1986	1990	1994
1-ste	20	18	20	23	37	45	38	34	51	64	59	55
2-de	25	17	27	25	36	28	33	34	29	21	26	27
3-de	23	21	21	23	10	11	14	16	8	6	8	10
4-de	17	18	18	17	9	8	9	10	7	6	5	5
5-de	16	16	15	13	8	7	6	6	4	3	2	3

Bron: P. Hooimeijer et al., *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, op.cit., p. 12.

Uit tabel 2.9 blijkt dat ouderen oververtegenwoordigd zijn in de onderste twee klassen van het inkomensgebouw⁴⁷. Daarbij is de relatieve positie van de groep 65-74-jarigen in de periode 1982-1994 iets verbeterd. Immers, hun oververtegenwoordiging in de onderste twee quintielen is in de periode 1982-1994 licht afgenomen, bij een grotere aanwezigheid in het derde en vierde quintiel. Daar staat een teruglopende aanwezigheid in de hoogste verdieping van het inkomensgebouw tegenover.

Voor de groep 75-plussers is het beeld duidelijk ongunstiger. Er is sprake van een veel forsere oververtegenwoordiging in het onderste quintiel, terwijl deze leeftijdscategorie nauwelijks voorkomt in de hogere verdiepingen van het inkomensgebouw. Bovendien laten de ontwikkelingen sinds 1982 voor deze groep eerder een verslechtering dan een verbetering zien. Een verslechtering doet zich overigens ook voor bij de relatieve inkomenspositie van de groep 55-64-jarigen (zie paragraaf 2.4.4).

⁴⁷ P. Hooimeijer (et al.), *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, op.cit., p. 12.

Per saldo komt derhalve het beeld naar voren dat de relatieve inkomenspositie van ouderen ten opzichte van de bevolking als geheel tussen 1982 en 1994 eerder is verslechterd dan verbeterd.

De lage positie van ouderen in het inkomensgebouw kan mede worden verklaard door verschillen in huishoudenssamenstelling. Bij 65-plussers is relatief vaak sprake van een alleenstaandenhuishouden. Omdat alleenstaanden gemiddeld gesproken een lager inkomen hebben dan meerpersoonshuishoudens, zal dit de relatieve positie van ouderen ten opzichte van jongeren in ongunstige zin beïnvloeden.

Voor het verklaren van de ontwikkelingen in de tijd kan gewezen worden op de banengroei bij 65-minners. De banengroei en de daaraan gerelateerde verbetering van het inkomen heeft tot gevolg dat de hogere verdiepingen van het inkomensgebouw steeds meer door jongere huishoudens (onder meer tweeverdieners) worden bevolkt. Bij huishoudens van 65-plussers ontstaat dan het beeld van relatieve inkomensachteruitgang.

Daarnaast is het van belang om de indexatiemechanismen werkzaam in de AOW en de aanvullende pensioenen in de beschouwing te betrekken⁴⁸. Indien de koppeling wordt losgelaten, resulteert onmiddellijk een relatieve inkomensachteruitgang voor de groep ouderen⁴⁹. Maar zelfs bij toepassing van de koppeling blijft een relatieve inkomensachteruitgang tot de mogelijkheden behoren. De koppeling vindt immers plaats aan de hand van de contractloontwikkeling en niet aan de hand van de werkelijk verdiende lonen. De incidentele looncomponent blijft buiten beschouwing. Ceteris paribus en eventuele bijzondere aanpassingen daargelaten, betekent dit op termijn een toenevende achteruitgang van de AOW ten opzichte van de gemiddeld verdiende inkomens⁵⁰. Gezien het grote gewicht van de AOW in het (bruto-)inkomen van ouderen, zal dit de relatieve inkomenspositie van ouderen niet ten goede komen⁵¹.

48 Van Dalen signaleert dat indexatieregels op het gebied van publieke en private pensioenen minder hard zijn dan ze lijken. In de daadwerkelijke toepassing kan onder uitzonderlijke omstandigheden van deze indexatieregels worden afgeweken, met alle gevolgen van dien voor de inkomenspositie van gepensioneerden. Een voorbeeld hiervan is de toepassing van de koppeling (en daarmee de indexatie van de AOW) afhankelijk te maken van de verhouding tussen actieven en inactieven. Zie: H.P. van Dalen, *De berekende werkelijkheid van de koppeling*, ESB, 22 mei 1998.

49 Dit geldt niet voor ouderen met een welvaartsvast eindlooppensioen. In dat geval wordt het effect van de in koopkracht achterblijvende AOW gecompenseerd via een extra verhoging van het aanvullend pensioen.

50 R.M.A. Jansweijer, *Gouden bergen, diepe dalen*, WRR, Den Haag, 1996, pp. 36 en 45.

51 Het CPB gaat voor de zeer lange termijn (tot 2060) uit van een incidentele looncomponent van gemiddeld ¼ procent per jaar. Zie CPB, *Macro Economische Verkenning 1997*, Den Haag 1996, pp. 114 en 115.

2.4.4 De inkomenspositie van toekomstige ouderen

De bovengenoemde ontwikkelingen zijn voor een groot deel ook van belang bij het beantwoorden van de vraag of de ouderen van de toekomst er financieel beter aan toe zullen zijn dan de ouderen van vandaag. Een bijkomende ontwikkeling die in het bovenstaande slechts terloops is opgemerkt betreft de relatieve inkomensachteruitgang van de groep ouderen voorafgaand aan de pensioengerechtigde leeftijd, de huidige 53-64-jarigen.

Hooimeijer wijst als verklaring voor hun verslechterende inkomenspositie op de hoge uitkeringsafhankelijkheid van deze categorie. Relatief weinigen worden 65 vanuit een betaalde baan. Bij alleenstaande 53-64-jarigen is de uitkering (bijstand, ww, wao, vut) de belangrijkste inkomensbron. Bij samenwonenden geldt dit voor de categorie 57-64-jarigen⁵². Deze uitkeringsafhankelijkheid komt de inkomensontwikkeling en (zij het in uiteenlopende mate) de pensioenopbouw niet ten goede.

Overigens is het kabinetsbeleid, mede onder invloed van demografische ontwikkelingen, erop gericht de arbeidsparticipatie van toekomstige 50/55-plusers te verhogen.

Een tweede nog niet genoemde ontwikkeling betreft het feit dat steeds meer mensen als alleenstaande 65 worden. Dit komt zowel door het toegenomen aantal scheidingen op jongere leeftijd als door verweeduwing als gevolg van het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen. De overgang naar een alleenstaandenhuishouding brengt grote koopkrachtverliezen met zich mee (gemiddeld 36 procent tussen 1989 en 1993)⁵³. Deze ontwikkeling zal dan ook negatieve gevolgen hebben voor de toekomstige inkomenspositie van (alleenstaande) ouderen⁵⁴. Aan de andere kant speelt natuurlijk ook een rol dat kleinere huishoudens minder inkomen nodig hebben om dezelfde welvaartspositie te bereiken als grotere. Indien hiermee rekening wordt gehouden, brengt de overgang van een twee- naar eenpersoonshuishouden gemiddeld gesproken geen welvaartsverlies met zich mee⁵⁵.

52 P. Hooimeijer et al., *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, op.cit., p. 53.

53 Klaus en Hooimeijer, op.cit., p. 30. Het gaat hier om een vergelijking tussen het besteedbaar inkomen van huishoudens in 1989 en 1993. Gepensioneerde paren (die in 1993 nog bij elkaar waren) zijn er tussen 1989 en 1993 gemiddeld 2 procent in besteedbaar inkomen op vooruitgegaan. Huishoudens van gepensioneerde paren in 1989 waarvan een van beide partners tussen 1989 en 1993 wegviel, zijn er tussen 1989 en 1993 gemiddeld 36 procent op achteruitgegaan.

54 Overigens wordt een stabilisatie verwacht van het aandeel alleenstaanden onder de AOW-huishoudens na 2000. Zie hiervoor Klaus en Hooimeijer, op.cit., p. 30 en paragraaf 3.2.3.

55 De equivalentiefactor van het CBS tussen een- en tweepersoonshuishoudens bedraagt 1,38. Dit betekent dat het inkomen van een tweepersoonshuishouden 38 procent hoger moet zijn dan het inkomen van een alleenstaande om op hetzelfde welvaartsniveau uit te komen.

Ten slotte moet nog gewezen worden op het feit dat huishoudens van immigranten doorgaans te maken hebben met een onvolledige AOW-opbouw. Dit AOW-tekort zal doorgaans aangevuld worden met de algemene bijstand, zij het dat daarbij rekening zal worden gehouden met de inkomsten van de overige leden van het huishouden en met het eigen vermogen. Een en ander impliceert dat de inkomenspositie van deze ouderen niet ver zal kunnen uitstijgen boven het niveau van het AOW-pensioen⁵⁶.

Per saldo is Hooimeijer voor de komende 20 jaar pessimistisch over de mogelijkheden voor verdere inkomensverbetering van ouderen⁵⁷:

Voor de toekomst kan onder de 55-75-jarigen op basis van de huidige gegevens geen verbetering van het besteedbaar inkomen als gevolg van cohortvervanging worden verwacht. Onder de 75-plussers zal naar verwachting nog wel een dergelijk effect optreden, maar dit zal vooral onder de alleenstaanden zeer beperkt zijn.

Determinantenonderzoek

In het voorgaande is getracht uitspraken te doen over de toekomstige financiële positie van ouderen op basis van de tot nog toe opgebouwde pensioenrechten en vermogens.

Een alternatieve benadering baseert zich niet op inkomensstatistieken, maar op de determinanten die het inkomen van ouderen bepalen. Het gaat daarbij om determinanten als leeftijd, geslacht, huishoudensvorm, stedelijkheidsgraad van de woonplaats en het hoogst behaalde opleidingsniveau. Deze determinanten blijken een belangrijk deel van de variantie (35 tot 40%) in het netto besteedbaar huishoudensinkomen van ouderen te kunnen verklaren⁵⁸.

Vervolgens is het mogelijk om een raming te maken van de toekomstige financiële positie van ouderen door te veronderstellen dat deze alleen beïnvloed zal worden door veranderingen in de onderscheiden determinanten.

Uit deze exercitie komt naar voren dat het netto besteedbaar inkomen van 65-plussers tussen 1994 en 2030 met gemiddeld 20 procent toeneemt⁵⁹. De inkomensverbetering is sterker voor alleenstaanden (+27%) dan voor gehuwden (15 tot 18%). Genoemde verbetering komt met name op het conto van het veronderstelde hogere opleidingsniveau van toekomstige ouderen. Een doorrekening waarbij het opleidingsniveau buiten beschouwing is gelaten, komt uit op een gemiddeld gelijkblijvend netto besteedbaar huishoudensinkomen van 65-plussers in de periode 1994-2030.

56 J.M. Timmermans (red.), Rapportage ouderen 1996, op.cit., pp. 196-200.

57 *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, op.cit., p. 66.

58 F. van Dugteren (et al.), *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst*, p. 72 (te verschijnen).

59 *Ibid.*, p. 73. Op basis van het cijfermateriaal kan geen raming worden gegeven van de toekomstige inkomensverdeling.

Toekomstige financiële positie van ouderen

De toekomstige inkomenspositie van ouderen wordt bepaald door het saldo van positieve en negatieve ontwikkelingen (zie tabel 2.10). Daarnaast is er de vraag op welke wijze de koppeling van de AOW in de toekomst zal worden vormgegeven: aan de hand van de contractlonen of aan de hand van de werkelijk verdiende lonen.

Tabel 2.10 – Positieve en negatieve factoren in verband met de toekomstige relatieve financiële positie van ouderen

Positieve factoren	Negatieve factoren
gemiddeld hogere bruto-inkomsten uit aanvullend pensioen en lijfrentes	afname van vrije besparingen
bevordering arbeidsparticipatie ouderen	grote uitkeringsafhankelijkheid onder 55-64-jarigen
hoger opleidingsniveau van ouderen	grotere inkomensverschillen tussen toekomstige werkenden en gepensioneerden doordat bij de pensioenopbouw onvoldoende rekening wordt gehouden met het tweeverdienerschap
toenemend eigenwoningbezit	lijfrentes en deel pensioenen niet-inflatiebestendig
toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen (grotendeels deeltijdbanen)	onvolledige AOW-opbouw bij huishoudens van immigranten
kleiner wordende witte vlek	
recht op waardeoverdracht	

Gezien het grote aantal plussen en minnen is het niet mogelijk om harde uitspraken te doen over de toekomstige financiële positie van ouderen. Grosso modo verwacht de CSED dat de *gemiddelde* inkomenspositie van de toekomstige ouderen in absolute zin nog zal verbeteren.

Verder is het moeilijk om een uitspraak te doen over de mate waarin de gemiddelde inkomenspositie zal verbeteren; de aangehaalde onderzoeken geven aanleiding te veronderstellen dat een inkomensverbetering van ouderen weinig spectaculair zal zijn. Dit kan echter veranderen bij een forse stijging van de arbeidsparticipatie.

Of de *relatieve inkomenspositie* van toekomstige ouderen (ten opzichte van toekomstige werkenden) gemiddeld al dan niet zal verbeteren, is afhankelijk van een groot aantal onzekere factoren. Duidelijk is wel dat er binnen de groep toekomstige ouderen grote verschillen zullen zijn naar inkomens- en vermogenspositie.

2.5 Het gebruik van zorgvoorzieningen

Voorgaande ontwikkelingen beïnvloeden het gebruik van zorgvoorzieningen van ouderen. In deze paragraaf wordt hier nader op ingegaan. Achtereenvolgens komen in de volgende twee paragrafen aan de orde het gebruik van de thuiszorg (collectieve uitgaven in 1999: 3,3 miljard gulden) en het gebruik van de verzorgings- en verpleeghuizen (collectieve uitgaven in 1999 respectievelijk 5,5 en 6,3 miljard gulden).

2.5.1 Het gebruik van thuiszorg

Onder thuiszorg wordt verstaan de verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp bij de cliënt thuis (gezinsverzorging en/of wijkverpleging) en de uitleen van hulpmiddelen. Het gebruik van thuiszorg is in beginsel niet aan een bepaalde leeftijd gebonden, maar ouderen zijn sterk in het voorzieningengebruik oververtegenwoordigd; het gaat daarbij alleen om de *zelfstandig* wonende bejaarden. De thuiszorg is niet de enige aanbieder op het gebied van persoonlijke en huishoudelijke verzorging van ouderen. Ouderen met een zorgbehoefte kunnen ook een beroep doen op informele of betaalde krachten of zelfs afzien van hulp.

Het gebruik van thuiszorg hangt sterk af van de factoren leeftijd en huishoudensamenstelling. Naarmate de leeftijd toeneemt, maken huishoudens vaker gebruik van zorgvoorzieningen. Daarbij ligt het voor de hand dat eenpersoonshuishoudens een veel sterker beroep doen op vormen van hulp dan meerpersoonshuishoudens, waar men veelal kan terugvallen op gezonde huisgenoten. In 1997 maakte 24 procent van de alleenstaande 65-plussers gebruik van thuiszorg (meerpersoonshuishoudens: 10 procent), 18 procent deed een beroep op informele hulp (meerpersoonshuishoudens: 8 procent) en 22 procent kocht particuliere zorg in (meerpersoonshuishoudens 13 procent)⁶⁰.

Al met al krijgt meer dan de helft van de alleenstaande ouderen enige vorm van hulp. Los van de huishoudensamenstelling geldt dat per saldo 65-plussers iets meer gebruik maken van particuliere zorg (17 procent) dan van thuiszorg (15 procent) en informele zorg (12 procent).

Een sterk bepalende factor van het zorggebruik is de mate waarin sprake is van lichamelijke beperkingen (tabel 2.11). Naarmate de ernst van de beperkingen toeneemt, stijgt ook het percentage zorggebruik; dit geldt in het bijzonder voor de thuiszorg. Een samenhang tussen de mate van beperkingen en de behoefte aan particuliere hulp is daarentegen niet of nauwelijks aanwezig.

⁶⁰ *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., p. 123.

Verder is het opmerkelijk dat zo'n 10 procent van de 65-plussers met ernstige beperkingen geen enkele vorm van hulp krijgt. Het is onduidelijk of deze mensen wel hulp zouden willen hebben⁶¹. Dat ook ouderen zonder fysieke gebreken gebruikmaken van thuiszorg kan onder meer samenhangen met problemen van psychische aard.

Tabel 2.11 – Het gebruik van diverse vormen van hulp bij zelfstandig wonende alleenstaande 65-plussers, naar de ernst van de lichamelijke beperkingen, 1997 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
geen hulp	70	39	22	10	44
alleen thuiszorg	5	18	31	40	18
alleen informele hulp	8		15	17	13
alleen particuliere hulp	15	23	23	17	19
combinatie van zorg	2	4	9	16	6
(n)	(1.981)	(1.646)	(733)	(813)	(5.172)

Bron: *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., p. 123.

Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) komt naar voren dat er sprake is van een verband tussen woningaanpassing en het gebruik van thuiszorg⁶². Ouderen in een aangepaste woning wonen doen een veel geringer beroep op *persoonlijke verzorging* (door wijkverpleging of gezinsverzorging) dan ouderen in een niet-aangepaste woning. Ook bij het gebruik van *huishoudelijke verzorging* is er een matigende invloed van woningaanpassing op het gebruik van gezinshulp. Het verband is hier afhankelijk van de ernst van de beperkingen. Zolang er sprake is van lichte beperkingen leidt de aanwezigheid van woningaanpassingen tot een significant lager gebruik van gezinszorg. Bij matige tot ernstige beperkingen is het effect van woningaanpassing op de zorgvraag vrijwel nihil. Er treedt dan dus niet langer substitutie op tussen woningaanpassing en vraag naar thuiszorg. Dit neemt niet weg dat de combinatie van thuiszorg én woningaanpassing een alternatief kan vormen voor intramurale zorg.

61 *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., p. 123.

62 *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., pp. 157 en 158.

Verder blijkt er een groot verschil te bestaan tussen het zorggebruik van ouderen naar inkomensniveau. De lagere inkomens (het eerste kwartiel) maken duidelijk meer gebruik van gezinsverzorging, wijkverpleging en informele hulp dan de hogere inkomens. Omgekeerd maken ouderen met hogere inkomens relatief veel gebruik van particuliere huishoudelijke hulp.

Het SCP-onderzoek geeft voorts aan dat de beschikbaarheid van informele en particuliere hulp de gezinsverzorging grotendeels tot volledig blijkt te kunnen vervangen⁶³. Verder is er een duidelijk negatief verband tussen het systeem van eigen bijdragen⁶⁴ en het gebruik van gezinszorg.

Ten slotte kan worden geconstateerd dat cliënten in het algemeen weliswaar tevreden zijn over de hulp die door de thuiszorg wordt geboden⁶⁵, maar dat er ook klachten zijn over de omvang van de hulp en – in mindere mate – het gebrek aan flexibiliteit van de instelling en de onervarenheid van danwel de begeleiding door de hulpverleners.

2.5.2 Het gebruik van verzorgings- en verpleeghuizen

Ouderen die verhuizen van een reguliere woning naar een verzorgings- of verpleeghuis gaan er veelal fors in woonruimte en in woonkwaliteit op achteruit. Uit tabel 2.12 komt naar voren dat driekwart van de bewoners van een verzorgingshuis niet meer dan één kamer tot zijn of haar beschikking heeft. In verpleeghuizen moet zelfs meer dan driekwart van de bewoners een kamer delen met een of meer personen.

Zowel in verzorgings- als in verpleeghuizen is het beleid erop gericht de bewoners meer privacy en wooncomfort te bieden. Zo bouwen verzorgingshuizen een deel van de beschikbare (over)capaciteit om in zelfstandige appartementen voor ouderen (de zogenoemde inleunwoningen). Voor verpleeghuizen is het kabinetsbeleid erop gericht om alle drie-, vier-, vijf- en zesbedskamers op termijn te transformeren in één- en tweebedskamers⁶⁶.

De capaciteitsontwikkeling van verpleeghuizen en verzorgingshuizen is heel verschillend. Bij verpleeghuizen heeft vooral in de jaren zeventig een trendmatige capaciteitsgroei plaatsgevonden. Sinds een decennium woont ongeveer 2,5 procent van de bevolking van 65 jaar en ouder in een verpleeghuis. Bij verzor-

63 *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., p. 158.

64 De huidige eigen bijdrage voor thuiszorg bedraagt 10 gulden per uur. Per week gelden inkomensafhankelijke maxima die oplopen tot 235 gulden per week voor echtparen en 255 gulden per week voor alleenstaanden. Zie: *De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid 1999*, Deventer 1999, pp. 18-23.

65 *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., pp. 126 en 127.

66 *Jaaroverzicht Zorg 1999*, p. 81.

Tabel 2.12 – Aantal kamers en voorzieningen in verzorgings- en verpleeghuizen, 1996
(verticaal gepercenteerd)

		verzorgingstehuis	verpleeghuis
aantal kamers	1 kamer	72	
	2 kamers	27	
	≥ 3 kamers	-	
gedeelde kamer ^a	neen		19
	met 1 persoon		27
	met 2-3 personen		35
	met ≥ 4 personen		19
voorzieningen in de kamer ^a	telefoon op de kamer	88	7
	alarmsysteem op de kamer	98	96
	eigen kookplaatje	88	-
	eigen keuken	18	0-

^a Ook beantwoord door eerstverzorgende indien respondent daartoe niet in staat was.

Bron: *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., p. 104.

gingshuizen daarentegen is sinds de jaren tachtig sprake van capaciteitsvermindering. Deze ontwikkeling staat dus haaks op de vergrijzingstrend die ook al in de jaren tachtig gaande was en die ceteris paribus in een constante capaciteitsuitbreiding zou hebben geresulteerd. Zij is het gevolg van de in paragraaf 2.3 gesignaleerde tendens dat ouderen zonder al te ernstige beperkingen langer zelfstandig willen blijven wonen. In paragraaf 3.5.4 zijn ramingen opgenomen over het toekomstige gebruik van verzorgings- en verpleeghuizen.

Het gegeven dat relatief gezonde ouderen langer zelfstandig blijven wonen betekent dat verzorgingshuizen steeds meer te maken krijgen met minder gezonde ouderen. Hierdoor gaan verzorgingshuizen steeds meer op verpleeghuizen lijken. Het kabinetsbeleid is hier overigens ook op gericht. Van de zelfstandig wonende ouderen ondervindt slechts een minderheid (11 procent) ernstige beperkingen, tegen 68 en 99 procent voor verzorgings- en verpleeghuizen. Het

SCP schat dat 80 procent van de ouderen met een ernstige beperking in een intramurale instelling verblijft⁶⁷.

Er is duidelijk sprake van een oververtegenwoordiging van alleenstaanden in de genoemde intramurale instellingen, en dan met name van alleenstaande vrouwen die door de hogere levensverwachting sterk zijn oververtegenwoordigd in de hoogste leeftijdsklasse. Slechts een klein deel van de zelfstandig wonende ouderen is ouder dan 85 jaar (8 procent); in verzorgingshuizen is deze leeftijdscategorie in de meerderheid.

Verder zijn mensen met hogere inkomens in de intramurale instellingen duidelijk ondervertegenwoordigd. Dit hangt waarschijnlijk zowel samen met de beperkte woonkwaliteit van deze voorzieningen (zie boven) als met de hoogte van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen (zie kader). Het verband tussen inkomenshoogte en gebruik is overigens minder sterk bij de verpleeghuizen dan bij de verzorgingshuizen. Het gemiddelde inkomen van verpleeghuisbewoners ligt ook iets hoger dan dat van ouderen in verzorgingshuizen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mensen met een hoger inkomen langer thuis blijven wonen, omdat zij zich meer hulp aan huis kunnen veroorloven. Pas als opname in een verpleeghuis onvermijdelijk is geworden, geeft men het zelfstandig wonen op⁶⁸.

Bij de interpretatie van de cijfers doet zich de complicatie voor dat het systeem van eigen bijdragen per 1 januari 1997 is veranderd, terwijl het hier gepresenteerde statistische materiaal zich grotendeels baseert op cijfers over 1996. Vóór 1 januari 1997 lag de eigen bijdrage voor het verzorgingshuis duidelijk hoger dan voor een verpleeghuis (zie kader op p. 68).

Over de hartelijkheid en toewijding van het verzorgende en verplegende personeel in verpleeghuizen zijn patiënten en bezoekers in het algemeen zeer tevreden, zo concludeert het SCP⁶⁹. Veel minder is men echter te spreken over de hoeveelheid aanwezig personeel. Dit leidt er onder meer toe dat patiënten weinig persoonlijke aandacht krijgen, vaak lang moeten wachten om naar het toilet te kunnen gaan, weinig hulp krijgen bij het eten en drinken en vaak minder dan eens per week van douche of bad gebruik kunnen maken. Tot slot heerst er onvrede over de geringe mate van privacy in de verpleeghuizen.

67 Dit is inclusief psychiatrische ziekenhuizen. Zie: *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., p. 130.

68 *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., p. 208.

69 *Rapportage ouderen 1998*, op.cit., pp. 140-144.

Eigen bijdrage verzorgingshuizen en verpleeghuizen

Situatie vóór 1 januari 1997

Tot 1 januari 1997 betaalden bewoners van bejaardenoordens (verzorgingshuizen) de volledige verblijfskosten. Dit kon oplopen tot 3.800 gulden per maand. Bij de vaststelling van de draagkracht gold zowel een inkomens- als een vermogens- toets. Bejaarden in een verpleeghuis betaalden een veel lagere maximale eigen bijdrage van 1.350 gulden per maand. Sinds 1 januari 1997 zijn de (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen meer op één lijn gebracht. Voor verzorgingshuizen betekende dit het schrappen van de vermogens- toets; bij verpleeghuizen ging de maximale eigen bijdrage aanmerkelijk omhoog.

Situatie per 1 januari 1999

Per 1 januari 1999 kent het verpleeghuis

een eigen bijdrage van maximaal 3.215 gulden per maand, tegen 3.520 gulden per maand voor het verzorgingshuis. Dit zijn de zogenoemde *hoge* eigen bijdragen voor langdurig verblijf.

Daarnaast bestaat er ook een *lage* eigen bijdrage van maximaal 1.085 gulden per maand, die geldt bij kortdurend verblijf (korter dan 6 maanden) en in situaties dat de ene huwelijkspartner wel maar de andere partner niet in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijft.

Bij de vaststelling van de *lage eigen bijdrage* wordt uitgegaan van het zogenoemde bijdrageplichtig inkomen van het desbetreffende huishouden. Dit zijn in principe alle inkomsten uit het vorige kalenderjaar (uitgezonderd kinderbijslag en bijzondere bijstand) verminderd met belastingen, premies en premies ziekte- kostenverzekeringen.

Voor de vaststelling van de *hoge* eigen bijdrage blijft nog een aantal aanvullende posten buiten beschouwing.

2.6 Conclusies

Dit hoofdstuk heeft een aantal achtergronden geschetst, die van belang zijn voor een goed begrip van de huidige relatie tussen de uitgaven en het gebruik van de gezondheidszorg enerzijds en het leeftijdsspecifieke karakter daarvan anderzijds. Gelet op de bijzondere positie van ouderen in de gezondheidszorg heeft deze categorie, mede in het licht van de vergrijzing, bijzondere aandacht gekregen. Dit is gebeurd door in te gaan op enkele kenmerken van ouderen, hun zorggebruik en hun financiële situatie, nu en in de toekomst.

Leeftijdsprofielen

Allereerst is een aantal leeftijdsprofielen in beeld gebracht. Hieruit komt het volgende beeld naar voren:

- De gemiddelde uitgaven in de gezondheidszorg blijven na de geboorte vele jaren op een relatief laag niveau liggen, vervolgens gaan zij vanaf ongeveer het vijftigste jaar licht stijgen om ten slotte vooral na het zeventigste jaar

- explosief toe te nemen. Dit laatste is vooral toe te schrijven aan de hoge zorguitgaven in de jaren voor het overlijden in combinatie met het gegeven dat mensen in Nederland relatief oud sterven (hoge levensverwachting).
- Behalve de uitgaven voor de ouderenzorg (inclusief de thuiszorg) zijn ook de volgende zorgsectoren relatief vergrijzingsgevoelig: de curatieve somatische zorg (ziekenhuiszorg, medisch specialisten, huisartsen) en de genees- en hulpmiddelen.
 - In het huidige premiestelsel zijn jongeren en ouderen netto-ontvangers met betrekking tot de ZFW en AWBZ; de verzekerden in deze leeftijdsklassen ontvangen (in financiële termen) per saldo meer aan zorg, dan zij (of hun ouders) via premieheffing betalen. Omgekeerd zijn de 20-64-jarigen netto-betalers: de gemiddelde premiebetalingen overtreffen ruimschoots hun zorgconsumptie.

Kenmerken van ouderen

De huidige populatie ouderen blijkt heterogeen te zijn samengesteld:

- Bezien vanuit de gezondheidstoestand blijkt een meerderheid van de 55-plussers een of meer chronische aandoeningen te hebben. Chronische aandoeningen kunnen tot lichamelijke beperkingen leiden, die zelfstandig functioneren bemoeilijken. Gecorrigeerd voor onderlinge samenhangen geldt voor 65-plussers dat vrouwen, alleenstaanden en laagopgeleiden relatief vaak een of meer lichamelijke beperkingen ondervinden. Vooral de verschillen tussen opleidingsniveaus blijken hoog te zijn.
- Ouderen zijn de afgelopen twintig jaar veel mobieler en actiever geworden. Die mobiliteit hangt onder meer samen met de sterke groei van het autobezit onder 65-plussers. In toenemende mate brengen ouderen hun vrije tijd buitenshuis door; hun activiteitenpatroon is bovendien diverser geworden. Naar verwachting zal deze trend zich ook in de toekomst voortzetten.
- Veel minder dan enkele decennia geleden maken ouderen deel uit van meergeneratiehuishoudens; tehuisopname (in verzorgingshuizen) wordt zo lang mogelijk uitgesteld. Ouderen leven daardoor meer dan vroeger als paar of alleen. Deze trend zal zich in de toekomst waarschijnlijk voortzetten. Het eigenwoningbezit onder ouderen neemt trendmatig toe; dit geldt vooral voor 55-64-jarigen, waarvan momenteel ongeveer de helft een eigen woning bezit. De verwachting is dat het aandeel ouderen met een eigen woning de komende decennia nog iets verder zal toenemen.
- Door (vaak kleine) aanpassingen in de bestaande woningvoorraad kunnen ongevallen worden voorkomen; ongeveer de helft van de ongevallen van ouderen vindt in en om het huis plaats. Hoe ouder het slachtoffer van een ongeval is, hoe vaker wordt overgegaan tot ziekenhuisopname.

- Ondanks het toenemende eigenwoningbezit onder ouderen liggen de woonlasten van 65-plussers relatief hoog, zeker wanneer deze worden gerelateerd aan het gemiddeld lagere inkomen van deze bevolkingscategorie.

Huidige financiële positie van ouderen

- Na correctie voor verschillen in huishoudenssamenstelling blijkt dat het besteedbaar inkomen van 65-plus huishoudens in 1997 gemiddeld zes procent onder het landelijk gemiddelde lag.
- Over de ontwikkelingen van de financiële positie van ouderen blijkt de beschikbare informatie niet geheel eenduidig. Tegenover het effect van de verbeterde pensioenopbouw en pensioenregelingen staan teruglopende overige inkomsten uit vermogen, winst en arbeid en een in koopkracht achterblijvende AOW.
- Het vermogen van huishoudens van 65-plussers – waaronder het eigenhuizenbezit – is toegenomen van *gemiddeld* 175.000 gulden in 1993 tot 228.000 gulden in 1997. Dit hoge gemiddelde is toe te schrijven aan de vermogenspositie van de meest vermogende huishoudens. Het mediane vermogen ligt namelijk veel lager: 35.000 gulden in 1997.

Gebruik thuiszorg

- Het gebruik van thuiszorg hangt sterk af van de factoren leeftijd, huishoudenssamenstelling en lichamelijke beperkingen. Naarmate de leeftijd toeneemt, maken vooral eenpersoonshuishoudens vaker gebruik van zorgvoorzieningen. Naarmate de ernst van de lichamelijke beperkingen toeneemt, stijgt ook het percentage zorggebruik. Ouderen met hoge inkomens maken relatief weinig gebruik van de thuiszorg, ook als ze daarvoor geïndiceerd zijn. Een samenhang tussen de mate van beperkingen en het gebruik van particuliere hulp is daarentegen niet of nauwelijks aanwezig.
- Ouderen in een aangepaste woning doen een veel geringer beroep op hulp in verband met de verzorging dan ouderen in een niet-aangepaste woning. Verder blijken de lagere inkomens duidelijk meer dan gemiddeld gebruik te maken van gezinsverzorging, wijkverpleging en informele hulp. Omgekeerd maken ouderen met hogere inkomens relatief veel gebruik van particuliere huishoudelijke hulp.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

- De capaciteitsontwikkeling van verpleeghuizen en verzorgingshuizen is heel verschillend. Bij verpleeghuizen heeft vooral in de jaren zeventig een trendmatige capaciteitsgroei plaatsgevonden; thans woont ongeveer 2,5 procent van de 65-plussers in een verpleeghuis. Bij verzorgingshuizen daarentegen is sinds de jaren tachtig – tegen de vergrijzingstrend in – sprake van capaciteitsvermindering; ruim 5 procent van de 65-plussers woont op

dit moment in een verzorgingshuis. Naar schatting verblijft zo'n 80 procent van de ouderen met een ernstige beperking in een intramurale instelling.

Dit betreft met name alleenstaande vrouwen in de hoogste leeftijdsklasse.

- Mensen met hogere inkomens zijn in de intramurale instellingen (in het bijzonder in de verzorgingshuizen) duidelijk ondervertegenwoordigd. Dit hangt waarschijnlijk zowel samen met de beperkte woonkwaliteit van deze voorzieningen als met de hoogte van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen.

Toekomstige financiële positie van ouderen

- Gezien het grote aantal plussen en minnen is het niet mogelijk om harde uitspraken te doen over de toekomstige financiële positie van ouderen. Grosso modo verwacht de CSED dat de *gemiddelde* inkomenspositie van de toekomstige ouderen in absolute zin nog zal verbeteren.
- De aangehaalde onderzoeken geven aanleiding te veronderstellen dat een inkomensverbetering van ouderen weinig spectaculair zal zijn. Dit kan echter veranderen bij een forse stijging van de arbeidsparticipatie.
- Of de *relatieve inkomenspositie* van toekomstige ouderen (ten opzichte van toekomstige werkenden) gemiddeld al dan niet zal verbeteren, is afhankelijk van een groot aantal onzekere factoren. Duidelijk is wel dat er binnen de groep toekomstige ouderen grote verschillen zullen zijn naar inkomens- en vermogenspositie.

3. Gezondheidszorg, vergrijzing en langetermijnramingen

3.1 Inleiding

De uitgavenontwikkeling in de gezondheidszorg werd in het verleden in het bijzonder door de voortgaande vorderingen in de medische technologie bepaald¹. De komende decennia lijkt behalve de medisch-technologische vooruitgang ook de vergrijzing een belangrijke determinant van de zorgbehoefte en de zorguitgaven². Daarnaast leiden maatschappelijke ontwikkelingen (hogere welvaart, sociaal-culturele factoren) tot een veranderend behoeft patroon. Dit uit zich onder meer in een toenemende behoefte aan 'zorg op maat' alsook in hogere eisen aan zorgvoorzieningen, zoals de kwaliteit van de ouderenhuisvesting. De effecten van deze – deels elkaar beïnvloedende – determinanten op het langetermijngebruik van zorgvoorzieningen zijn moeilijk te voorspellen.

In het navolgende wordt nader op de langetermijnontwikkelingen in de gezondheidszorg ingegaan. In het bijzonder staan ramingen van de toekomstige zorguitgaven en de hiermee gepaardgaande onzekerheden centraal. Aangezien de bevolkingsgroei en de wijzigende leeftijdssamenstelling bij de langetermijnramingen een belangrijk referentiepunt vormen, wordt dit hoofdstuk begonnen met een beschrijving van enkele toekomstige demografische ontwikkelingen, in het bijzonder de vergrijzing (paragraaf 3.2).

Alvorens tot een toespitsing op de toekomstige zorguitgaven over te gaan, wordt eerst in paragraaf 3.3 in algemene zin kort aandacht besteed aan de vergrijzing en de veronderstelde gevolgen hiervan voor de collectieve uitgavenramingen; vanuit macro-economisch oogpunt is immers vooral van belang hoe de *totale* collectieve uitgaven zich onder druk van de vergrijzing ontwikkelen. Daarna gaat paragraaf 3.4 in op de uitkomsten van langetermijnramingen van zorggebruik en zorguitgaven. Vervolgens komen in paragraaf 3.5 de onzekerheden met betrekking tot de belangrijkste determinanten aan de orde. Achtereenvolgens betreft het de demografische ontwikkelingen, de (medische) technologie, de epidemiologie, de zorgvraag alsmede de ontwikkelingen in de productiviteit en in de lonen en prijzen in de gezondheidszorg.

Tot slot bevat paragraaf 3.6 de belangrijkste conclusies.

1 Zie: E. Westerhout, Geïntegreerde zorgverlening en de kosten van de gezondheidszorg, in: *ESB*, 13 maart 1998, p. 215.

2 Zie bijvoorbeeld de analyses van de WRR in het rapport *Volksgezondheidszorg*, Rapporten aan de Regering no. 52, Den Haag 1997.

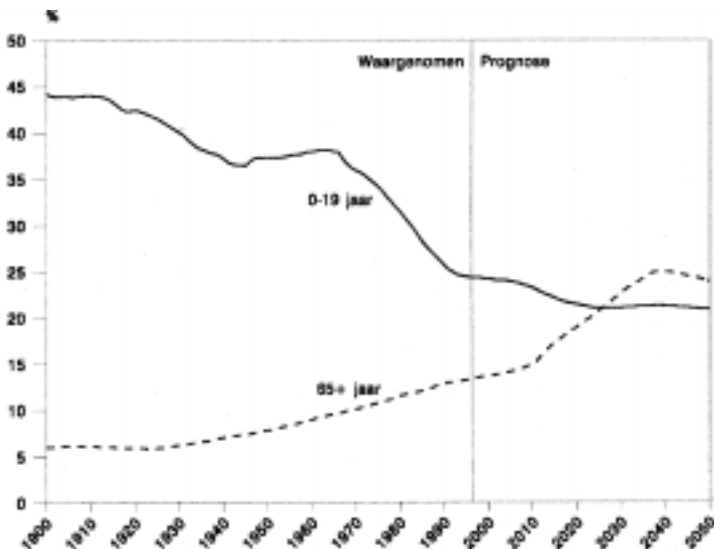
3.2 Demografische ontwikkelingen

Bij de toekomstige demografische ontwikkelingen springt de wijzigende bevolkingssamenstelling – ontgroening en vergrijzing – het meest in het oog (paragraaf 3.2.1); de toenemende vergrijzing wordt voor een belangrijk deel bepaald door de (veronderstelde) hogere levensverwachting (paragraaf 3.2.2). Op basis van de bevolkingsprognoses kunnen enkele specifieke demografische kengetallen worden opgesteld, die van indicatieve waarde zijn voor het toekomstige zorggebruik (paragraaf 3.3.3).

3.2.1 Ontgroening en vergrijzing

De discussie over de toekomstige ouderdagsvoorziening en toekomstige zorgvraag wordt voor een belangrijk deel ingegeven door het karakter van de demografische ontwikkelingen, kortweg te typeren als bevolkingsveroudering of vergrijzing. Vergrijzing is zeker geen nieuw verschijnsel. In feite is sprake van een trend die reeds rond de jaren dertig is ingezet (figuur 3.1). In de afgelopen decennia was het proces van ontgroening – het krimpende aandeel van 0-19-jarigen in de totale bevolking – echter veel dominanter, vooral door de sterke geboortedaling in de jaren zestig is het aandeel jongeren in de bevolking sindsdien versneld afgenomen. De ontgroening is sinds het midden van de jaren negentig in een nieuwe fase gekomen, een fase die kan worden getypeerd als stabilisatie.

Figuur 3.1 – Percentage 0-19-jarigen en 65-plussers, waargenomen en geraamd volgens de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose 1996, 1990-2050



Bron: CBS.

Op de middellange termijn – tot grofweg het jaar 2010 – doet zich in het tempo van vergrijzing geen substantiële wijziging voor. Uit de bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uit 1996³ komt naar voren dat het percentage 65-plussers tot het jaar 2010 een lichte stijging zal blijven vertonen; het aantal 65-plussers neemt in de periode 1996-2010 toe van 2,1 miljoen (13 procent van de totale bevolking) tot 2,5 miljoen (15 procent). Daarna zal de omvangrijke naoorlogse geboortegeneratie (*babyboomers*) geleidelijk de 65-jarige leeftijd bereiken, waardoor een groeiversnelling van het percentage ouderen zal optreden; rond het jaar 2040 zal de vergrijzing in Nederland naar verwachting haar hoogtepunt bereiken: 25 procent (4,3 miljoen personen) is dan 65 jaar of ouder. Dit proces heeft een autonoom karakter en doet zich voor in alle gehanteerde prognosevarianten (zie ook paragraaf 3.5.1)⁴: in de lage variant bedraagt het aandeel van 65-plussers in 2040 23 procent, in de hoge variant 27 procent. Aangezien de vergrijzing na 2040 weer zal gaan afvlakken, wordt wel gesproken van een ‘vergrijzingshobbel’. Dit neemt niet weg dat op dat moment de Nederlandse bevolking structureel gezien gemiddeld ouder zal zijn.

3.2.2 Stijgende levensverwachting

De uitkomsten van de bevolkingsprognoses worden voor een flink deel bepaald door de veronderstellingen over de levensverwachting. De levensverwachting is al vele decennia gestegen en hoogstwaarschijnlijk zal dit proces ook de komen-

3 Deze CBS-prognose ligt ten grondslag aan de langetermijnramingen die in het vervolg van dit hoofdstuk worden gepresenteerd. Om deze reden wordt op deze plaats geen aandacht besteed aan de bijgestelde bevolkingsprognose van december 1998. (Zie hiervoor: Bevolkingsprognose 1998-2050, in: *Statistisch bulletin*, 17 december 1998, pp. 14-16.)

De verschillen in de prognose-uitkomsten zijn overigens beperkt. Zo komt de meest recente bevolkingsprognose (middenvariant) op een totale bevolking van 16,6 miljoen personen in 2010 tegen 16,5 miljoen in de prognose van 1996; het aantal 65-plussers in 2010 is in beide prognose zo goed als gelijk: 2,5 miljoen. Op de zeer lange termijn zijn de verschillen iets groter. In 2050 komt de bevolkingsprognose (middenvariant) van 1998 op een totale bevolking van 17,2 miljoen personen tegen 16,9 miljoen in de 1996 prognose. Het aantal 65-plussers raamt het CBS in zijn jongste prognose op 3,8 miljoen personen in 2050 tegen 4,0 miljoen in de prognose van 1996.

4 Zie: J. de Beer, Bevolkingsprognose 1996: minder bevolkingsgroei, meer vergrijzing, in: *Maandstatistiek van de Bevolking*, CBS, januari 1997, pp. 6-12. Het CBS onderscheidt een lage, een midden- en een hoge variant. Meestal wordt de middenvariant gebruikt; deze geeft de meest waarschijnlijk geachte toekomstige ontwikkeling weer. In de lage variant wordt uitgegaan van een (relatief) laag vruchtbaarheidscijfer, een lage levensverwachting en een laag migratiesaldo. Omgekeerd gelden bij de hoge variant een hoog vruchtbaarheidscijfer, een hoge levensverwachting en een hoog migratiesaldo.

de decennia nog voortgaan⁵. Het tempo van die stijging zal waarschijnlijk wel geleidelijk afnemen, aangezien de ziekten waaraan mensen komen te overlijden naar verwachting steeds moeilijker te bestrijden zullen zijn.

Op dit moment is de levensverwachting bij geboorte ruim 74 jaar voor mannen en ruim 80 jaar voor vrouwen. In de bevolkingsprognose van 1996 gaat het CBS ervan uit dat de levensverwachting voor mannen in het midden van de volgende eeuw zal zijn toegenomen tot 80 jaar voor mannen (lage variant 78 jaar, hoge variant 82 jaar) en tot 83 jaar voor vrouwen (lage variant 81 jaar, hoge variant 85 jaar). Opmerkelijk is de aanname dat het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen flink zal afnemen. Dit is terug te voeren op steeds kleinere verschillen in rookgedrag, in werkomstandigheden en dergelijke.

Voor de gezondheidszorg is van betekenis hoe de levensverwachting zich in de laatste levensfase zal ontwikkelen. De hogere levensverwachting zal voor een flink deel in die fase plaatsvinden. In het midden van de jaren negentig bedroeg de levensverwachting van een 65-jarige man nog circa 15 jaar; in het jaar 2010 zal dit tot bijna 16 jaar zijn toegenomen. In dezelfde periode zal de levensverwachting van 65-jarige vrouwen naar verwachting stijgen van ruim 19 tot bijna 20 jaar. Meer bijzonder is van belang hoeveel jaren een oudere nog mag verwachten in goede gezondheid door te brengen; dit punt komt in paragraaf 3.5.3 aan de orde.

3.2.3 Specifieke demografische kengetallen

Voor de problematiek van de toekomstige gezondheidszorg zijn enkele demografische kengetallen van bijzonder belang:

- het *aandeel van 65-plussers* in de bevolking, hét kengetal van de vergrijzing;
- het aandeel van *hoogbejaarden* (80-plussers) in de bevolking: de categorie met de hoogste zorguitgaven;
- het aandeel van *alleenstaande ouderen*: binnen de categorie ouderen, degenen met de grootste zorgvraag;
- *de grijze druk*: het aantal 65-plussers als percentage van het aantal 20-64-jarigen, het getal dat de verhouding tussen draaglast en draagvlak uitdrukt;

5 Hierbij wordt aangetekend dat de levensverwachting wordt bepaald aan de hand van een zogeheten *periodesterftetafel*, een hypothetisch model waarin op basis van leeftijdspecifieke sterfterisico's in een bepaald kalenderjaar de gemiddelde levensduur op iedere leeftijd (nuljarigen, eenjarigen etc.) wordt berekend; gesaldeerd resulteert dit in de levensverwachting op een bepaalde leeftijd. Met behulp van de zogeheten *generatie- of cohortsterftetafels* kan de feitelijke levensverwachting op de verschillende leeftijden worden berekend. Uiteraard kan dit pas op het moment dat een generatie is uitgestorven.

- de *dubbele vergrijzing*: het aantal 80-plussers als percentage van het aantal 65-plussers, het getal dat de relatieve veroudering van de bejaardenpopulatie weergeeft.

Vergrijzing en het aandeel hoogbejaarden

In paragraaf 3.2.1 werd de ontwikkeling van de vergrijzing in zowel het verleden als de toekomst grafisch weergegeven (figuur 3.1); de toekomstige ontwikkeling is ook opgenomen in tabel 3.1. Deze tabel bevat eveneens de langetermijnprognose voor de hoogbejaarden. In de jaren twintig van de volgende eeuw zal de groei van het aantal 80-plussers in een hogere versnelling komen: de eerste babyboomers bereiken de 80-jaargrens. Rond 2050 bereikt dit kengetal zijn maximum. Op dat moment is naar verwachting 8 à 9 procent van de bevolking hoogbejaard. In het midden van de volgende eeuw zouden er aldus meer dan 1,4 miljoen 80-plussers zijn. Dat er op zo'n lange termijn sprake is van een vrij grote onzekerheidsmarge blijkt uit de aanzienlijke verschillen tussen de onderscheiden prognosevarianten. In de lage en hoge variant wordt het aantal 80-plussers in 2050 op respectievelijk 1,1 en 1,8 miljoen geraamd; in beide varianten ligt het aandeel 80-plussers in dat jaar op ruim acht procent.

Tabel 3.1 – Aantal en aandeel van 65-plussers en 80-plussers volgens de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose 1996, 1996-2050

	65-plussers		80-plussers	
	aantal (mln.)	in procenten van totale bevolking	aantal (mln.)	in procenten van totale bevolking
1996	2,1	13,3	0,5	3,1
2010	2,5	15,0	0,6	3,8
2020	3,2	18,9	0,7	4,2
2030	3,9	22,6	1,0	5,8
2040	4,3	24,9	1,2	7,2
2050	4,1	23,9	1,4	8,5

Bron: CBS, Bevolkingsprognose 1996-2050, in: *Statistisch bulletin*, 20 december 1996, pp. 5-8.

Het proces van vergrijzing doet zich op het gehele Europese continent voor. Sterker nog, de mate van vergrijzing is in Nederland nog minder ver voortgeschreden dan in de ons omringende landen (zie kader).

Vergrijzing in internationaal perspectief

Is in ons land 13 procent van de bevolking 65-plusser, in de EU-lidstaten ligt het aandeel van ouderen alleen in Ierland lager: 11 procent. Koploper in Europa is Zweden (17 procent), op de voet gevolgd door een aantal landen waar het percentage 65-plussers 16 procent bedraagt: Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, Italië, België en Griekenland. In genoemde landen is de grijze druk

(het aantal 65-plussers als percentage van het aantal 20-64-jarigen) nu al hoog. De komende decennia zal de grijze druk in deze landen echter een minder sterke stijging ondergaan, dan in landen als Nederland en (vooral) Ierland.

Bron: L. van Wissen, N. van der Gaag en E. van Imhoff, Demografische ontwikkelingen in Europa, in: N. van Nimwegen en G. Beets (red.), *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 1997*, NIDI, rapport no. 50, Den Haag 1997, pp. 53-90.

Aandeel alleenstaande ouderen

Bij de huishoudenssituatie van ouderen doen zich diverse ontwikkelingen voor, die doorwerken in de huishoudenssamenstelling. Zo is als gevolg van (echt-)scheidingen en relatiebreuken het aandeel alleenstaande 55-64-jarigen de afgelopen jaren sterk toegenomen (tabel 3.2). Toch komt uit de langetermijnramingen naar voren dat in de leeftijdsklasse 65-79 jaar het aandeel alleenstaanden de komende decennia min of meer constant zal blijven. Voor 80-plussers wordt op de langere termijn zelfs een aanzienlijk daling van het aantal alleenstaanden voorzien. In deze leeftijdscategorieën worden de relatiebreuken meer

Tabel 3.2 – Aandeel van de bevolking in eenpersoonshuishoudens naar leeftijd, 1981-2030 (in procenten)

	1981	1990	2000	2010	2020	2030
55-59 jaar	8,4	11,8	15,2	19,4	22,6	22,6
60-64 jaar	14,4	17,1	18,2	20,7	24,0	24,0
65-69 jaar	21,2	23,8	23,0	23,8	26,2	26,2
70-74 jaar	31,0	30,6	31,7	30,9	30,8	30,8
75-79 jaar	40,6	41,7	42,8	40,7	38,2	38,3
80-84 jaar	51,2	55,2	56,9	53,9	50,0	49,5
85 jaar en ouder	60,6	65,3	73,8	70,7	67,9	66,2

Bron: SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst*, Den Haag 1999, nog te verschijnen.

dan gecompenseerd door de toename van de levensverwachting van mannen én vrouwen; in het bijzonder door het afnemende verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen wordt de kans dat men op hogere leeftijd nog een partner heeft groter. Bijgevolg zal volgens de projecties een groter deel van de toekomstige hoogbejaarden met een partner samenwonen.

Grijze druk en dubbele vergrijzing

Het verloop van de *grijze druk* (tabel 3.3) volgt een vergelijkbaar patroon als dat van het percentage 80-plussers, alleen vinden de groeiversnelling en de piek globaal een decennium eerder plaats. Ten opzichte van de huidige situatie zal de grijze druk rond 2040 ruim zijn verdubbeld: op dat moment raamt het CBS 43 65-plussers voor 100 personen in de beroepsgeschikte leeftijd.

Van een *dubbele vergrijzing* is volgens de ramingsuitkomsten voorlopig nog geen sprake: rond 2020 zou het desbetreffende kengetal lager liggen dan op dit moment. Vooral tegen het midden van de volgende eeuw zal de dubbele vergrijzing doorzetten. Rond 2050 zal dan ruim een derde van 65-plussers hoogbejaard zijn.

Tabel 3.3 – Het verloop van de grijze druk en dubbele vergrijzing volgens de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose 1996, 1996-2050 (in procenten)

	grijze druk*	dubbele vergrijzing**
1996	21,3	23,3
2010	24,3	25,0
2020	31,6	22,1
2030	40,1	25,8
2040	46,3	28,8
2050	43,3	35,5

* Grijze druk: het aantal 65-plussers als percentage van het aantal 20-64-jarigen.

** Dubbele vergrijzing: het aantal 80-plussers als percentage van het aantal 65-plussers.

Bron: CBS, Bevolkingsprognose 1996-2050, in: *Statistisch bulletin*, 20 december 1996, pp. 5-8.

3.3 Totale collectieve uitgaven in het licht van de toekomstige vergrijzing

Vanuit macro-economisch oogpunt is vooral van belang hoe de *totale* collectieve uitgaven zich ontwikkelen onder druk van de vergrijzing. Naast uitgavenverhogingen voortvloeiend uit AOW-uitkeringen en de collectieve zorgaanpra-

ken zijn immers ook uitgavenverminderingen denkbaar door het (relatief) geringere aantal jongeren. Door een herschikking binnen het totaal van de collectieve uitgaven zouden de kosten van de vergrijzing aldus kunnen worden opgevangen.

Deze paragraaf beoogt enige inzicht te verschaffen in de gevolgen van de vergrijzing voor de toekomstige collectieve uitgaven. Dit geschiedt aan de hand van een recente scenariostudie van het CPB (paragraaf 3.3.1) en de methodiek van de generatierekeningen (paragraaf 3.3.2)⁶.

3.3.1 Scenariostudie van het CPB

Uit de zogenoemde scenariostudie *Lange Termijn Verkenning 1995-2020* van het Centraal Planbureau (CPB) komt naar voren dat een ontwikkeling denkbaar is waarin de oplopende collectieve-uitgavendruk ten gevolge van de vergrijzing via een herschikking kan worden gecorrigeerd (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4 – Toekomstige collectieve uitgaven naar beleidsmatige clusters, 1995-2020

	1995	2020			1996-2020		
		DE	EC	GC	volume		
	in % BBP				mutaties per jaar in %		
Klassieke overheidstaken	18,1	17,5	15,9	13,9	0,8	1,3	1,5
w.v. Defensie	1,8	1,6	1,4	1,3	0,7	0,7	0,9
Onderwijs	4,6	4,2	4,4	4	0,2	1,3	1,5
Openbaar bestuur	10,1	9,9	8,3	6,8	0,8	1	1
Infrastructuur	1,6	1,8	1,8	1,8	2,2	3,2	3,8
Zorg	8,7	12,2	11,4	9,9	1,9	2,6	3
Sociale zekerheid	16,1	17	13,9	10,5	0,9	0,9	0,5
Rentelasten	5,8	4,8	2,8	3,3	0,7	-0,2	1
Overig	5,1	5,0	5,6	4,9	1,4	3,1	3,2
Collectieve uitgaven (bruto)	53,7	56,4	49,6	42,4	1,1	1,5	1,7
Bruto binnenlands product					1,5	2,7	3,3

Bron: CPB, *Omgevingsscenario's Lange Termijn Verkenning 1995-2020*, op.cit., p. 84.

In twee scenario's – European Coordination (EC) en Global Competition (GC) –, die beide een relatief gunstig economisch toekomstbeeld schetsen, veronderstelt het CPB dat het ondanks de vergrijzing zelfs mogelijk is de collectieve uit-

6 De door het CPB gehanteerde definitie van (collectieve) zorguitgaven wijkt af van de definities zoals in par. 1.3 van dit rapport zijn omschreven.

gaven substantieel te laten dalen. In deze scenario's wordt een toename van de zorguitgaven meer dan gecompenseerd door een (verondersteld) krimpend aandeel van de uitgaven voor het openbaar bestuur en voor de sociale zekerheid. Voorts nemen de rentelasten af. In beide scenario's is sprake van een behoorlijke tot hoge jaarlijkse economische groei – EC: 2¾ procent; GC: 3¼ procent – terwijl daarnaast het overheidsbeleid op een aantal onderdelen ingrijpend wordt gewijzigd.

Is de economische ontwikkeling structureel minder bevredigend en blijven fundamentele beleidsaanpassingen uit – Divided Europe (DE), jaarlijkse economische groei 1,5 procent – dan resulteren de stijgende zorguitgaven daarentegen in verder oplopende collectieve uitgaven.

3.3.2 Generatierekeningen

In het licht van de vergrijzing gaat het CPB in het *Centraal Economisch Plan 1997* (CEP1997) in op de vraag of “het huidige stelsel van collectieve regelingen op termijn houdbaar is, dan wel per saldo gepaard gaat met een nadelige behandeling van toekomstige generaties”⁷. Deze onderzoeksvraag wordt getoetst met behulp van de zogenoemde *generatierekeningen*: een methodiek die het nettoprofiel van de overheid expliciet toerekent aan generaties (zie kader). In feite toetst deze methodiek of de bestaande belasting- en premieheffing alsmede de daaruit gefinancierde voorzieningen voor de verschillende leeftijdscategorieën op de lange termijn ongewijzigd kunnen worden gecontinueerd, zonder dat de overheidsschuld sterk oploopt. Een nadeel van generatierekeningen is wel dat een groot aantal veronderstellingen moet worden gehanteerd, zoals het CPB terecht signaleert. Daarnaast houdt deze methodiek geen rekening met de intergenerationele herverdeling die buiten de collectieve sector plaatsvindt (overdracht van knowhow, milieuschuld, erfenissen binnen families, herverdeling tussen generaties door pensioenfondsen) en ontbreken gedragsreacties op het overheidsbeleid.

De uitkomsten wijzen uit dat die overheidsschuld op termijn wel zou oplopen. In termen van het model concludeert het CPB dat – uitgaande van een groot aantal veronderstellingen – voortzetting van het huidige collectieve bestel op de lange termijn niet houdbaar is: het nettoprofiel van de overheid van de toekomstige generaties is relatief veel geringer dan het nettoprofiel van de huidige generaties.

7 CPB, *Centraal Economisch Plan 1997*, Den Haag 1997, inz. p. 126. Zie ook H. ter Rele, *Generational accounts for the Dutch public sector*, in: *De Economist*, no. 4, 1998, pp. 555-584, en A.L. Bovenberg en H.J.M. ter Rele, *De vergrijzing en het begrotingsbeleid*, in: *ESB*, 18 juni 1997, pp. 488-492.

Het CPB meent echter dat de noodzakelijke aanpassingen relatief klein zijn, aangezien er nog ruimte is om de arbeidsparticipatie te verhogen en de toekomstige pensioeninkomens nog zullen toenemen; beide factoren leiden tot hogere belasting- en premieopbrengsten. Tevens vereist een houdbaar stelsel

Generatierekeningen

In de methode van de *Generatierekeningen* wordt (de contante waarde van) het toekomstige nettoprofiel van een gemiddeld lid van alle huidige generaties en het nettoprofiel van een gemiddeld lid van de toekomstige generaties berekend. De contante waarde van de 'erfenis' van de toekomstige generaties wordt bepaald met behulp van de intertemporele budgetrestrictie:

het huidige nettovermogen (activa – passiva) minus het netto resterend profiel van de huidige generaties (contante waarde) = het nettoprofiel van toekomstige generaties.

Als maatstaf voor de verschillende behandeling van de huidige en toekomstige generaties wordt het verschil in nettoprofiel van een ongeboorene en van een pasgeboren lid van de huidige generaties gehanteerd.

In de CPB-berekeningen wordt naast de vergrijzing, ook rekening gehouden met

enkele toekomstige ontwikkelingen binnen de particuliere sector die een belangrijke invloed zullen hebben op het leeftijdsprofiel. Het gaat daarbij om:

- een groei van de arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen. Hierdoor verbreedt de belastingbasis door de stijging van de looninkomens;
- een stijging van de pensioeninkomens, waardoor de belastingbasis wordt versterkt;
- hogere pensioenpremies, ervan uitgaande dat de hoge rendementen van pensioenfondsen niet structureel zullen zijn. Door de aftrekbaarheid van deze hogere premies is er sprake van grondslagerosie;
- een afvlakkend leeftijdsprofiel voor de lonen door een directere relatie tussen loonhoogte en arbeidsproductiviteit en door de veranderende schaarsteverhoudingen (minder jongeren, meer ouderen).

Bron: CPB, *CEP 1997*, op.cit.

in de eerstkomende decennia een forse tekortreductie⁸, zo stelt het CPB. Het tekent daarbij wel aan dat de norm van houdbaarheid bij gelijke behandeling van alle toekomstige generaties geen recht kan doen aan alle overwegingen die een rol spelen bij het vaststellen van het gewenste verloop van het vorderingstekort. De hiergenoemde elementen zijn wel belangrijke ingrediënten voor een breder sociaal-economisch beleid dat noodzakelijk is om de 'kosten van de

8 Uit de berekeningen blijkt zelfs dat er vanaf het begin van de volgende eeuw gedurende enkele decennia sprake zal moeten zijn van een overschotsituatie.

vergrijzing' te mitigeren. Deze thematiek wordt nog nader uitgewerkt in paragraaf 4.2.

Toegesplitst op de zorguitgaven leidt de vergrijzing volgens de CPB-berekeningen tot een stijging van 8,7 procent van het bbp in 1995 tot 9,8 procent in 2020. Op de top van de vergrijzing in 2040 zouden de zorguitgaven zelfs tot 13,2 procent van het bbp oplopen⁹. Daarbij tekent het CPB aan dat deze raming te conservatief zou kunnen zijn, doordat de leeftijdsspecifieke kosten van zorg boven de productiviteitsgroei zouden kunnen uitkomen als gevolg van een stijging van de relatieve prijs van zorgdiensten (Baumol-effect, zie paragraaf 3.5.5) in combinatie met een lage prijselasticiteit van de zorgvraag. Daar stelt het CPB tegenover dat de zorguitgaven zouden kunnen meevallen, indien de verwachte stijging van de levensverwachting erin zou resulteren dat mensen gemiddeld langer in goede gezondheid zouden kunnen leven.

3.4 Zorguitgaven in het licht van de toekomstige vergrijzing

In deze paragraaf staan ramingen van de toekomstige zorguitgaven centraal. In een algemene paragraaf (3.4.1) wordt allereerst een korte typering gegeven van de uitgavenramingen die op dit terrein – vaak met enige regelmaat – in Nederland worden uitgevoerd. Vervolgens gaat paragraaf 3.4.2 in op de uitkomsten van diverse langetermijnramingen van zorguitgaven¹⁰. In paragraaf 3.4.3 worden de verschillen in uitkomsten nader geduid, vooral op basis van de achterliggende veronderstellingen. Een belangrijke rol daarbij vormt het onderscheid tussen demografische en niet-demografische veronderstellingen.

3.4.1 Algemeen

Er zijn de afgelopen jaren diverse ramingen gemaakt van het toekomstige zorggebruik en de daarmee samenhangende zorguitgaven. Een aantal van deze ramingen heeft een terugkerend karakter en een relatief korte tijdshorizon van vier jaar. Genoemd kunnen worden de ramingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) inzake de quartaire sector, de zorgramingen uitgevoerd door het Nederlands Ziekenhuisinstituut (NZi) en de (economische) middellangetermijnverkenningen van het Centraal Planbureau (CPB)¹¹.

9 *CEP 1997*, op.cit., inz. p. 138.

10 Hierbij is dankbaar gebruik gemaakt van de notitie die het CPB op verzoek van het CSED over dit onderwerp heeft opgesteld; zie bijlage 3.

11 Zie voor een vergelijkend overzicht van deze ramingen: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Met zorg ramen*, conferentieverlag d.d. 9 april 1998, Rijswijk 1998.

Daarnaast worden er ook met enige regelmaat langetermijnramingen opgesteld waarin de gezondheidszorg of aspecten daarvan centraal staan. Vaak worden deze studies direct of indirect aangestuurd door het Ministerie van VWS. In het bijzonder valt hierbij te denken aan scenariostudies van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG), aan toekomstverkenningen van het SCP¹² en aan de *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen* (VTV's) die onder regie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) worden uitgevoerd. De tweede VTV is in 1997 afgerond en bevat behalve een langetermijnraming een groot aantal achtergronddocumenten.

Vanuit de economische invalshoek, ten slotte, besteedt het CPB aandacht aan de toekomstige zorguitgaven onder meer als onderdeel van de langetermijnverkenning *Nederland in Drievoud* uit 1992 en de daarop volgende actualisering *Omgevingsscenario's Langetermijnverkenning 1995-2020* (1996)¹³.

3.4.2 Zorguitgaven volgens verschillende langetermijnramingen

In paragraaf 3.3 zijn twee CPB-studies aan de orde gesteld waarin ramingen van de zorguitgaven zijn opgenomen: de *Lange Termijnverkenning 1995-2020* (LT-verkenning) en de studie van de generatierekeningen.

Uit de LT-verkenning komt naar voren dat de zorguitgaven in procenten van het bbp zullen toenemen van 8,7 procent in 1995 tot respectievelijk 9,9 procent (Global Competition), 11,4 procent (European Coordination) en 12,2 procent (Divided Europe) in 2020. Dit komt neer op een *gemiddelde jaarlijkse uitgaven-groei* van respectievelijk 2,9 procent (DE) en 3,8 procent (EC en GC) in de periode 1995-2020¹⁴.

De generatierekeningen betreffen een langere periode. De groei van de zorguitgaven bedraagt volgens deze methodiek zowel in de periode 1995-2020 als in de periode 2020-2040 gemiddeld 3,0 procent per jaar.

In haar advies *Op weg naar begrotingsevenwicht* geeft de Studiegroep Begrotingsruimte een indicatie van de 'kosten van de vergrijzing' door ramingen op te stellen voor (collectieve) regelingen waar vooral ouderen gebruik van maken: AOW-uitgaven en de zorguitgaven¹⁵. Op basis van de huidige zorgarrangementen en rekeninghoudend met zorguitgaven die meegroeien met de wel-

12 Te denken valt bijvoorbeeld aan de *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* van het SCP; in paragraaf 3.5 wordt uit dit rapport geput.

13 Het CPB is thans samen met het SCP doende een *Ramingsmodel Zorgsector* te ontwikkelen. Dit project wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS. Zie voor een korte beschrijving de inleiding van P.J. Besseling, in het hiervoor genoemde conferentieverlag *Met zorg ramen*, op.cit., pp. 6-9.

14 Zie bijlage 3.

15 Studiegroep Begrotingsruimte, *Op weg naar begrotingsevenwicht*, Tiende rapport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 400, nr.1.

vaartsontwikkeling – zoals grosso modo in het recente verleden het geval was – zouden de zorguitgaven rond 2040 zo'n 4,5 procent van het bbp hoger liggen dan thans het geval is. Uitgedrukt in jaarlijkse groeipercentages komt dit neer op een gemiddelde stijging van de zorguitgaven van 3,1 procent in de periode 1995-2040.

Tot slot geeft de tweede VTV-studie van het RIVM een gedetailleerd inzicht van de toekomstige langetermijnontwikkelingen in de gezondheidszorg en de daarmee samenhangende uitgavenontwikkeling¹⁶. De langetermijnraming van de zorguitgaven, die deel van de VTV-studie uitmaakt, resulteert in een gemiddelde uitgavengroei van 2,4 procent per jaar in de periode 1994-2015¹⁷.

De uitkomsten van de verschillende langetermijnramingen zijn in tabel 3.5 samengebracht. Uit de tabel komt een divers beeld naar voren, mede door de verschillende periodes die zijn bestudeerd: de gemiddelde groei van de zorguitgaven varieert van 2,4 tot 3,8 procent per jaar; in de volgende paragraaf wordt gepoogd de verschillende uitkomsten nader te verklaren.

Tabel 3.5 – Langetermijnramingen van de zorguitgaven, 1994-2040

Studie	periode	groeipercentage (reëel t.o.v. bbp-prijs)	zorgquote (laatste jaar)
LT-verkenning (CPB)	1995-2020		
* DE-scenario		2,9	12,2
* EC-scenario		3,8	11,4
* GC-scenario		3,8	9,9
Generatierekeningen (CPB)	1995-2020	3,0	9,8
	2020-2040	3,0	13,2
Studiegroep Begrotingsruimte	1995-2040	3,1	13,2
VTV-studie (RIVM)	1994-2015	2,4	-

Zie ook bijlage 3.

Verder valt op dat de geraamde groei van de zorguitgaven de veronderstelde bbp-groei overstijgt, zodat de zorgquote tot het jaar 2020 met ruim 1 tot 3,5 procentpunt zou kunnen toenemen ten opzichte van 1995. Rond 2040 zou de

16 Deze omvangrijke studie omvat zeven themarapporten alsmede een samenvattend slotdocument: D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (eindred.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, De som der delen*, RIVM, Bilthoven 1997.

17 Zie: J.J. Polder et al., *Kosten van ziekten in Nederland 1994*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1997.

zorgquote dan ruim 13 procent bedragen, ongeveer de helft meer dan nu het geval is.

3.4.3 Toekomstige zorguitgaven: demografische en niet-demografische effecten

In de ramingen van de toekomstige zorguitgaven worden veelal 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, zoals hieronder zal worden uiteengezet.

Demografische effecten

Het effect van de demografische ontwikkelingen op de groei van de toekomstige zorguitgaven wordt globaal – ceteris paribus – op zo'n 1 procent per jaar geschat. Volgens de tweede VTV-studie is in de periode 1994-2015 hiervan ongeveer 0,4 procentpunt toe te schrijven aan de bevolkingsgroei en is circa 0,6 procentpunt het gevolg van de vergrijzing. Gelet op de voortschrijdende vergrijzing is het niet verbazend, dat de grootste uitgavengroei wordt verwacht bij de sectoren verzorgingshuizen en verpleeghuizen; de uitgaven voor beide zorgsectoren groeien volgens de demografische ramingen het sterkst en wel met 1,7 procent per jaar, gevolgd door gezinsverzorging die een gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei van 1,2 procent krijgt toegerekend. Verloskunde en kraamzorg vormen volgens de ramingen de enige zorgsector met krimpende uitgaven in de onderzochte periode: met 0,1 procent per jaar. Logischerwijs komt uit de demografische projecties ook naar voren dat de grootste uitgavengroei zich voordoet bij aandoeningen die vooral op hogere leeftijd voorkomen: hartziekten, hartfalen, beroerte, dementie, CARA en suikerziekte¹⁸.

Aangezien de vergrijzing na 2015 haar top bereikt, bevat de VTV-studie ook een extrapolatie voor deze periode. De demografisch bepaalde uitgaven blijven ook na 2015 min of meer gelijkmatig groeien en wel met gemiddeld 1,0 à 1,1 procent per jaar; rond het jaar 2040 vindt een afvlakking van de demografisch bepaalde groei plaats doordat de bevolking gaat krimpen, de omvangrijke baby-boomgeneratie in toenemende mate komt te overlijden en de vergrijzing afneemt.

Het CPB heeft voor de periode 1997-2049 een gedesaggregeerde raming op sectorniveau gemaakt, die qua methodiek in grote lijnen aansluit bij de demogra-

18 A. van den Berg Jeths, L.J. Stokx en D. Ruwaard, Demografische projecties van gezondheid en gezondheidszorg, op.cit., p. 16.

fische raming uit de VTV-studie (tabel 3.6). Beide ramingen leiden tot dezelfde uitkomsten. Uit de CPB-exercitie blijkt dat de periode 2025-2029 de hoogste uitgavengroei laat zien. Vooral na 2035 zet evenwel een snelle uitgavendaling in, vooral door de veronderstelde krimp van de totale bevolking. Verder valt op dat het moment waarop de sterkste uitgavengroei plaatsvindt per zorgsector verschilt. Zo zouden de hoogste groeipercentages voor ziekenhuizen en huisartsen in de periode 2015-2019 plaatsvinden, volgt de thuiszorg in de daaropvolgende vijfjaarsperiode en wordt de groeipeik van de uitgaven voor verpleeg- en verzorgingshuizen in de jaren twintig van de volgende eeuw voorzien. In samenhang hiermee stijgen op dat moment ook de AWBZ-uitgaven het snelst. De ziektekostenuitgaven ten behoeve van het tweede compartiment (ZFW en particulier) lopen vanaf 2020 geleidelijk weer terug.

De uitkomsten van het RIVM en het CPB wijken in sterke mate af van een demografische raming van de Studiegroep Begrotingsruimte (niet in tabel 3.5 opgenomen) die in een gemiddelde groei van de zorguitgaven resulteert van 1,5 procent per jaar in de periode 1995-2040. Het verschil tussen deze uitkomsten en de uitkomsten van het CPB en het RIVM is wellicht toe te schrijven aan een minder verfijnde methode die de Studiegroep heeft gebruikt om de demografische effecten te schatten¹⁹.

Niet-demografische effecten

Zoals eerder werd aangegeven, worden de niet-demografische factoren op verschillende manieren in de ramingen verwerkt. Zo wordt de groei van de zorguitgaven in de LT-verkenning van het CPB behalve door de demografie beïnvloed door het overheidsbeleid en het Baumol-effect. De op welvaartsvaste zorg gebaseerde raming van de Studiegroep Begrotingsruimte (zie tabel 3.5) wordt behalve door de demografie en de welvaartsontwikkeling bepaald door het Baumol-effect.

De berekende groei van zorguitgaven volgens de VTV-raming – gemiddeld 2,4 procent per jaar – is duidelijk geringer dan de groeivoeten uit de overige studies. De VTV-studie onderscheidt behalve het demografische effect, een Baumol-effect en een categorie ‘overige ontwikkelingen’. Het gaat hierbij om het geheel van epidemiologische en (medisch-)technologische ontwikkelingen, veranderingen in de organisatie van zorg en veranderend vraaggedrag. In de periode 1988-1994 resulteerden deze ‘overige ontwikkelingen’ in een gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van 1,1 à 1,2 procent. Dit kostenstijgingspercentage wordt in de VTV-raming voor de periode 1994-2015 constant verondersteld.

¹⁹ Zie bijlage 3.

Tabel 3.6 – Uitgavenstijging in de gezondheidszorg op basis van de demografische ontwikkeling, 1997-2049 (in constante prijzen)

UITGAVEN												
	Aandelen 1997*	1999-2004	2004-2009	2009-2014	2014-2019	2019-2024	2024-2029	2029-2034	2034-2039	2039-2044	2044-2049	1999-2049
	niveaus	gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties										
Bevolking		0.56	0.41	0.30	0.25	-0.22	0.16	0.08	-0.02	-0.09	-0.12	0.17
Ziekenhuizen	31.6	1.06	1.00	1.11	1.20	1.15	0.92	0.58	0.25	-0.02	-0.21	0.70
Psychiatrische ziekenhuizen	5.2	0.43	0.43	0.39	0.32	0.24	0.06	-0.10	-0.11	-0.11	-0.11	0.14
Specialisten	4.2	0.92	0.86	0.88	0.86	0.71	0.48	0.24	0.03	-0.16	-0.25	0.46
Extramurale voorz. gehandicapten	1.2	0.43	0.27	0.08	-0.02	-0.08	-0.09	-0.11	-0.09	-0.08	-0.06	0.03
Extramurale geestelijke zorg	2.6	0.30	0.07	-0.06	-0.03	0.16	0.36	0.36	0.24	0.11	0.00	0.15
Intramurale voorz. geh.	8.5	0.43	0.27	0.08	-0.02	-0.08	-0.09	-0.11	-0.09	-0.08	-0.06	0.03
Verpleeghuizen e.a.	10.1	1.57	1.71	1.42	1.64	2.10	2.48	2.38	1.28	0.87	0.47	1.59
Verzorgingshuizen	9.0	1.62	1.83	1.30	1.49	2.14	2.93	2.98	1.55	1.17	0.81	1.78
Huisartsen	3.6	0.90	0.78	0.73	0.80	0.72	0.58	0.39	0.15	-0.03	-0.19	0.48
Tandartsen	1.7	1.00	0.48	0.40	0.50	0.15	0.01	-0.13	-0.10	-0.20	-0.23	0.19
Fysiotherapie + ov. paramedisch	2.0	0.80	0.68	0.56	0.39	0.38	0.19	0.10	-0.01	-0.10	-0.13	0.29
Thuiszorg	6.0	0.89	0.79	1.05	1.53	1.81	1.65	1.19	0.71	0.36	-0.08	0.99
Ov. extramuraal	0.7	0.32	0.15	0.11	0.13	0.13	0.05	0.00	-0.05	-0.09	-0.10	0.07
Geneesmiddelen	9.6	1.02	1.05	1.18	0.93	0.72	0.59	0.42	0.18	-0.13	-0.20	0.57
Hulpmiddelen	2.2	1.21	1.24	1.19	1.11	1.18	0.99	0.89	0.45	0.13	-0.04	0.83
Preventieve zorg	1.8	0.62	0.28	0.09	0.01	0.13	0.17	0.10	-0.05	-0.15	-0.15	0.10
AWBZ	47.2	0.99	0.99	0.81	0.96	1.27	1.56	1.53	0.83	0.58	0.32	0.99
ZFW	33.5	1.15	0.97	0.98	0.97	0.91	0.74	0.52	0.23	-0.05	-0.22	0.62
Particulier	19.3	0.84	0.97	1.14	1.16	1.04	0.79	0.44	0.14	-0.06	-0.17	0.63
Totaal	100.0	1.02	0.98	0.93	1.00	1.11	1.14	1.00	0.51	0.27	0.06	0.80

* Aandelen 1997 hebben betrekking op het aandeel van de aanvaardbare kosten van de desbetreffende sector c.q. verzekerencategorie in het totaal van de aanvaardbare kosten.

Bron: CPB, externe notitie, nummer 99/13.

Tezamen met de demografische ontwikkeling leidt dit tot de raming dat de totale uitgaven in de zorgsector als gevolg van de volumegroei de eerstkomende twee decennia jaarlijks gemiddeld met circa 2,1 procent zullen stijgen. Het RIVM corrigeert hiervoor door een additionele groei van 0,3 procent in verband met het Baumol-effect toe te voegen, zodat uiteindelijk – in reële termen – een gemiddeld groeipercentage van 2,4 procent per jaar resulteert. In vergelijking met de LT-verkenning van het CPB en de ramingen van de Studiegroep Begrotingsruimte is het door het RIVM veronderstelde Baumol-effect echter bescheiden. In het EC-scenario van de LT-verkenning alsook in de scenario's van de Studiegroep Begrotingsruimte wordt gerekend met een Baumol-effect van 1,2 procent per jaar. Zou in de VTV-studie hetzelfde percentage worden gehanteerd, dan zouden de gemiddelde zorguitgaven niet met 2,4 maar met 3,3 procent per jaar groeien. Dit resultaat is vergelijkbaar met de uitkomsten van de andere besproken studies.

Conclusies

Op basis van de voorgaande analyse kan het volgende worden geconcludeerd:

- De zorguitgaven zullen volgens de ramingen de eerstkomende decennia gemiddeld met zo'n 3 à 4 procent per jaar toenemen.
- De zorgquote loopt volgens de ramingen met enkele procentpunten op tot ruim 13 procent in 2040, bijna 50 procent meer dan thans.
- De demografische ontwikkelingen (vooral de vergrijzing) dragen ongeveer 1 procentpunt bij aan de jaarlijkse groei van de zorguitgaven. De gezamenlijke invloed van de overige factoren is dus in alle studies duidelijk sterker. De mate waarin deze restfactoren op de zorguitgaven inwerken, is moeilijk te bepalen. Zo wordt de omvang van het Baumol-effect verschillend ingeschat (zie verder paragraaf 3.5.5).

3.5 Onzekerheden bij zorgramingen

Uit de literatuur komt expliciet naar voren dat de invloed van cruciale determinanten op het zorggebruik moeilijk is te kwantificeren. Deze paragraaf gaat op deze onzekerheden in. Achtereenvolgens betreft het de demografische ontwikkelingen (paragraaf 3.5.1), de (medische) technologie (paragraaf 3.5.2), de epidemiologie (paragraaf 3.5.3), de zorgvraag (paragraaf 3.5.4) alsmede de ontwikkelingen in de arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg in relatie met de lonen en prijzen in deze sector (Baumol-effect, paragraaf 3.5.5).

3.5.1 Onzekerheden met betrekking tot de demografische ontwikkelingen

Het behoeft geen betoog dat langetermijnramingen met een grote mate van onzekerheid zijn behept. In de bevolkingsprognoses van het CBS worden de marges van de onzekerheid enigszins teruggebracht door naast een middenvariant ook een lage en een hoge variant door te rekenen. In de lage variant wordt uitgegaan van een (relatief) laag vruchtbaarheidscijfer, een lage levensverwachting en een laag migratiesaldo. Omgekeerd gelden bij de hoge variant een hoog vruchtbaarheidscijfer, een hoge levensverwachting en een hoog migratiesaldo. De gevolgen hiervan voor enkele demografische kengetallen zijn in tabel 3.7 in beeld gebracht. De verschillen tussen de variantuitkomsten blijken beperkt.

Tabel 3.7 – Enkele demografische kengetallen in drie prognosevarianten: laag (l), midden (m) en hoog (h), 1996-2050, (in procenten)

	1996			2010			2030			2050		
		l	m	h	l	m	h	l	m	h		
aandeel 65+	13	15	15	14	23	23	22	26	24	22		
aandeel 80+	3,1	3,6	3,8	3,9	5,7	5,8	6,0	8,8	8,5	8,3		
grijze druk	21	24	24	24	41	40	39	47	43	41		

Bron: CBS, Bevolkingsprognose 1996-2050, in: *Statistisch bulletin*, 20 december 1996, pp. 5-8.

Doorrekening van de lage variant van de CBS-bevolkingsprognose van 1996 leidt in de tweede VTV-studie tot de conclusie dat de demografisch bepaalde groei van de zorguitgaven zowel in de periode 1994-2015 als in de periode 2015-2035 gemiddeld 0,6 procent per jaar zou bedragen; dit is bijna een halvering ten opzichte van de raming op grond van de middenvariant, die groeipercentages van 1 (1994-2015) en 1,1 (2015-2035) liet zien. In de hoge variant van de CBS-bevolkingsprognose ligt het groeipad van de zorguitgaven iets hoger dan bij de middenvariant: in 1994-2015 zou de jaarlijkse groei 1,2 procent bedragen en in de periode 2015-2035 zelfs zijn opgelopen tot 1,5 procent.

De WRR laat in zijn rapport *Ouderen voor ouderen* zien, dat de onzekerheden omtrent de toekomstige leeftijdsopbouw in feite groter zijn dan uit de drie CBS-varianten blijkt²⁰. Door uit te gaan van een hoog vruchtbaarheidscijfer, een hoog migratiesaldo en een relatief minder gunstige levensverwachting

20 WRR, *Ouderen voor ouderen*, Rapporten aan de Regering nr. 43, Den Haag 1993, inz. par. 3.3.

ontstaat een jongere bevolking dan uit de CBS-prognoses naar voren komt. Omgekeerd ontstaat een oudere bevolking als wordt uitgegaan van een laag vruchtbaarheidscijfer, een laag migratiesaldo en een hoge levensverwachting. Uitgaande van deze veronderstellingen wordt de bandbreedte tussen de variantuitkomsten groter dan in de CBS-prognosevarianten het geval is. In de 'jonge' WRR-variant zou het percentage 65-plussers in het jaar 2050 bijna twee procentpunten lager liggen dan in de CBS-variant met de minst vergrijzde bevolking (hoge variant). Omgekeerd ligt het percentage 65-plussers in de 'oude' WRR-variant in 2050 nog zo'n twee procentpunten hoger dan de CBS-variant, die door een relatief sterke vergrijzing wordt getypeerd (lage variant). Een en ander neemt niet weg ook bij de jonge en oude WRR-variant het proces van vergrijzing onverminderd zal doorzetten.

3.5.2 Onzekerheden met betrekking tot (medisch-)technologische ontwikkelingen

Deze paragraaf richt zich primair op de cure-sector en gaat eerst in op de invloed van de medisch-technologische vooruitgang op de uitgaven voor de gezondheidszorg. Vervolgens komt aan de orde of de toepassing van nieuwe technologieën (in het bijzonder informatie- en communicatietechnologieën) tot doelmatigheidswinsten zou kunnen leiden. Ter onderscheiding van de medische technologie wordt in het laatste geval van 'enabling technologies' gesproken.

Medische technologie

De Europese Unie en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)²¹ spreken de verwachting uit dat in het bijzonder technologische ontwikkelingen in combinatie met de vergrijzing een voortgaande opwaartse druk op de gezondheidsuitgaven zullen uitoefenen. Nieuwe behandel mogelijkheden met een (waarschijnlijk) medisch nut kunnen moeilijk aan patiënten worden onthouden – zeker niet naarmate deze mondiger worden – hetgeen een uitgavenopdrijvende werking heeft.

Toepassing van nieuwe medische technologieën hoeft zeker niet altijd tot uitgavenstijgingen te leiden. Zo zijn er geneesmiddelen geïntroduceerd die dure operaties en langdurige institutionele verpleging overbodig maken, waardoor de zorguitgaven per saldo kunnen worden teruggedrongen.

Desalniettemin noemt de WRR een viertal ontwikkelingen die tot de conclusie leiden dat nieuwe medische technologieën in de toekomst per saldo toch uitga-

21 Zie bijvoorbeeld: European Parliament, *Health care systems in the EU: A comparative study*, Luxemburg 1998; OECD, *Health care reform. The will to change*. Health Policy Studies, Parijs 1996.

venverhogend zullen uitwerken²². Uiteraard kan daar vaak dan wel gezondheidswinst tegenover staan.

1. *Ruimere indicatiestelling*. Een belangrijke kostenverhogende werking wordt veroorzaakt door nieuwe technologieën die ingrepen minder belastend maken (verruiming van de indicatiestelling). De uitgavendaling per eenheid van verrichting gaat dan gepaard met een sterke stijging van het aantal verrichtingen. Vooral oudere patiënten kunnen hierdoor nu behandelingen ondergaan (bijvoorbeeld voor een open-hartoperatie), waarvoor zij eerder niet in aanmerking kwamen. De WRR spreekt de verwachting uit dat deze ontwikkeling in combinatie met de vergrijzing van de bevolking tot flinke uitgavenstijgingen zal leiden.
2. *'Half way technologies'*. Uitgavenverhoging is ook het gevolg van nieuwe medische technieken die wel de levensduur verlengen, maar niet tot genezing leiden ('half way technologies').
3. *Discrepantie diagnose – genezende behandeling*. Uitgavenverhoging treedt op in de (actuele) situatie dat in toenemende mate zeer vroege ziektestadia worden getraceerd (zie kader) zonder dat daar volledige genezing tegenover staat.
4. *Resistente ziekteverwekkers en nieuwe epidemieën*. Een deel van de technologische innovaties zal gericht moeten zijn op het aanpakken van de terugkeer van moeilijk te bestrijden infectieziektes en nieuwe epidemieën. De uitgaven die hiermee gepaard gaan, zijn vaak veel hoger dan de kosten van de behandeling van een normale infectie.

Van groot belang hierbij is wel dat bij de introductie van nieuwe technologie tot voor kort vooral op de medische kant werd gelet; dit geldt zowel voor de innovatoren als voor de toepassers van de nieuwe technologie²³. De inzet van geavanceerde technologie was sterk omzet- en statusvergroterend en werd soms afgedwongen door (mondiger wordende) patiënten. De terugkoppeling tussen kosten en baten was slechts indirect.

'Enabling technology'

Nu uitgavenbeheersing alom – in Nederland én internationaal – een centraal beleidsoogmerk is geworden, mag worden verwacht dat er wereldwijd een druk ontstaat op innovatoren om de technologische ontwikkeling meer in uitgavenbesparende richting om te buigen²⁴. Daartoe bestaan zeker nog vele onbenutte mogelijkheden.

22 WRR, *Volksgezondheidszorg*, op.cit.

23 WRR, *Volksgezondheidszorg*, op.cit., p. 72.

24 Ibid.

Prognostische medische technologie

Een belangrijke ontwikkeling doet zich voor op het terrein van de prognostische medische technologie. De kennis van het geheel van erfelijk materiaal van de mens (het menselijk genoom) neemt onder invloed van geavanceerde informatie-technologische toepassingen zeer snel toe. Door deze kennisvergroting zullen genetisch bepaalde risico's van latere ziekte steeds beter kunnen worden vastgesteld. Dit vergroot de mogelijkheid van vermijding van ziekte – door aanpassing van de leefwijze dan wel door therapeutische maatregelen. Anderzijds bestaat het gevaar van risicodifferentiatie: verzekeringsmaatschappijen kunnen hun premies in beginsel nauwkeuriger koppelen aan vastgestelde risico's die samenhan-

gen met bepaalde genetische kenmerken. Daarbij is van belang dat in de huidige situatie traditionele schadeverzekeraars de mogelijke gevolgen van een eerder doorgemaakte ziekte veelal uitsluiten dan wel slechts tegen een aanmerkelijk hogere premie verzekeren. Het gevaar van risicoselectie moet echter niet worden overschat: ziekten die worden veroorzaakt door mutaties van een enkel gen zijn vrij zeldzaam en veel ziekten worden behalve door genetische factoren ook door andere factoren (levensstijl, stoffen in het milieu) veroorzaakt.

Bron: A. van den Berg Jeths (eindred.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 VII: Gezondheid en zorg in de toekomst*, op.cit., inz. p. 54.

Doelmatigheidswinst kan vooral worden geboekt bij de toepassing van technologie in het zorgsysteem als geheel. Zo'n integrale toepassing waarbij de verschillende onderdelen van de zorg met elkaar in samenhang worden gebracht, ontbreekt thans veelal. Juist met het oog op de uitgavenbeheersing en de kwaliteitsbewaking is procesoptimalisatie noodzakelijk. Hierbij is een ruime toepassing van informatie- en communicatietechnologie (ICT) niet alleen onontkoombaar, zij biedt ook vele mogelijkheden (zie kader)²⁵. Aldus kunnen de efficiëntie en de toetsbaarheid van het systeem worden verbeterd, kan informatie over richtlijnen en standaarden in de medische zorg toegankelijker worden gemaakt en kan een koppeling tussen enerzijds administratieve en financiële administratiesystemen en anderzijds registraties van de inhoud van zorg tot stand worden gebracht. ICT, zo waarschuwt de WRR, is zeker geen fundamentele probleemoplosser, maar veeleer een *'enabling technology'*, die een aantal processen beter kan laten verlopen, mits goed toegepast. Een vereiste is tevens dat de toegangs- en privacyproblematiek goed wordt geregeld.

25 Kingma bepleit in dit kader toepassing van ICT voor organisatie-innovatie: "Zonder een goede visie op de rol van ICT in de zorg blijft het tabben met het moderniseringsproces van deze sector." Zie: J. Kingma, Het elektronische poldermodel in de zorg, in: *Medisch Contact*, 16 oktober 1998, pp. 1337-1339.

Conclusie

Per saldo komt de WRR tot de slotsom dat op basis van de huidige informatie moet worden geconcludeerd dat voorlopig de medisch-technologische ontwikkeling uitgavenverhogend zal blijven werken in de cure-sector. Het is voornog zeer de vraag of de potenties van 'enabling technologies' daadwerkelijk in doelmatigheidswinst zullen worden omgezet.

Medische Technology Assessment in de gezondheidszorg

De toepassing van ICT in de gezondheidszorg kan het inzicht in de kosten en baten van behandelingsmethoden en ondersteunende activiteiten vergroten. Dit inzicht kan worden verschaft door *medical technology assessment* (MTA) dat zich richt op wetenschappelijke evaluatie van verrichtingen, procedures en technieken en door *evidence-based medicine* (EBM), dat de verkregen kennis vertaalt naar de geneeskundige praktijk.

MTA moet bijdragen aan een rationele onderbouwing van het handelen in de gezondheidszorg. Aldus moet het mogelijk zijn om – in de lijn met de voorstellen van de Commissie-Dunning – een schifting aan te brengen tussen effectieve en niet-effectieve technologieën alsook

tussen doelmatige en ondoelmatige technologieën.

Op *overheidsniveau* gaat het dan bijvoorbeeld om het toelaten of handhaven van een technologie op de markt of om het opnemen of verwijderen van een technologie in het wettelijke verstrekkingenpakket; op *instellingenniveau* betreft het de vraag of een technologie al dan niet onderdeel moet zijn van het zorgaanbod van de instelling; op het niveau van de *beroepsgroep* gaat het om het wel of niet toepassen van een technologie bij een bepaalde indicatie.

Het terrein van MTA is volop in beweging. Het overheidsbeleid terzake is in 1997 verwoord in de *Voortgangsrapportage Medische Technology Assessment en doelmatigheid in de zorg*.

Bron: WRR, *Volksgesondheidszorg*, op.cit.

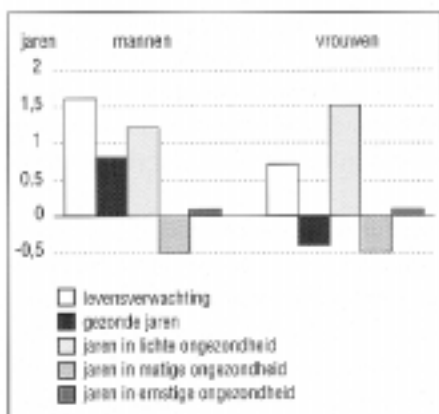
3.5.3 Onzekerheden met betrekking tot de epidemiologie

Eerder werd aangegeven dat in de uitgavenramingen geen rekening wordt gehouden met mogelijke toekomstige epidemiologische veranderingen. Een goed inzicht hierin zou buitengewoon veel gegevens vereisen en bovendien tot een zeer complexe uitgavenramingen leiden. Dit neemt niet weg dat het toekomstige zorggebruik en de daarmee samenhangende kosten in grote mate zullen worden beïnvloed door de ontwikkelingen op het terrein van de epidemiologie. Aangezien de gehanteerde bevolkingsprognose van het CBS uitgaat van een gestaag stijgende levensverwachting (zie paragraaf 3.2.2) en de meeste winst in de levensverwachting door een sterftedaling op hogere leeftijd zal plaatsvinden, is het vanuit het oogpunt van uitgavenbeheersing vooral relevant hoe die hogere levensverwachting zich vertaalt in termen van gezonde en

ongezonde levensverwachting. In de VTV wordt aangegeven dat het om diverse redenen – waarop hier niet nader zal worden ingegaan²⁶ – niet mogelijk is hierover eenduidige uitspraken te doen.

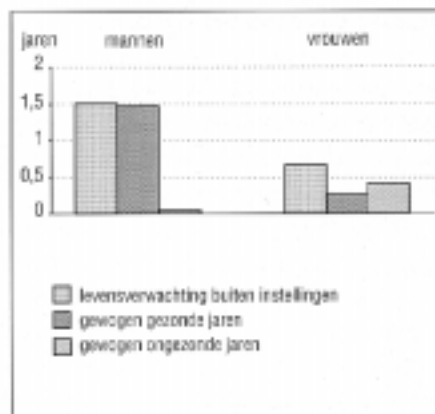
Als mogelijke benadering wordt aangegeven dat de recente ontwikkelingen op dit gebied ook in de toekomst worden gecontinueerd. Daarbij wordt verwezen naar de periode 1983-1994, toen de levensverwachting bij de geboorte voor mannen met 1,6 jaar en bij vrouwen met 0,7 jaar toenam (zie figuur 3.2). Bij mannen bleek ongeveer de helft van de levensduurverlenging zich te hebben vertaald in een (langere) goede gezondheid, bij vrouwen leidde de hogere levensverwachting daarentegen tot een gemengd beeld. Bij zowel mannen als vrouwen deed zich een toename van ‘lichte ongezondheid’ voor, terwijl de periode van ‘matige gezondheid’ bij beide geslachten met een half jaar afnam en de levensverwachting in ‘ernstige ongezondheid’ met een fractie steeg.

Figuur 3.2 – Veranderingen in de gezonde levensverwachting bij geboorte, 1983-1994



Figuur 2.6: Veranderingen in de gezonde levensverwachting bij geboorte, 1983-1994 (Bronnen: CBS-Gezondheidsenquête en CBS-Sterfietafels; gegevens bewerkt door TNO-PG)^a.

a) de aangegeven veranderingen zijn gebaseerd op de regressielijnen door alle berekende waarden.



Figuur 2.7: Veranderingen in de levensverwachting in ‘gewogen’ ervaren gezondheid bij geboorte, 1983-1994 (Bronnen: CBS-Gezondheidsenquête en CBS-Sterfietafels; gegevens bewerkt door TNO-PG)^a.

a) anders dan in figuur 2.6 konden hier de jaren in instellingen niet meeberekend worden.

Bron: D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (eindred.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*, op.cit., p. 45.

²⁶ Zie hiervoor: D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (eindred.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*, op.cit., inz. pp. 144 en 145.

Op grond van deze ervaring kan dus niet zonder meer worden gesteld dat de verwachte hogere levensverwachting ertoe zal leiden dat de gezondheidsuitgaven per persoon naar een hogere leeftijd doorschuiven en de kosten van het langere overleven volledig kunnen worden opgevangen door een groter aantal jaren dat premie wordt betaald. In sommige ramingsvarianten wordt hiermee wel expliciet rekening gehouden²⁷.

Dat er positieve ontwikkelingen mogen worden verwacht, komt naar voren uit ramingen van het SCP over het aantal ouderen met fysieke beperkingen, vooral van belang voor het gebruik van care-voorzieningen (ouderenzorg). Op grond van de ramingsuitkomsten – met als determinanten leeftijd, geslacht, huishoudensniveau en opleidingsniveau – wordt geconcludeerd dat het aandeel van 65-plussers met matige of ernstige fysieke beperkingen zal dalen van 36 procent in 1996 tot 33 procent in 2015²⁸. Dit impliceert een relatief sterke groei van het aantal ouderen dat geen of lichte fysieke beperkingen heeft (zie tabel 3.8). Vooral de stijging van het opleidingsniveau van de toekomstige generaties ouderen speelt hierbij een belangrijke rol. Door het groeiende aantal 65-plussers zal het aantal ouderen met matige of ernstige fysieke beperkingen in absolute zin toch nog flink groeien, van 735.000 in 1996 tot 945.000 in 2015.

Tabel 3.8 – 65-Plussers naar de mate van fysieke beperkingen, 1996-2015 (index en jaarlijks groeipercentage)

Mate van beperking	1996	2005	2015	groei-%
Geen beperkingen	100	114	153	2,3
Lichte beperkingen	100	112	140	1,8
Matige beperkingen	100	113	135	1,6
Ernstige beperkingen	100	111	122	1,1
Totaal	100	113	141	1,8

Bron: J.M. Timmermans et al., *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*, op.cit., p.142.

3.5.4 Onzekerheden met betrekking tot de zorgvraag

In paragraaf 2.3 van dit rapport werd een schets gegeven van de kenmerken van de ouderenpopulatie en de ontwikkelingen die zich daarin aftekenen. De

²⁷ Het CPB heeft deze mogelijkheid opgenomen in een variant van de generatierekeningen (zie ook par. 3.3.2).

²⁸ Zie: J.M. Timmermans et al., *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*, Rijswijk 1997, pp. 141-144.

conclusie is dat er een grote mate van verscheidenheid binnen deze populatie is en dat deze waarschijnlijk nog zal toenemen. Met name het gemiddeld hogere opleidingsniveau en de daarmee samenhangende aspecten (betere financiële positie, gemiddeld betere gezondheid, andere levensstijl) zullen naar verwachting leiden tot een pluriformere zorgvraag. Steeds meer zal sprake moeten zijn van zorg op maat, een tendens die nu overigens ook al zichtbaar is.

De grootste onzekerheden over de aard van de toekomstige zorgvraag lijken zich minder in de cure- dan in de care-sector voor te doen.

In de *cure-sector* wordt de zorgvraag in belangrijke mate door de medische beroepsbeoefenaren bepaald; de keuzevrijheid voor de patiënt/cliënt is daardoor veelal beperkt.

In de *care-sector* is die keuzevrijheid van de zorgvrager meestal veel groter. Zo nemen bij een groeiende welvaart van ouderen de eisen die aan de woonomgeving worden gesteld toe, vooral waar het gaat om geïnstitutionaliseerde zorg. Verpleeghuizen spelen daar in toenemende mate op in door meer eenpersoonskamers aan te bieden. Evenzo is duidelijk dat bewoners van verzorgingshuizen in veel gevallen over meer dan één kamer willen beschikken. De exploitatiekosten van deze voorzieningen zullen hierdoor stijgen.

Daarentegen kunnen zich in het hele zorgpakket ook verschuivingen voordoen die collectief gefinancierde voorzieningen ten dele ontlasten, zoals bijvoorbeeld blijkt uit ramingen van het SCP²⁹. Hieruit komt onder meer een tendens naar voren waarbij de particuliere huishoudelijke hulp voor een deel de plaats in gaat nemen van gezinsverzorging (en informele zorg).

Wellicht nog belangrijker is het proces dat zich de afgelopen jaren op het gebied van de verzorgingshuizen heeft voorgedaan. Een steeds kleiner deel van de ouderen vindt het aantrekkelijk om in een ('klassiek') verzorgingshuis te wonen (zie paragraaf 2.4). In de hiervoor genoemde demografische ramingen wordt hiermee geen rekening gehouden. In deze ramingen wordt het zorggebruik in het peiljaar per onderscheiden categorie immers als uitgangspunt genomen (statische benadering), waardoor trendmatige ontwikkelingen niet worden onderkend.

Dat dit niet erg realistisch is, komt naar voren uit ramingen van het SCP, waarin het toekomstige aantal bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen wordt berekend op basis van een vijftal determinanten: mate van fysieke beperkingen, leeftijd, geslacht, huishoudentype en opleidingsniveau (zie tabel 3.9). De groei van het aantal bewoners van verzorgingshuizen blijft op basis van deze raming duidelijk achter bij de groei van het aantal 75-plussers, de belangrijkste

29 J.M. Timmermans et al., *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*, SCP, Rijswijk 1997.

Tabel 3.9 – Raming van het gebruik van tehuizen door 75-plussers, 1996-2015 (index en jaarlijks groeipercentage)

Type tehuis	1996	2005	2015	groeï-%
Verzorgingshuis	100	114	124	1,1
Verpleeghuis	100	117	130	1,4

Bron: J.M. Timmermans et al., *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*, op.cit., p. 145.

doelgroep. Procentueel gezien is de terugloop echter vrij beperkt: van 12,7 procent in 1996 naar 11,6 procent in 2015. In absolute zin blijft wel sprake van een toename van 109.000 75-plussers (1996) naar 134.000 (2015).

Door de wisselwerking tussen de zorgvraag en het zorgaanbod zal ook het karakter van het zorgaanbod veranderen. Dit kan tevens de organisatorische inbedding, de financieringsstructuren en de kosteneffectiviteit beïnvloeden. Zo is de laatste jaren – op kleine schaal – sprake van zorgvernieuwing, in die zin dat bestaande zorg op een andere manier wordt vormgegeven met als doel een verhoging van de kwaliteit en/of doelmatigheid. De vernieuwing leidt tot een verschuiving van een institutionele naar een functionele oriëntatie, oftewel van aanbod naar vraag. Dit resulteert vooral in een verschuiving van de ziekenhuizen en verpleeghuizen naar de thuiszorg. Mocht dit proces zich op grotere schaal gaan voltrekken, dan heeft dat zeker ook gevolgen voor de bestaande structuren in de gezondheidszorg, voor het type en de aard van de zorgvoorzieningen en voor de zorguitgaven.

3.5.5 Onzekerheden met betrekking tot de productiviteits- en prijsontwikkeling (Baumol-effect)

Een belangrijke factor voor de uitkomst van de langetermijnramingen vormt het zogenoemde *Baumol-effect*. Hiermee wordt bedoeld op het verschijnsel dat door de aard van het werk in de gezondheidszorg de productiviteitsverbetering in deze sector achterblijft bij de macroproductiviteitsgroei. Ervan uitgaande dat de lonen in de gezondheidszorg min of meer de algemene loonstijging volgen – en daarmee het hogere groeipad van de macroarbeidsproductiviteit – impliceert een achterblijvende productiviteitsontwikkeling dat de uitgaven van de gezondheidszorg – ceteris paribus – een toenemend beslag op het nationale inkomen zullen leggen. Dit inzicht, dat Baumol en Bowen in een artikel in

1966 uiteenzetten³⁰, werd onlangs op grond van recentere, internationaal vergelijkende waarnemingen nogmaals door Baumol bevestigd³¹.

Productiviteitsontwikkeling

Met inachtneming van de methodologische onvolkomenheden (zie kader) lijkt de productiviteitsontwikkeling in de gezondheidszorg in Nederland de afgelopen jaren per saldo vrij beperkt te zijn geweest³². Ook kan worden geconstateerd dat er sectorale verschillen zijn: in de curatief somatische zorg (ziekenhuizen, specialisten) ligt de groei van de arbeidsproductiviteit hoger dan in verpleeg- en verzorgingshuizen. Ziekenhuizen blijken met technologische ontwikkelingen beter in staat te zijn productiviteitswinsten te realiseren dan verpleeghuizen.

Productiviteitsmeting in de gezondheidszorg

In *Gezondheidszorg in tel* (GiT) wordt systematisch aandacht besteed aan de productiviteitsontwikkeling door deze voor een aantal deelsectoren te berekenen. In de jaarlijkse rapportages wordt uitdrukkelijk gewezen op meetproblemen. Vooral ontwikkelingen als zorgvernieuwing, zorg op maat en ontschotting tussen sectoren alsmede veranderingen in kwaliteit maken het moeilijk de kwantitatieve uitkomsten goed te interprete-

ren. Er is met andere woorden geen eenduidige productomschrijving, waardoor een uniforme meeteenheid ontbreekt. Noodgedwongen wordt de kwaliteit bijvoorbeeld constant verondersteld. Waargenomen productiviteitswinsten kunnen derhalve zowel het gevolg zijn van toenemende efficiëntie (bijvoorbeeld snellere verzorging) als van kwaliteitsverlies (minder (goede) verzorging).

Bron: NZF, *Gezondheidszorg in tel* 6, Utrecht 1998.

Dit beeld spoort met bevindingen van het SCP met betrekking tot de doelmatigheid in ziekenhuizen³³. Door betere behandelmethoden is de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen (het aantal verpleegdagen per opname) bijvoorbeeld flink afgenomen, waardoor er minder beslag op de bedden behoefde te worden gelegd en het beddenaantal sinds 1980 – ondanks de vergrijzing – kon dalen. De medisch-technologische vooruitgang maakte het ook mogelijk klinische zorg te vervangen door poliklinische zorg (dagbehandeling), een verschijnsel

30 W.J. Baumol en W.G. Bowen, *Performing Arts: The Economic Dilemma*, New York 1966.

31 W.J. Baumol, Social Wants and Dismal Science: The curious Case of the Climbing Costs of Health and Teaching, in: *Proceedings of the American Philosophical Society*, 1993, pp. 612-637.

32 *Gezondheidszorg in tel* 6, op.cit., p. 30.

33 Zie: J.L.T. Blank, E. Eggink en A.H.Q.M. Merckies, *Tussen bed en budget*, SCP, Sociale en Culturele Studies 26, Den Haag 1998.

dat in 1980 nog nauwelijks voorkwam en thans een kwart van alle opnamen betreft.

De mogelijkheden voor verdere doelmatigheidswinsten in de ziekenhuissector (de grootste uitgavenpost op de VWS-begroting) lijken volgens de SCP-onderzoekers de eerstkomende jaren echter relatief beperkt.

Ontwikkeling van de lonen en prijzen

In paragraaf 3.4.3 werd aangegeven dat in de ramingen verschillende inschattingen worden gemaakt van de omvang van het toekomstige Baumol-effect. De loon- en prijsontwikkeling in de zorgsector van het afgelopen decennium laat een vrij grillig verloop zien.

In de periode 1988-1994 was het inflatiecijfer (het prijsindexcijfer voor de gezinsconsumptie) gemiddeld 2,6 procent per jaar, terwijl voor deze periode de totale loon- en prijsontwikkeling in de gezondheidszorg gemiddeld 2,9 procent beliep³⁴. In de periode 1994-1998 kwam de loon- en prijsontwikkeling in de zorgsector per saldo 1,2 procent per jaar hoger uit dan het prijsindexcijfer voor de consumptie; in de huidige kabinetsperiode, ten slotte, wordt er mee gerekend dat dit verschil iets kleiner zal zijn: 0,8 procent per jaar³⁵.

Voor de toekomstige omvang van het Baumol-effect is zowel het personeelsbeleid van overheid en zorginstellingen als de organisatorische vormgeving van de zorgverlening van belang.

Het *personeelsbeleid* moet erop zijn gericht de specifieke knelpunten in deze sector op te lossen. Het slechte imago van de zorgsector als werkomgeving (fysiek en psychisch zwaar werk, hoge werkdruk, onregelmatige werktijden) verklaart mede de personeeltekorten in deze sector³⁶. In de komende jaren is het verre van denkbeeldig dat de naar verwachting krappere arbeidsmarkt tot relatief forse looneisen zal leiden met hogere zorguitgaven als gevolg. De komende jaren wordt de zorgsector bovendien getroffen door een snelle vergrijzing van het personeelsbestand; deze vergrijzing voltrekt zich in de zorgsector veel sneller dan op de totale arbeidsmarkt³⁷. Op de krappere arbeidsmarkt wordt de noodzaak om in de zorgsector marktconforme salarissen uit te betalen mede daardoor naar verwachting steeds groter. Toegespitst op de toekomstige personeelsvoorziening in de zorgsector liggen de aangrijpingspunten voor het te voeren arbeidsmarktbeleid volgens de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en de Raad voor de Volksgezondheid en

34 J.J. Polder et al., *Kosten van ziekten in Nederland 1994*, op.cit., pp. 82-85.

35 *GiT 6*, op.cit., pp. 8 en 9.

36 Zie RMO/RVZ-advies *Zorgarbeid in de toekomst*, Den Haag/Zoetermeer 1999, inz. p. 24.

37 Zie: Nederlandse Zorgfederatie, *Gezondheidszorg in tel 5*, Utrecht 1997, inz. hoofdstuk 7.

Zorg bij een flexibilisering van de arbeidsmarkt in de zorgsector en bij een vergroting van het aanbod van formele zorgarbeid door werken in deze sector aantrekkelijker te maken (zie kader).

Aanbevelingen van de RMO en de RVZ over de toekomstige zorgarbeid

De RMO/RVZ-advisering over de toekomstige zorgarbeid richt zich onder meer op een grotere flexibiliteit op de arbeidsmarkt in de zorgsector en op een vergroting van het aanbod van formele zorgarbeid.

Grotere arbeidsmarktflexibiliteit

De *overheid* kan hierbij een rol spelen door systematisch onderzoek te laten verrichten in de vorm van arbeidsmarkt-effectrapportages waardoor beter op mogelijke arbeidsmarktverstoringen kan worden geanticipeerd. Tevens moet de overheid erop toezien dat belemmeringen met betrekking tot de opleidingscapaciteit zoveel mogelijk worden weggenomen.

De *zorginstellingen* moeten daarnaast zelf het strategisch personeelsbeleid versterken. Daartoe dienen zich verschillende mogelijkheden aan: 'human resources management', betere regionale

samenwerking tussen de instellingen, verbetering van het arbobeleid (inclusief het arbeidsreïntegratiebeleid) en een functiewaarderingsstelsel dat een innovatieve functiestructuur mogelijk maakt.

Vergroting van het arbeidsaanbod

Het arbeidsaanbod in de zorgsector moet worden vergroot door het werken in deze sector aantrekkelijker te maken. Behalve de genoemde maatregelen ter vergroting van de flexibiliteit moeten aanvullende maatregelen worden getroffen: de creatie van zwaardere, hoger ingeschaalde functies voor verplegenden, een uitbreiding van functies in de verpleging en verzorging (onder meer in de richting van techniek en informatietechnologie) en de ontwikkeling van een systeem van functiewaardering, waarin meer gewicht wordt toegekend aan verplegende en verzorgende activiteiten.

Bron: RMO/RVZ, *Zorgarbeid in de toekomst*, op.cit., inz. pp. 58-64.

Organisatorische vormgeving

De omvang van het Baumol-effect zou in beginsel kunnen worden teruggedrongen door een hogere arbeidsproductiviteit, waardoor de arbeidskosten kunnen dalen. Van belang is hierbij dat de productiviteitsontwikkeling in de cure- en care-sector verschilt. In de cure-sector leiden vernieuwingen op het terrein van de behandelmethoden, van de medische technologie en van de geneesmiddelen tot productiviteitswinst. In de care-sector zijn de mogelijkheden hiertoe in het algemeen beperkter, mede omdat de gepercipieerde kwaliteit in hoge mate direct samenhangt met de ingezette arbeidstijd.

Voor beide sectoren geldt dat doelmatigheidswinsten behaald kunnen worden door stroomlijning van de organisatie. Andere werkvormen en de toepassing van ICT-mogelijkheden zouden hierbij aanknopingspunten kunnen bieden.

Conclusie

Een inschatting van de toekomstige omvang van het Baumol-effect is moeilijk te maken. Het slechte imago van de zorgsector als werkomgeving en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt – krapper wordend arbeidsaanbod en vergrijzing van het personeel in de zorgsector – samennemend, lijkt het waarschijnlijk dat de lonen en prijzen in de zorgsector flink onder druk zullen komen te staan. Tegelijkertijd gaat productiviteitswinst in de cure-sector meestal gepaard met hogere eisen aan omvang of kwaliteit van het zorgproduct en is productiviteitswinst in de care-sector aanzienlijk moeilijker te realiseren. Mogelijk kan een groter gebruik van ICT-mogelijkheden, onder meer voor stroomlijning van de organisatie, zich doorvertalen in lagere zorguitgaven.

3.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is nader op de langetermijnontwikkelingen in de gezondheidszorg ingegaan. In het bijzonder stonden ramingen van de toekomstige zorguitgaven en de hiermee gepaardgaande onzekerheden centraal. Begonnen is met een beschrijving van enkele toekomstige demografische ontwikkelingen, in het bijzonder de vergrijzing. Alvorens de uitkomsten van ramingen inzake de toekomstige zorguitgaven nader te presenteren en te bespreken, is eerst het macro-economische beeld geschetst. Dit is gebeurd op basis van de meest recente langetermijnverkenning van het CPB, die met behulp van drie scenario's inzicht geeft in de economische ontwikkelingen in de periode 1995-2020 en – als onderdeel hiervan – in de collectieve-uitgavenontwikkeling (waaronder de zorguitgaven) onder invloed van onder meer de vergrijzing.

Bevolkingsprognoses

- De fase van ontgroening is grotendeels achter de rug, de vergrijzing gaat de komende jaren gestaag verder en komt vanaf 2010 in een nieuwe fase als de naoorlogse geboortegeneraties de 65-jaargrens passeren. De vergrijzingspiek wordt rond 2040 bereikt; ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking is dan 65-plusser. Rond dat moment zal ook de grijze druk een maximumwaarde bereiken. Afhankelijk van de mate waarin de levensverwachting nog zal stijgen, zal Nederland in het midden van de volgende eeuw tussen de 1,1 en 1,8 miljoen 80-plussers tellen (1998: 0,5 miljoen).
- Aangezien de levensverwachting van mannen naar verwachting sterker zal stijgen dan die van vrouwen, zou ook de kans kunnen toenemen dat mensen op hogere leeftijd nog een partner hebben, zo komt uit ramingen naar

voren. Dit effect zou dan sterker zijn dan ontwikkelingen op het terrein van (echt)scheiding en relatiebreuken die een tegengestelde uitwerking hebben.

Totale collectieve uitgaven in het licht van de toekomstige vergrijzing

- In twee scenario's uit de CPB-langetermijnverkenning (zie hierboven), blijkt het ondanks de vergrijzing mogelijk om de collectieve uitgaven substantieel te laten dalen. In deze scenario's wordt een toename van de zorguitgaven meer dan gecompenseerd door een (verondersteld) krimpend aandeel van de uitgaven voor het openbaar bestuur en voor de sociale zekerheid. Voorts nemen de rentelasten af. In beide scenario's is sprake van een behoorlijke tot hoge jaarlijkse economische groei – European Coordination (EC): 2¾ procent en Global Competition (GC): 3¼ procent – terwijl daarnaast het overheidsbeleid op een aantal onderdelen ingrijpend wordt gewijzigd. In beide scenario's stijgt het zorgaandeel in de collectieve uitgaven in de periode 1995-2020 en wel van 8,7 procent van het bbp tot 11,4 procent (EC-scenario) en 9,9 procent (GC-scenario).
- Is de economische ontwikkeling structureel minder bevredigend en blijven (fundamentele) beleidsaanpassingen uit – Divided Europe (DE), jaarlijkse economische groei 1,5 procent – dan resulteren de stijgende zorguitgaven daarentegen in verder oplopende collectieve uitgaven. Het zorgaandeel loopt dan op tot 12,2 procent bbp in 2020.

Langetermijnramingen van de zorguitgaven

- Door de verschillen in ramingstechnieken, de gehanteerde variabelen en de bestudeerde periodes leiden de uitkomsten van de langetermijnramingen tot een diffuus beeld. Bovendien zijn diverse relevante determinanten moeilijk te kwantificeren (zie kader).
- Het lijkt plausibel te veronderstellen dat de invloed van de demografie tot een structurele verhoging van de zorguitgaven zal leiden. Deze demografisch bepaalde uitgavengroei zal gemiddeld circa 1 procent per jaar bedragen; rond 2030 zal het groeipercentage waarschijnlijk enkele tienden van procentpunten hoger liggen.
- 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. Van de onderzochte studies is de geraamde uitgavengroei van het RIVM (VTV-studie) duidelijk geringer dan het groeipad dat uit de overige studies naar voren komt. Een belangrijke verklaring hiervoor is de veronderstelde invloed van het Baumol-effect. Zou de VTV-studie van hetzelfde groeipercentage uitgaan als in enkele andere studies wordt gehanteerd, dan zouden de gemiddelde zorguitgaven met 3,3 procent per jaar groeien. Dit resultaat is

vergelijkbaar met de uitkomsten van de andere besproken studies: tussen 3 en 4 procent per jaar (in constante prijzen).

- Aangezien de bbp-groei volgens de ramingen bij de groei van de zorguitgaven zal achterblijven, loopt de zorgquote met enkele procentpunten op tot ruim 13 procent in 2040, bijna 50 procent meer dan thans.

Moeilijk te kwantificeren ontwikkelingen

1. Het lijkt plausibel dat nieuwe medische technologieën in de toekomst per saldo tot uitgavenverhogingen zullen bijdragen. Een ruime (en adequate) toepassing van ICT biedt mogelijk enig tegenwicht.
2. Het is moeilijk te zeggen hoe de veronderstelde hogere levensverwachting zal uitwerken op de verhouding 'gezonde-ongezonde' jaren en daarmee op de zorgbehoefte.
3. Door de veranderende samenstelling van de bejaardenpopulatie zal naar

verwachting de zorgvraag pluriformer worden; ook zullen de eisen van ouderen toenemen (vooral onder invloed van het stijgende opleidingsniveau) indien de veronderstelling juist is dat de welvaart van deze categorie zal toenemen.

4. Een relatief beperkte productiviteitswinst in de care-sector, een vergrijzend personeelsbestand en een krapper wordende arbeidsmarkt maken het aannemelijk dat de loon- en prijsontwikkeling in de zorgsector (ceteris paribus) bovengemiddeld zal zijn. Mogelijk kan organisatorische stroomlijning van de zorgactiviteiten enig tegenwicht bieden.

4. Beleid: knelpunten en oplossingsrichtingen in het licht van de vergrijzing

4.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken stond de beschrijving van de relatie tussen ouderdom en gezondheidszorg centraal. Allereerst zijn enkele relevante kenmerken van de huidige ouderen in kaart gebracht (gezondheid, behoeften, financiële positie) en gerelateerd aan het gebruik van en de uitgaven voor zorgvoorzieningen (hoofdstuk 2). Vervolgens is onder meer aan de hand van demografische prognoses nagegaan hoe het een en ander eruit komt te zien op de zeer lange termijn (hoofdstuk 3).

Dit hoofdstuk bouwt verder op wat in het voorafgaande in kaart is gebracht vanuit het beleidsmatige perspectief. In paragraaf 4.2 wordt de vergrijzing in de context geplaatst van het gehele sociaal-economische beleid. De overige paragrafen spitsen zich toe op de gezondheidszorg zelf. In paragraaf 4.3 staat het overheidsbeleid centraal. Dit wordt gevolgd door een verkenning van de toekomstige knelpunten in de gezondheidszorg (paragraaf 4.4). Deze knelpunten worden op een tweetal gebieden van oplossingsrichtingen voorzien. In paragraaf 4.5 gaat het om mogelijke oplossingsrichtingen voor de ouderenzorg. In paragraaf 4.6 komt de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg in het licht van de vergrijzing aan de orde.

Paragraaf 4.7 bevat de conclusies.

4.2 Vergrijzing en de noodzaak van een adequaat sociaal-economisch beleid

Zoals aangegeven in paragraaf 3.3 blijft de invloed van de vergrijzing niet beperkt tot het beroep op (collectief gefinancierde) zorgvoorzieningen. Een andere relevante uitgavencategorie betreft de oudedagsvoorziening, waaronder het aanvullend pensioen en de AOW. In één scenario zouden in 2040 de AOW- en zorguitgaven gezamenlijk zo'n 4,5 tot 7 procent van het bbp hoger liggen dan thans het geval is¹. Dit illustreert dat het van groot belang is om bij het sociaal-

1 Studiegroep Begrotingsruimte, *Op weg naar een begrotingsevenwicht*, Tiende rapport, Tweede Kamer vergaderjaar 1996-1997, 25 400, nr. 1.

economisch beleid de gevolgen van de vergrijzing voor de verschillende beleidsterreinen in hun onderlinge samenhang te bezien.

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op het sociaal-economisch beleid in algemene zin. Uit diverse studies blijkt dat de gevolgen van de vergrijzing in brede zin goed kunnen worden opgevangen als er tijdig een adequaat sociaal-economisch beleid wordt gevoerd². Een aantal elementen staat hierbij centraal:

- versterking van het productieve vermogen van de nationale economie door de economische structuur op te waarderen in een kennisintensieve en minder milieubelastende richting;
- optimale benutting van het arbeidspotentieel, zodat de arbeidsparticipatie nog flink toeneemt en bijgevolg de looninkomens stijgen en de belasting- en premiebasis wordt verbreed;
- verdere terugdringing van het vorderingstekort, opdat er ruimte wordt gecreëerd voor hogere collectieve uitgaven in de periode dat de vergrijzing haar top bereikt;
- verdere verbetering van het stelsel van ouderdomspensioenen via de ingeslagen weg van modernisering en kostenbeheersing.

Deze punten worden hieronder kort geduid.

Versterking van het productieve vermogen van de economie

De vergrijzing brengt toenemende collectieve uitgaven met zich op het gebied van de AOW en de zorg. Tegelijkertijd leidt de vergrijzing tot een versmalling van het potentiële draagvlak voor de financiering van deze kosten.

De eerste manier om financiële ruimte te creëren is door in te zetten op een structureel hoge en duurzame economische groei³. Dit vraagt onder meer om versterking van de publieke aanbodstructuur (onderwijs, technologie, fysieke en kennisinfrastructuur) en verbetering van de condities waaronder private investeringen in kennisvorming en -verspreiding kunnen toenemen.

De verbetering van de beschikbaarheid en kwaliteit van de verschillende productiefactoren (waaronder menselijk kapitaal en het milieu) draagt bovendien bij aan het opschuiven naar hoogwaardiger en minder milieubelastende marktsegmenten.

In dit verband kan worden verwezen naar recente middellangetermijnadviezen van de SER, waar deze elementen deel uitmaken van de zogenoemde kwaliteitsstrategie⁴.

² Zie bijvoorbeeld CPB, *Centraal Economisch Plan 1997*, op.cit., pp. 140-143.

³ Indien de zorgaanspraken gelijke tred houden met de economische groei, zal dit spoor per saldo niet tot draagvlakverbreding leiden.

⁴ SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1996-2000*, Den Haag 1996, publicatienr. 96/05 en SER-advies *Sociaal-economisch beleid 1998-2002*, publicatienr. 98/08, Den Haag 1998.

Optimale benutting van het arbeidspotentieel

Een belangrijk onderdeel van de versterking van het productieve vermogen van de economie is het inzetten op een sterke stijging van de werkgelegenheid en de arbeidsparticipatie. Dit draagt bij tot een bredere grondslag voor de belasting- en premieheffing. Idealiter neemt ook het beroep op uitkeringsgelden af. Per saldo valt er dan ruimte vrij voor de hogere uitgaven in het licht van de vergrijzing.

De invloed van een hogere arbeidsparticipatie op de mogelijkheden om de gevolgen van de vergrijzing op te kunnen vangen, kan nauwelijks worden overschat. Exercities met de in hoofdstuk 3 genoemde generatierekeningen van het CPB wijzen uit dat een forse verhoging van de arbeidsparticipatie de gevolgen van de vergrijzing zelfs volledig zou kunnen ondervangen. In dat geval blijft het EMU-tekort in de periode wanneer de vergrijzing haar piek bereikt, beheersbaar⁵. Dit met handhaving van het huidige niveau van de zorgarrangementen en de AOW. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de leeftijd- en geslachts-specifieke participatiegraden die in de langetermijnramingen van het CPB worden gehanteerd.

De kunst is nu om deze aantrekkelijke mogelijkheid zoveel mogelijk waar te maken. Bij de optimale benutting van het arbeidspotentieel gaat het met name om het terugdringen van de bestaande uitkeringsafhankelijke inactiviteit en om het aan de slag houden van de naoorlogse geboortegolf, die vanaf het jaar 2000 tot de 55-plussers gaat behoren⁶. Dit vraagt om een samenhangende inzet van instrumenten op tal van beleidsterreinen, waaronder onderwijs en scholing, voortgaande lastenverlichting op arbeid (het vermijden van hoge marginale wiggen), het arbeidsvoorwaardenoverleg (waaronder afspraken over emplooibaarheid en pensioenregelingen) en de vormgeving van het fiscale stelsel en het stelsel van sociale zekerheid (het terugdringen van de armoedeval).

Verdere terugdringing van de EMU-schuld en het EMU-tekort

Een derde route om ruimte te creëren voor het opvangen van de gevolgen van de vergrijzing is het verder terugdringen van de EMU-schuld en het EMU-tekort en zelfs het aansturen op een EMU-overschot. De achterliggende gedachte is dat het dan in de toekomst mogelijk wordt om de extra uitgaven voor de vergrijzing mede op te vangen in de vorm van een oplopend EMU-tekort, zonder dat daardoor de plafondwaarde van 3 procent bbp in gevaar komt. Tegelijkertijd brengt schuldreductie lagere rentelasten met zich mee.

5 Ook op de zeer lange termijn (2060) zou het EMU-tekort volgens deze berekeningen binnen de 3 procent bbp blijven.

6 Inmiddels heeft het kabinet de SER om advies gevraagd inzake het bevorderen van de arbeidsparticipatie van ouderen.

Tabel 4.1 – Participatiegraden naar geslacht en leeftijd volgens drie scenario's, 1995-2020

	1995	2020		
		Divided Europe	Economic Coordination	Global Change
Mannen				
20-29 jaar	77	75	75	74
30-54 jaar	90	88	90	90
55-64 jaar	39	41	58	66
20-64 jaar	79	74	80	81
Vrouwen				
20-29 jaar	65	70	73	71
30-54 jaar	52	72	79	82
55-64 jaar	13	34	41	54
20-64 jaar	49	63	69	73
Totaal (20-64 jaar)	64	68	74	77

Bron: CBS/CPB, *Bevolking en arbeidsaanbod: drie scenario's tot 2020*, Den Haag 1997, p. 71.

De instelling van het AOW-spaarfonds moet in dit licht worden gezien. Dankzij het AOW-spaarfonds is er immers sprake van een breed politiek en maatschappelijk draagvlak voor het reserveren van budgettaire ruimte voor de toekomst (zie ook paragraaf 4.6.4).

Het terugdringen van het EMU-tekort staat niet op zichzelf, maar kan bijvoorbeeld heel goed samenhangen met een beleid gericht op het verhogen van de arbeidsparticipatie. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor het hiervoor genoemde scenario waarin in eerste instantie alle heil wordt verwacht van een forse stijging van de arbeidsparticipatie. In dat scenario slaat het EMU-tekort in 2005 om in een overschot, dat in 2020 een maximum bereikt; met de toenemende vergrijzingslasten slaat dit overschot rond 2035 weer om in een tekort.

Evenzo zou het inzetten op tekort- en schuldreductie moeten samengaan met het versterken van het productieve vermogen van de economie. Over de vraag of dit inderdaad mogelijk is, wordt verschillend gedacht. Zo wijst Kolnaar op het gevaar dat verdergaande tekortreductie gepaard kan gaan met bezuinigingen op infrastructuur, onderwijs, gezondheidszorg en het milieu⁷. Dit heeft een nadelige invloed op de hoogte van het nationaal inkomen en op de kwali-

7 A.H.J. Kolnaar, *Vergrijzing*, Maandschrift Economie, 1999, jaargang 63, pp. 81-83.

teit van de economische structuur. Op de langere termijn, wanneer de kosten van de vergrijzing oplopen, is het economische draagvlak kleiner dan het had kunnen zijn.

Aan de andere kant heeft de Studiegroep begrotingsruimte juist een evenwicht gezocht tussen schuldreductie en voldoende overheidsinvesteringen in het heden. Daarbij zou een deel van de als gevolg van de schuldreductie vrijvallende rentelasten kunnen worden ingezet voor de versterking van de economische structuur⁸.

Verdere verbetering van het stelsel van ouderdomspensioenen

Bij het anticiperen op de gevolgen van de vergrijzing gaat het niet alleen om de houdbaarheid van de bestaande zorgarrangementen, maar ook om de houdbaarheid van de oudedagsvoorziening als zodanig. Vanaf het midden van de jaren negentig is – mede naar aanleiding van de kabinetsnota *Werken aan Zekerheid* van september 1996 – een indringende beleidsdiscussie gevoerd over de vergrijzingsbestendigheid van de Nederlandse oudedagsvoorziening. In het verlengde daarvan zijn verschillende beleidsinitiatieven genomen, zowel op het gebied van de AOW als op het gebied van de aanvullende pensioenen.

Wat de AOW betreft is van belang dat sinds enkele jaren in het kader van de premimaximering sprake is van de mogelijkheid tot het verlenen van een rijksbijdrage aan het Algemeen Ouderdomsfonds; dit gebeurt als het politiek bepaalde maximumpremiepercentage dreigt te worden overschreden. In 1997 is eenmalig van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Daarnaast is in 1998 het reeds genoemde AOW-spaarfonds ingevoerd ten behoeve van de toekomstige additionele vergrijzingslasten. Met deze maatregelen wordt beoogd de AOW als zogeheten basispensioen te handhaven.

Ook met betrekking tot de *arbeidspensioenregelingen* worden initiatieven genomen om de toekomst ervan veilig te stellen. In dit verband is in het bijzonder het *Convenant inzake de arbeidspensioenen* van 1997 van belang. Daarin hebben overheid en sociale partners afspraken gemaakt gericht op drie doelstellingen: het vergroten van de toegankelijkheid van de regelingen, het moderniseren ervan (met het oog op flexibilisering, individualisering, wijzigingen in leefvormen en -situaties) en het beheersen van de kosten.

Met het oog op de aanpassing van de arbeidspensioenregelingen aan maatschappelijke ontwikkelingen als flexibilisering en individualisering is ook het recentelijk door de Staten-Generaal goedgekeurde wetsvoorstel *Fiscale behandeling pensioenen* (zogeheten Witteveen-voorstellen) van belang; implementa-

⁸ Studiegroep begrotingsruimte, *Op weg naar begrotingsevenwicht*, tiende rapport, Den Haag 1996, p. 39.

tie daarvan leidt tot toegenomen mogelijkheden voor flexibele pensioenopbouw en flexibele pensionering.

Overigens past hier wel de kanttekening dat de toenemende mogelijkheden voor flexibele pensionering op gespannen voet kunnen staan met de noodzaak om te werken aan een hogere arbeidsparticipatie van ouderen. Flexibele pensionering zal, zo kan worden verondersteld, in de praktijk vooral opgevat worden als een faciliteit om voor het bereiken van de 65-jarige leeftijd met pensioen te kunnen gaan.

Met het bovengenoemde pakket van maatregelen en initiatieven, zowel gericht op de AOW als op de aanvullende pensioenen, wordt beoogd de houdbaarheid van de oudedagsvoorziening op een adequaat niveau te verzekeren. Het realiseren van deze doelstelling zal mede bevorderen dat ouderen in staat zullen zijn op een evenwichtige wijze bij te dragen aan de toekomstige zorglasten.

4.3 Beleidsmatige ontwikkelingen in de gezondheidszorg

De overheid heeft op het gebied van de gezondheidszorg een belangrijke rol. Deze rol wordt in paragraaf 4.3.1 in min of meer theoretische zin uitgewerkt. Door op deze plaats de motieven voor overheidsingrijpen in de gezondheidszorg duidelijk in beeld te brengen, kan elders in dit hoofdstuk worden aangegeven waar in het licht van de vergrijzing de belangrijkste (theoretische) keuzemomenten liggen.

Bij de invulling van de overheidsrol is er de afgelopen decennia sprake geweest van belangrijke koerswijzigingen. Dit wordt geïllustreerd in paragraaf 4.3.2. Deze koerswijzigingen geven een illustratie van de beleidsmatige dilemma's.

4.3.1 De rol van de overheid in de gezondheidszorg

Doelstellingen volksgezondheidsbeleid

Het *Jaaroverzicht Zorg 1999* (JOZ 99) noemt als belangrijkste uitgangspunten voor het beleid voor de zorgsector: algemene toegankelijkheid en goede kwaliteit van de zorg, gelijke behandeling en solidariteit⁹. Om de toegankelijkheid nu en in de toekomst te kunnen waarborgen, geldt voorts als randvoorwaarde dat voldoende aandacht geschonken moet worden aan het beheersen van de uitgaven.

De SER heeft zich recentelijk in min of meer gelijklopende bewoordingen uitgelaten over de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid. In zijn advies

9 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Jaaroverzicht Zorg 1999*, pp. 2 en 3.

Sociale zekerheid en gezondheidszorg gaat hij uit van vier gelijkwaardige beleidsdoelstellingen¹⁰. Het gaat hierbij om het waarborgen van:

- de kwaliteit van de gezondheidszorg;
- de functionele beschikbaarheid en de geografische bereikbaarheid van gezondheidszorg;
- de financiële toegankelijkheid en het voorkomen van tweedeling;
- een verantwoorde kostenontwikkeling in het licht van de overige sociaal-economische beleidsdoelstellingen.

Marktfalen en de corrigerende rol van de overheid

Bij het realiseren van bovengenoemde doelstellingen heeft de overheid een belangrijke regulerende taak. Dit hangt samen met de omstandigheid dat volkomen vrije marktwerking in de gezondheidszorg niet voor de hand ligt. Een aantal wenselijke zorgvormen is zo kostbaar dat niet iedereen deze zich kan veroorloven. Een vrije markt leidt in theorie tot een efficiënte aanwending van schaarse middelen (de zorg komt ten goede aan de hoogst biedende), maar dat gaat wel gepaard met het buitensluiten van de minder draagkrachtigen. Dit doorkruist de doelstelling van financiële toegankelijkheid voor iedereen¹¹.

Los van dit rechtvaardigheidsprobleem is er in de gezondheidszorg sprake van verschillende vormen van marktfalen, waarvoor de overheid corrigerend moet optreden¹². De belangrijkste hiervan heeft betrekking op onvolledige of asymmetrische informatie tussen vragers, aanbieders en verzekeraars.

Vragers van zorg kunnen vaak de kwaliteit van het zorgaanbod niet goed beoordelen en lopen het risico hun geld aan ondoelmatige behandelingswijzen kwijt te raken. Dit argument weegt het zwaarst voor hulpvragers die, mede door de ernst van hun gezondheidsproblemen, geen zelfstandige afwegingen (meer) kunnen maken. Daarnaast kunnen (gezonde) consumenten het risico onderschatten dat ze ooit een beroep zouden moeten doen op kostbare zorgvoorzieningen. Dit kan voor de – beter wetende – overheid aanleiding zijn om voor sommige vormen van zorg over te gaan tot het opleggen van verzekeringsplicht (paternalisme argument).

Aanbieders van zorg hebben doorgaans een informatievoorsprong op hun patiënten. De afhankelijke positie van de patiënt, in combinatie met de beperkte concurrentie in de zorg, kan al gauw leiden tot aanbod-geïnduceerde vraag.

10 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, publicatienr. 98/13, Den Haag 1998, pp. 137 en 138.

11 Tweede Kamer, *Marktwerking in de gezondheidszorg*, vergaderjaar 1997, kamerstuknr. 25962, p. 2.

12 Gebaseerd op W. Groot, *Hebben we zorg genoeg?*, inaugurele rede, Maastricht, 19 juni 1998; zie ook: E.J. Bartelsman en Ph.A. ten Cate, Een gezonde markt of een politieke zorg, *Tijdschrift voor Politieke Economie*, nummer 2, 1997, pp. 179-193.

Verzekeraars lopen het risico dat alleen mensen met een zwakke gezondheid een verzekering willen afsluiten (anti-selectie). Omgekeerd lopen mensen met een zwakke gezondheid het risico dat ze nergens een verzekering kunnen afsluiten (risico-selectie). Is een verzekering eenmaal afgesloten, dan wordt de verzekerde niet langer gehinderd door een budgetrestrictie bij zijn vraag naar zorg. Er kan dan sprake zijn van overconsumptie, omdat de verzekeraar toch voor de kosten opdraait (moral hazard). De verzekeraar kan het probleem van moral hazard overigens verkleinen door het invoeren van eigen betalingen en/of door de vergoeding afhankelijk te maken van behandeling door vooraf geselecteerde zorgaanbieders (managed care)¹³.

Ook kan de verzekeraar juist bewust verzekeringspakketten aanbieden waarbinnen wordt beknipt op dure vormen van zorg die slechts voor een kwetsbare minderheid van belang zijn (geestelijk gehandicapten, dementerende ouderen).

Andere marktimperfecties hebben te maken met het bestaan van externe effecten in de gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn de gezondheidswinst als gevolg van preventieve maatregelen en voorlichtingscampagnes.

De regulerende rol van de overheid is dus zowel nodig om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te houden als om marktfalen te corrigeren. Ook de SER heeft zich in zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* uitgelaten over de ordenende rol van de overheid in de zorgsector. De raad wijst daarbij op:

- de publieke functie die de zorgsector vervult, onder meer de gegarandeerde beschikbaarheid van voorzieningen;
- de ongelijke of asymmetrische verdeling van kennis en informatie tussen de vraag- en aanbodzijde;
- het gevaar van risico- en antiselectie bij de verzekering van ziektekosten;
- de noodzakelijke solidariteit met het oog op de financiële toegankelijkheid;
- het belang van kostenefficiëntie met het oog op de betaalbaarheid van de premielasten en het waarborgen van kostenbeheersing;
- de medisch-ethische vraagstukken op het terrein van de gezondheidszorg;
- het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening.

Coördinatiemechanismen

Overigens zijn er in de gezondheidszorg meer coördinatiemechanismen in het geding dan alleen de *markt* en de *overheid* (regelgeving)¹⁴. Zo is louter over-

13 W.P.M.M. van de Ven, De rol van ziektekostenverzekering, in R.M. Lapré, F.F.H. Rutten en F.T. Schut (red.): *Algemene economie van de Gezondheidszorg*, Maarssen 1999.

14 Zie bijvoorbeeld: CPB, *Challenging neighbours, rethinking German and Dutch economic institutions*, Springer-Verlag, Berlijn Heidelberg New York, 1997, pp. 53-60.

heidsingrijpen, gelet op het bestaan van maatschappelijke verantwoordelijkheden, vaak niet het meest gepaste antwoord op marktfalen¹⁵. Eenzijdig overheidsingrijpen in de zorgsector miskent het gegeven dat de overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars juist in hoge mate van elkaar afhankelijk zijn bij het realiseren van hun doelen¹⁶. Dit betekent dat *overleg*, als aanvullend coördinatiemechanisme, eveneens een belangrijke rol zal moeten spelen.

Daarnaast speelt in de gezondheidszorg coördinatie via gemeenschappelijk gedeelde *normen en waarden* een belangrijke rol (medische ethiek). Zorgaanbieders voelen immers een leveringsverplichting ten opzichte van zieken en gehandicapten¹⁷.

Al met al heeft de overheid een belangrijke rol op het gebied van de gezondheidszorg. Op theoretische gronden valt echter niet zonder meer aan te geven hoe de overheid deze rol zou moeten invullen (zie kader).

Afwegingen bij de inrichting van het zorgstelsel

Het is niet mogelijk om op theoretische gronden aan te geven hoe de overheid het stelsel van gezondheidszorg zou moeten inrichten. Daarbij spelen immers ook subjectieve elementen (waardenoriëntaties, politieke voorkeuren) een belangrijke rol.

Het gaat daarbij om afwegingen ten aanzien van de breedte en kwaliteit van het voorzieningspakket waarvan de overheid vindt dat het voor iedereen toegankelijk moet zijn. Vervolgens is aan de orde hoe dit collectieve pakket moet worden gefinancierd. Indien bijvoorbeeld gekozen wordt voor een verzekeringsstelsel (in plaats van eigen betalingen of financiering uit de algemene middelen), dan moeten nadere keuzes worden gemaakt ten aanzien van het private of collectieve karakter ervan, het al dan niet opleggen

van verzekerings- en acceptatieplicht, de premiestelling en de gewenste mate van solidariteit tussen de verzekerden onderling.

Van evengroot belang zijn afwegingen ten aanzien van de ordening (marktwerking of aanbodregulering) en besturing (concurrentie, regelgeving, overleg, normen en waarden) van het stelsel van gezondheidszorg.

Een complicerende factor bij dit alles is dat de bovengenoemde elementen ook nog onderling kunnen worden gecombineerd. In het huidige stelsel is bijvoorbeeld sprake van verschillende mengvormen op het gebied van de financiering (private en collectieve verzekeringen, eigen betalingen, bijdragen uit de algemene middelen), de ordening (gereguleerde marktwerking, aanbodregulering) en de premiestelling (nominaal, naar inkomen, naar gezondheidsrisico).

15 SER-advies *Convergentie en overlegeconomie*, publicatienr. 92/15, Den Haag 1992, pp. 99-103.

16 RVZ, *Besturen in overleg*, Zoetermeer, juni 1998, pp. 6-8, 18-21 en 25-29.

17 *Ibid.*, p. 8.

4.3.2 Het overheidsbeleid

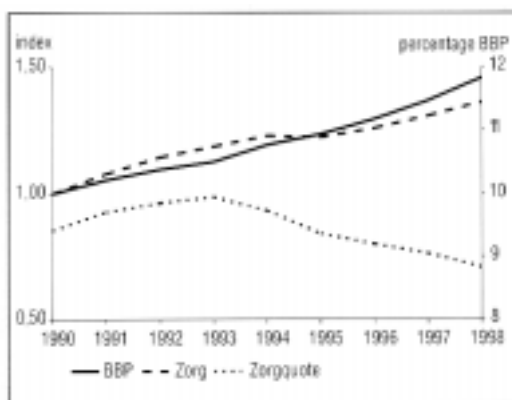
Aanbodregulering

Tot de jaren zeventig gold in de gezondheidszorg het primaat van het particulier initiatief¹⁸. Grosso modo bepaalden particuliere zorgaanbieders en hun organisaties het noodzakelijke zorgaanbod, terwijl de overheid zich beperkte tot de financiering en tot enig toezicht op de kwaliteit. Deze taakverdeling leidde tot een wildgroei aan voorzieningen en was mede verantwoordelijk voor een verdubbeling van de uitgaven van de gezondheidszorg als percentage van het bbp (van 3,9 in 1960 tot 8,1% bbp in 1980)¹⁹.

In reactie hierop is het beleid in de jaren zeventig opgeschoven in de richting van aanbodregulering. Daarbij nam de overheid het voortouw bij de vaststelling van de prijs, hoeveelheid, kwaliteit en financiering van de in de zorgsector geproduceerde goederen en diensten. Het doel was op deze manier meer samenhang aan te brengen tussen de verschillende zorgvoorzieningen en tegelijkertijd de uitgaven van de gezondheidszorg in de hand te houden.

Dit beleid is, in ieder geval wat de uitgavenontwikkeling betreft, tot op zekere hoogte succesvol gebleken. De stijging van de zorgquote is na 1980 immers afgevlakt (zie figuur 4.1).

Figuur 4.1 – De ontwikkeling van de uitgaven van de gezondheidszorg, 1990-1998 (linker verticale as: ontwikkeling van bbp en zorguitgaven volgens index (1990 = 1); rechter verticale as: zorgquote in percentage bbp)



Bron: RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, deel VI: Zorgbehoefte en Zorggebruik, Bilthoven 1997, p. 34

18 Deze passage is ontleend aan: SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 1998*, op.cit., pp. 322-327.

19 Y.W. van Kemenade, De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg, in: E. Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.), *Van revolutie naar evolutie; Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht, 1997, pp. 25 en 26.

Uitgaven en kwaliteit ten opzichte van het buitenland

In internationaal perspectief neemt Nederland een middenpositie in waar het gaat om de uitgaven van de gezondheidszorg, terwijl de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking niet ongunstig afsteekt tegen die in de ons omringende landen. Verschillende indicatoren (sterftcijfers, gezonde levensjaren) geven aan dat Nederland op het gebied van de volksgezondheid goed scoort²⁰. In een internationale vergelijking van de OESO over 1995 blijkt Nederland qua zorguitgaven uit te komen op 8,8 procent van het bbp. Dit is meer dan Denemarken (6,4%), het Verenigd Koninkrijk (6,9%), Japan (7,0%), Zweden (7,3%) en België (8,0 %), maar minder dan Zwitserland (9,8%), Frankrijk (9,9%), Duitsland (10,3%) en de VS (13,6%). Aangezien het vergrijzingsproces in Nederland op dit moment nog minder ver is voortgeschreden dan in de meeste andere OESO-landen, zouden de toekomstige zorguitgaven door de demografische ontwikkelingen de komende decennia in ons land wel sterker kunnen oplopen dan in de landen die nu al relatief sterk zijn vergrijsd, zo komt uit OECD-ramingen naar voren²¹.

Los van de hoogte van de zorguitgaven blijkt de Nederlandse zorgsector zijn goederen en diensten te leveren tegen een in internationaal perspectief lage prijs per eenheid product. Het CBS heeft berekeningen gemaakt van de kosten van de gezondheidszorg op basis van een gemeenschappelijk vergelijkbaar pakket²². Van de zes onderzochte Europese landen hebben België en Nederland met ongeveer 2000 dollar per hoofd van de bevolking de laagste kosten, aanmerkelijk lager dan bijvoorbeeld Zwitserland (3900 dollar).

Knelpunten bij aanbodregulering

In de loop van de jaren tachtig was in toenemende mate sprake van knelpunten die niet afdoende langs de weg van (meer) overheidsregulering konden worden opgelost²³. Het gaat hierbij om:

- De stijgende uitgaven voor gezondheidszorg.
- Het aanwezig zijn van schotten tussen voorzieningen die vanuit verschillende verzekeringsvormen worden betaald. Dit belemmert substitutie van dure voor goedkopere zorgvoorzieningen en het leveren van zorg op maat.
- Het ontbreken van prikkels voor efficiënte zorgverlening. Aanbieders, verzekeraars en patiënten krijgen onvoldoende verantwoordelijkheid voor het beheersen van de kosten.

20 WRR, *Volksgezondheidszorg*, op.cit., pp. 42-47.

21 Vergelijk: OECD, *Economic Outlook*, June 1996, Paris, inz. p. 25.

22 C. van Mosseveld, De prijs van gezondheid, *Index*, CBS, juli/augustus 1998, p. 25.

23 Zie bijvoorbeeld: Y.W. van Kemenade, *De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg*, op.cit., p. 25 en E. Elsinga, *Van Dekker tot Borst*, in: E. Elsinga en Y.W. van Kemenade, op.cit., pp. 28 en 29.

- Een te bureaucratische regelgeving rond planning en financiering. Hierdoor kan het aanbod onvoldoende aansluiten op de feitelijke vraag.
- Het naast elkaar bestaan van verschillende verzekeringssystemen (AWBZ, Ziekenfonds, particuliere verzekeringen). Hierdoor kunnen huishoudens met gelijke inkomens heel ongelijke premies betalen.

Gereguleerde marktwerking

Het kabinetsbeleid was er eind jaren tachtig/begin jaren negentig op gericht om de bovengenoemde knelpunten weg te nemen door het doorvoeren van een stelselherziening in de geest van het plan-Dekker van 1987 (zie kader).

Het plan-Dekker

Het plan-Dekker gaat uit van een basisverzekering (samenvoeging van het eerste en het tweede compartiment) voor iedereen met een premie naar draagkracht en een beperkte nominale premie. Er is sprake van gereguleerde concurrentie tussen de toegelaten sociale verzekeraars (geen rol voor op winst gerichte particuliere schadeverzekeraars). De sociale verzekeraars hebben acceptatieplicht, maar worden via normuitkeringen vergoed voor ongunstige risico's (ouderen, chronisch zieken).

Ten opzichte van aanbodregulering zijn de sociale verzekeraars vrijer om met de aanbieders van zorg te onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de hoeveelheid van de af te nemen goederen en diensten. Door het centraal stellen van het ziektebeeld (functionele omschrijving van zorgaanspraken) moet het mogelijk worden om zorg op maat te leveren.

De sociale verzekeraars concurreren om de gunst van de klant, die vrij is om van verzekeraar te veranderen. De rol van de overheid blijft beperkt tot het reguleren van de concurrentie.

Hoewel de kabinetten-Lubbers II en III het plan-Dekker op hoofdlijnen wilden invoeren, is dat uiteindelijk toch niet gelukt. Hierbij kan worden gewezen op een viertal faalfactoren²⁴.

In de *eerste* plaats betekende het verzet van belangengroepen (huisartsen, particuliere verzekeraars, werkgeversorganisaties, tandartsen, fysiotherapeuten) een aanzienlijke hindermacht, omdat de overheid bij de invoering van haar plannen juist sterk van deze partijen afhankelijk is.

In de *tweede* plaats zou invoering van de plannen grote koopkrachtveranderingen met zich brengen. Deze consequentie leidde tot een afbrokkelende politieke steun.

24 E. Elsinga en Y.W. van Kemenade, De balans: revolutie of evolutie?, in: *Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, op.cit., pp. 182 en 183.

In de *derde* plaats bleek het mogelijk te zijn voor een aantal knelpunten een (voorlopige) oplossing te vinden binnen het bestaande verzekeringsstelsel. Dit geldt onder meer voor de positie van ouderen op de verzekeringsmarkt (verruimde toetreding tot ziekenfonds, standaardpakketpolis). Ook gaf het uitgavenniveau geen directe aanleiding tot een fundamentele stelselherziening. *Ten slotte* vroeg uitvoering van het plan-Dekker om een groot aantal onderling samenhangende, maar technisch ingewikkelde maatregelen. Het meer risico dragend maken van zorgverzekeraars en zorgaanbieders vraagt bijvoorbeeld om duidelijk omschreven normuitkeringen en functionele zorgaanpakken. De technische complexiteit van deze punten is lange tijd onderschat²⁵.

De kabinetten-Kok I en II: incrementele aanpassingen binnen het bestaande stelsel

Sinds het aantreden van het eerste kabinet-Kok in 1994 is het doorvoeren van een brede stelselwijziging van de baan. In plaats daarvan is het de bedoeling om de bestaande knelpunten weg te nemen via incrementele aanpassingen binnen de drie bestaande compartimenten.

Het tweede kabinet-Kok heeft aangegeven deze lijn te willen voortzetten.

Daarbij gaat het onder meer om de volgende zaken:

- meer doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars via marktwerking en budgettering;
- het verruimen van de onderhandelingsvrijheid van zorgverzekeraars met aanbieders van zorg;
- het kritisch doorlichten van zorgaanpakken;
- meer samenhangende zorg door flexibilisering van zorgaanpakken, samenwerking tussen zorgaanbieders, toepassing van richtlijnen en protocollen voor medische behandelingen en uitwisseling van spiegelinformatie (benchmarking);
- het verbeteren van de solidariteit in de ziektekostenverzekeringen, onder meer door het toelaten van kleine zelfstandigen in het ziekenfonds.

Een deel van de bovengenoemde maatregelen staat in het teken van uitgavenbeheersing. Deze uitgavenbeheersing moet tot stand komen via een beleid dat zowel gericht is op meer marktwerking (tussen zorgverzekeraars onderling, tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders) als op meer samenwerking (tussen zorgaanbieders) en aanbodregulering (richtlijnen, benchmarking, budgettering).

25 E. Elsinga en Y.W. van Kemenade, De balans: revolutie of evolutie?, in: *Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, op.cit., pp. 182 en 183.

Verder dient het streven naar uitgavenbeheersing verzoend te worden met het oplossen van inhoudelijke knelpunten, onder meer door het beleid gericht op zorgvernieuwing. Bij zorgvernieuwing gaat het erom om binnen het systeem van aanbodregulering meer rekening te houden met de uiteenlopende wensen van individuele ouderen.

De huidige experimenten met zorgvernieuwing hebben evenwel nog een hoog ad-hockarakter²⁶. Zo zetten sommige experimenten in op het versterken van de vraagzijde (onder meer via persoonsgebonden budgetten), terwijl andere experimenten juist de aanbodzijde versterken (bijvoorbeeld waar sprake is van fusies tussen AWBZ-instellingen).

In samenhang met het aanpakken van inhoudelijke knelpunten gaat het kabinet voor de periode 1999-2002 uit van een hogere volumegroei van de zorguitgaven ten opzichte van de vorige kabinetsperiode (van 1,3% naar 2,3%). De extra middelen (5,7 miljard gulden in 2002) zijn bestemd voor het oplossen van enkele specifieke knelpunten. Het gaat onder meer om het verminderen van de werkdruk in de zorgsector, het aanpakken van dreigende knelpunten op de arbeidsmarkt, het verbeteren van de kwaliteit van de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de thuiszorg en om het verminderen van wachttijden in het algemeen.

In een voor-wat-hoort-wat benadering wil het kabinet voorts komen tot een *nieuwe bestuurlijke aanpak* voor de zorgsector. Daarbij gaat het om het formuleren van meerjarenafspraken over inhoudelijke doelstellingen en financiële kaders. De nieuwe bestuurlijke aanpak is erop gericht om bestuurlijke rust te creëren en de verantwoordelijkheid van de professionele zorgsector meer kans te geven²⁷:

Zorginstellingen en zorgverzekeraars hebben in dit bestuursmodel de rol van maatschappelijke ondernemingen: private organisaties die op maatschappelijk verantwoorde wijze publieke taken uitvoeren.

4.4 Toekomstige knelpunten in de gezondheidszorg: een verkenning

4.4.1 Afbakening

In paragraaf 2.2 werd vastgesteld dat de grootste sectoren in de gezondheidszorg relatief vergrijzingsgevoelig zijn: de curatieve somatische zorg (ziekenhuizen huisartsen, specialisten), de ouderen- en thuiszorg en de genees- en hulpmiddelen. Tezamen zijn deze drie sectoren verantwoordelijk voor ruim 70 pro-

26 RVZ, *Met zorg wonen Deel 2*, Zoetermeer 1998, p. 79.

27 *Jaaroverzicht Zorg 1999*, op.cit., p. 5.

cent van de zorguitgaven in 1999. Het ligt voor de hand dat knelpunten als gevolg van de vergrijzing zich vooral in deze vergrijzingsgevoelige sectoren zullen voordoen. Daarnaast zullen in het bijzonder na 2010 – als de vergrijzing haar piek bereikt – bij ongewijzigd beleid de zorguitgaven oplopen; tegelijkertijd zet een lichte daling in van het aantal 20-64-jarigen. Hierdoor zouden de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg onder druk kunnen komen te staan.

Op basis van deze inventarisatie verkent deze paragraaf allereerst of het plausibel is dat de toekomstige vergrijzing tot bijzondere knelpunten in de drie genoemde zorgsectoren zal kunnen leiden (paragrafen 4.4.2, 4.4.3 en 4.4.4). Aansluitend komt in paragraaf 4.4.5 de vraag aan de orde of de toekomstige vergrijzing knelpunten ten aanzien van de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg zou kunnen veroorzaken. Alle subparagrafen eindigen met de belangrijkste conclusies.

Deze verkenning mondt uit in de conclusie dat in het langetermijnperspectief van dit rapport de vergrijzing vooral in de ouderen- en thuiszorg tot specifieke knelpunten zal leiden; ook met betrekking tot de financiering en betaalbaarheid van de toekomstige gezondheidszorg zouden zich knelpunten kunnen voordoen. Beide potentiële knelpunten worden in de vervolgpargrafen in termen van mogelijke oplossingsrichtingen nader uitgewerkt: de ouderen- en thuiszorg in paragraaf 4.5 en de financiering en betaalbaarheid in paragraaf 4.6.

Er worden geen oplossingsrichtingen geschetst voor de curatieve somatische zorg en voor de genees- en hulpmiddelen. In beide sectoren zal vergrijzing weliswaar in een groeiend beroep op de desbetreffende zorgvoorzieningen resulteren, maar mogelijke knelpunten zullen waarschijnlijk sterker aan andere achtergronden dan de vergrijzing moeten worden toegeschreven. Te denken valt aan de medisch-technologische vooruitgang waar het gaat om de curatief-somatische zorg en aan internationalisering en informatisering waar het gaat om de geneesmiddelen. Het aandragen van oplossingsrichtingen waarin deze specifieke aspecten worden meegenomen, gaat het bestek van deze studie te buiten.

4.4.2 Knelpunten in de curatieve somatische zorg

Achtergrond

Voor 1999 worden de uitgaven in de curatieve somatische zorg op 28,4 miljard gulden geraamd²⁸. Daarmee is dit verreweg de grootste zorgsector. Binnen de curatieve somatische zorg vormen de ziekenhuizen (ziekenhuiszorg) de grootste uitgavenpost: 14 miljard voor de algemene en categorale ziekenhuizen en 4,6 miljard voor de academische ziekenhuizen. Andere grote deelsectoren zijn de medisch-specialistische zorg (2,5 miljard), de huisartsenzorg (2,3 miljard), fysiotherapie (1,2 miljard) en (het wettelijke deel van) de tandheelkundige zorg (1,1 miljard).

De financiering van de curatieve somatische zorg loopt voor 63 procent via de ZFW en voor 25 procent via de particuliere ziektekostenverzekeringen. Verder draagt de overheid aan de financiering bij (5 procent), loopt 4 procent via de AWBZ en bestaat eveneens 4 procent uit eigen betalingen en betalingen in verband met eigen risico.

In deze paragraaf staat verder de ziekenhuiszorg centraal.

Naast vergrijzing sterke invloed van medische technologie en loonkosten

De toekomstige vraag naar ziekenhuiszorg zal onder invloed van de vergrijzing veranderen. Zo zal waarschijnlijk het aantal chronische aandoeningen toenemen, terwijl het aandeel van kindergeneeskunde zal afnemen (zie ook paragraaf 3.4.2)²⁹. Per saldo zal de vergrijzing ertoe leiden dat het gebruik van ziekenhuiszorg sneller zal stijgen dan de bevolkingsomvang. Belangrijk voor de uitgavenontwikkeling is of de trend uit het verleden in het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen wordt gecontinueerd: een daling van het aantal ziekenhuisopnames ten faveure van het aantal dagbehandelingen. Doortrekken van deze trend zou volgens ramingen van het SCP over de periode 1995-2005 ondanks de demografische ontwikkelingen (vergrijzing én bevolkingsgroei) tot een afname van het aantal opnames leiden (5 procent over de gehele periode), terwijl het aantal dagbehandelingen daarentegen explosief – met 225 procent – zou (blijven) stijgen³⁰. Het is op dit moment niet goed mogelijk uitspraken te doen over trendmatige ontwikkelingen op de langere termijn.

De verschuiving in het voorzieningengebruik was in het verleden grotendeels het gevolg van verbeteringen in de medische technologie die andere behandelwijzen (vaak poliklinisch) mogelijk heeft gemaakt. Door de betere behandel-

28 Zie: *Jaaroverzicht Zorg 1999*, op.cit., inz. pp. 28 en 29.

29 Zie bijvoorbeeld: J.L.T. Blank, E. Eggink en A.H.Q.M. Merckies, *Tussen bed en budget*, SCP, Sociale en Culturele Studies nr. 26, Den Haag 1998.

30 J.L.T. Blank et al., op.cit., inz. par. 10.2.

methoden konden de middelen efficiënter worden ingezet, waardoor het beddenaantal in de ziekenhuissector sinds 1980, ondanks de bevolkingsgroei en de vergrijzing, kon dalen.

Voor de toekomst zijn diverse medisch-technologische ontwikkelingen te duiden, die per saldo uitgavenverhogend kunnen werken. In paragraaf 3.5.2 werden er enkele genoemd: ruimere indicatiestelling (medische behandeling van oudere patiënten, die vroeger van zo'n behandeling waren uitgesloten), nieuwe 'half way technologies' (verlengen levensduur zonder dat daar genezing tegenover staat) en inzichten uit de prognostische medische technologie (vroegtijdig traceren van ziekte zonder uitzicht op genezing). Wat de precieze effecten van deze ontwikkelingen op het voorzieningengebruik in de ziekenhuiszorg zullen zijn, is moeilijk in te schatten. Het lijkt plausibel te veronderstellen dat de ingezette verschuiving van cure naar care zal doorgaan – al dan niet in dezelfde mate – en dus ook de ziekenhuiszorg zal (blijven) raken. Dit versterkt de noodzaak om een goede aansluiting tussen cure- en care-voorzieningen te waarborgen (zie verder paragraaf 4.4.3).

Ten slotte is het evident dat de ontwikkelingen in de toekomstige personeelsvoorziening en de mogelijke problemen die zich daarbij kunnen voordoen (personeelstekorten, bovengemiddelde looneisen; zie ook paragraaf 3.5) van groot belang zijn voor de toekomstige uitgaven en – in samenhang hiermee – voor de wijze waarop ziekenhuizen aan de toekomstige vraag kunnen voldoen. Zoals in paragraaf 1.2 is aangegeven, gaat dit rapport niet in op de toekomstige personeelsvoorziening in de gezondheidszorg.

Behoeftte aan kosten-effectiviteitsanalyses

Tegen de achtergrond van de medisch-technologische vooruitgang die steeds meer mogelijk maakt, speelt de vraag naar de grens van het medische ingrijpen in relatie tot de daarmee samenhangende uitgaven. Dit vraagstuk wordt klemmender naarmate de categorie ouderen toeneemt. In het bijzonder gaat het hierbij om die categorie ouderen die het einde van hun leven naderen en ondanks dure curatieve ingrepen geen substantiële kwaliteitsverbetering van hun leven tegemoet kunnen zien. Zeker tegen de achtergrond van de budgettaire restricties van het collectieve pakket in de gezondheidszorg is dan uitdrukkelijk de vraag aan de orde hoe de beschikbare middelen zo effectief mogelijk kunnen worden ingezet. Uiteraard gaat het hier niet alleen om een financieel vraagstuk, maar zijn ook ethische afwegingen in het geding. Op deze afwegingen wordt hier niet ingegaan. Volstaan wordt met de constatering dat ook in de huidige situatie soortgelijke keuzes over al dan niet medisch ingrijpen worden gemaakt, zij het dat deze vaak impliciet plaatsvinden zonder dat daar een deugdelijke afweging aan ten grondslag ligt.

Gelet op het ontwikkelingsniveau van de curatieve zorg in ons land, de hoge kosten van handelingen in deze sector en de vaak marginale gezondheidswinst die kan worden bereikt, is het zinvol om juist in het licht van de toekomstige vergrijzing maten van kosteneffectiviteit in deze sector een rol te laten spelen bij de prioritering van het medische handelen. Zo bieden de zogenoemde DALY's (Disability Adjusted Life Years) bijvoorbeeld aangrijpingspunten voor een beoordeling van de kosteneffectiviteit van zowel preventieve als curatieve voorzieningen (zie kader).

Maten voor kosteneffectiviteit bij medische ingrepen

Om tot kosteneffectieve keuzes tussen ongelijksoortige ingrepen te kunnen komen, zijn kosteneffectiviteitsmaten ontwikkeld, die de gezondheidswinst in financiële termen meten. Bij die gezondheidswinst kan het in principe gaan om alle effecten van medisch handelen (of voorzieningen): voorkoming of genezing van ziekte, maar ook verminderen van beperkingen van chronische aandoeningen. Bekend zijn de QALY's (Quality Adjusted Life Years), die de voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren van een medische handeling (of voorziening) kwantificeert, en de DALY's (Disability Adjusted

Life Years), een maat die voor beperkingen gecorrigeerde levensjaren aangeeft. Het gaat hierbij, met andere woorden, om een methode die het aantal gewonnen levensjaren door medische verrichtingen berekent, gecorrigeerd voor het verlies aan kwaliteit van het leven door ziekte of handicap. Illustratief zijn berekeningen van de Wereldbank waaruit naar voren komt, dat de kosten van openhartchirurgie per DALY (gewonnen levensjaar) slechts een vijfde tot een tiende bedragen van de DALY voor de behandeling van leukemie.

Zie: WRR, *Volksgezondheidszorg*, Rapporten aan de Regering nr. 52, Den Haag 1997, p. 151.

Conclusies

De curatieve somatische zorg is de grootste zorgsector in ons land. Daarbinnen neemt de ziekenhuiszorg een dominante positie in. Voor de toekomstige uitgaven van de ziekenhuiszorg is vooral van belang hoe de loonkosten zich zullen ontwikkelen. Personeelstekorten zouden tot een opwaartse druk op de lonen kunnen leiden. Voor het toekomstige gebruik van de ziekenhuiszorgvoorzieningen is de vergrijzing een belangrijke bepalende factor. Wellicht nog belangrijker is echter de medisch-technologische vooruitgang, die in het recente verleden tot aanzienlijke verschuivingen in het voorzieningengebruik binnen de ziekenhuiszorg heeft geleid en een efficiëntere middeleninzet mogelijk maakte. Een reductie van het aantal ziekenhuisbedden is hiervan het gevolg. De invloed van de toekomstige medisch-technologische vooruitgang op de ziekenhuiszorg is moeilijk in te schatten, maar zal waarschijnlijk de noodzaak tot

een goede aansluiting tussen cure- en care-voorzieningen versterken. Deze aansluitingsproblematiek speelt uiteraard ook bij de ouderenzorg en thuiszorg (paragraaf 4.4.3) en zal beleidsmatige aandacht krijgen bij de oplossingsrichtingen inzake de ouderenzorg (paragraaf 4.5).

Tegen de achtergrond van het voorgaande meent de CSED dat de vergrijzing weliswaar een belangrijke invloed op de toekomstige ontwikkeling van de ziekenhuiszorg zal hebben, maar dat andere invloeden (personeelsvoorziening, medisch-technologische ontwikkelingen) wellicht een grotere opwaartse druk zullen uitoefenen. Van belang is daarbij dat de medisch-technologische ontwikkelingen vanuit het nationale beleid moeilijk zijn te beïnvloeden. Bovendien zijn, zoals in hoofdstuk 3 reeds werd aangegeven, juist de toekomstige ontwikkelingen van deze niet-demografische factoren moeilijk te duiden. Het aandragen van oplossingsrichtingen in de ziekenhuiszorg waarin deze specifieke aspecten worden meegenomen, gaat het bestek van deze studie te buiten.

Hier wordt volstaan met de opmerking dat – in het licht van de medisch-technologische vooruitgang – een beleidsmatig antwoord ontwikkeld moet worden om tot evenwichtige financiële en ethische afwegingen in de ziekenhuiszorg te kunnen komen. Conform de aanbeveling van de WRR in zijn rapport *Volksgezondheidszorg* lijkt het verstandig er geleidelijk toe over te gaan bij de invulling van het collectieve pakket in de gezondheidszorg – gegeven het beschikbare budget – zoveel mogelijk de kosteneffectiviteit in de afweging te betrekken; methodieken als de genoemde DALY's en QALY's kunnen hierbij nuttige instrumenten vormen.

4.4.3 Knelpunten in de ouderenzorg

Achtergrond

Voor 1999 worden de uitgaven voor de ouderenzorg en thuiszorg op 15,7 miljard gulden geraamd³¹. De verpleeghuizen (6,1 miljard) en de verzorgingshuizen (5,7 miljard) zijn verreweg de grootste deelsectoren; de thuiszorg (3,3 miljard) is de derde grote deelsector.

De financiering van de ouderen- en thuiszorg loopt voor 84 procent via de AWBZ-premies. De overige 16 procent bestaat uit eigen bijdragen in het kader van de AWBZ (2,2 miljard gulden voor verpleeg- en verzorgingshuizen, ruim 300 miljoen gulden voor thuiszorg) en eigen risico's (particuliere verzekeringen).

31 Zie: JOZ 1999, op.cit., inz. pp. 79 en 80.

Volgens de CSED speelt er op de langere termijn in de ouderenzorg een aantal knelpunten die om een oplossing vragen: inhoudelijke, bestuurlijke en financiële knelpunten. Deze knelpunten worden in deze paragraaf in de genoemde volgorde in kaart gebracht. Daarnaast kan op termijn ook sprake zijn van een tekortschietende personeelsvoorziening. Dit punt is elders onderwerp van advisering geweest en blijft in dit CSED-rapport buiten beschouwing (zie hiervoor de afbakening van de probleemstelling; paragraaf 1.2).

Inhoudelijke knelpunten: het aanbod sluit steeds minder aan op de vraag

Een belangrijk knelpunt in de ouderenzorg betreft de gebrekkige aansluiting van het collectief gefinancierde aanbod op de vraag. Dit probleem uit zich op een aantal manieren:

- wachtlijsten voor de thuiszorg en verpleegtehuizen;
- verschraling van zorg (verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg);
- beperkte keuzemogelijkheden;
- gescheiden zorgcircuits voor lage en hogere inkomens door de vormgeving van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de AWBZ.

Deze knelpunten doen zich in de care-sector in veel sterkere mate voor dan in de cure-sector. In de care-sector hebben de problemen niet zozeer een kwantitatieve als wel een kwalitatieve achtergrond. De ontwikkeling in het collectief gefinancierde zorgaanbod blijft achter bij de hogere eisen die ouderen stellen aan de kwaliteit en pluriformiteit. Het collectief gefinancierde aanbod van ouderenzorg voldoet steeds minder aan wat maatschappelijk gezien nog acceptabel wordt geacht. Dit geldt zeker voor de kwaliteitseisen die door de (hogere) middenklassen worden gesteld, kortweg te duiden als de (hogere) middenklassennorm. Bij een relatief ongunstige prijs-kwaliteitverhouding (hoge inkomensafhankelijke eigen bijdragen bij een matige kwaliteit) zien de hogere inkomens al gauw af van hun AWBZ-aanspraken. Hierdoor is steeds meer sprake van gescheiden zorgcircuits³², waarbij de lagere inkomens gebruik blijven maken van het collectief gefinancierde aanbod, terwijl de hogere inkomens liever op een andere manier in hun zorgbehoefte voorzien (zie ook paragraaf 2.4).

Per saldo is het gezondheidsrisico steeds minder bepalend voor het gebruik van AWBZ-voorzieningen, terwijl de sociaal-economische positie juist steeds bepalender wordt. Deze ontwikkeling spoot slecht met het karakter van de AWBZ als volksverzekering.

32 Een aspect van dit verschijnsel is het toenemende aanbod van commerciële zorgarrangementen, service- en pluspakketten in de ouderenzorg. Zie onder meer het debat in de Tweede Kamer van 31 maart 1999 over voorrangszorg in de ouderenzorg.

Het is niet waarschijnlijk dat de ouderen van de toekomst minder kritisch zullen zijn ten aanzien van de kwaliteit van de ouderenzorg dan de ouderen van vandaag. Het ligt meer in de rede dat de behoefte aan maatwerk nog verder zal toenemen. Verwacht mag ook worden dat de zorgvraag verder zal verschuiven van (intramurale) zorgverlening naar het ondersteunen van de zelfredzaamheid. Voorzover de ouderenzorg een onderdeel van een volksverzekering blijft, zal deze meer rekening moeten houden met de uiteenlopende wensen van individuele ouderen.

Bestuurlijke knelpunten: problemen met afstemming en regievoering

Een tweede categorie knelpunten in de collectief gefinancierde ouderenzorg heeft te maken met de invulling van de regiefunctie binnen de AWBZ en met de afstemming tussen de AWBZ en aanpalende beleidsterreinen, waaronder het tweede compartiment. Deze bestuurlijke knelpunten zijn een probleem, omdat zij ertoe bijdragen dat het aanbod van ouderenzorg onvoldoende aansluit bij (de ontwikkeling van) de vraag.

De bestuurlijke knelpunten zijn drieërlei:

1. De regie binnen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg.
2. Raakvlakken met het tweede compartiment.
3. Raakvlakken met volkshuisvesting en gemeentelijk welzijnswerk.

Bestuurlijk knelpunt 1: De regie binnen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg

In de huidige AWBZ is niet helder wie ervoor verantwoordelijk is dat ouderen uiteindelijk die zorg krijgen waar ze recht op hebben³³. De regie voor de AWBZ, en daarmee voor de ouderenzorg, loopt over een groot aantal schijven (zie kader). In afwachting van nadere besluiten over de modernisering van de AWBZ is het ook nog onduidelijk wat de relatieve bevoegdheden zijn van de ene schijf ten opzichte van de andere. Dit geldt met name voor de vraag op welk niveau het aanbod wordt afgestemd op de feitelijke ontwikkeling van de zorgvraag.

Bevoegdhedenverdeling binnen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg

De *rijksoverheid* stelt het macrobudget vast en bepaalt de hoogte van de AWBZ-premie en de eigen betalingen. De rijksoverheid bepaalt voorts de prijs van de verschillende AWBZ-voorzieningen, waar-

onder de ouderenzorg. In de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg is dus in overwegende mate sprake van prijs- en aanbodregulering. Tot voor kort creëerde het rijk dus eerst schaarste, terwijl het de verdere invulling van de ouderenzorg overliet aan lagere overheden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

33 RVZ, *De toekomst van de AWBZ*, Zoetermeer 1997, pp. 26 en 27.

Een recente ontwikkeling betreft de totstandkoming van meerjaren-afspraken tussen het rijk en de sector ouderenzorg. Bij deze meerjaren-afspraken stelt het rijk extra financiële middelen ter beschikking op voorwaarde dat de sector meer werk maakt van het wegwerken van inhoudelijke knelpunten, zoals wachtlijsten en zorgverschraling.

De taken van *de provincies en de vier grote steden* zij nog niet helemaal uitgekristalliseerd. In het verleden waren zij betrokken bij de capaciteitsplanning van bejaardenoorden in hun regio. Met de overgang van bejaardenoorden naar de AWBZ in 2001 komt deze taak te vervallen.

In plaats daarvan moeten de provincies en de vier grote steden zogenoemde regiovisies opstellen voor de ontwikkeling van de vraag naar ouderenzorg in hun regio. Het is nog niet duidelijk of zij hiervoor reële bevoegdheden krijgen, of dat het gaat om het organiseren van regulier overleg tussen alle betrokken partijen (onder meer zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten, woningbouwcorporaties, organisaties van patiënten e.d.). Ook is nog onduidelijk hoe de regiovisies zich verhouden tot de door het rijk vastgestelde macrokaders en de meerjarenovereenkomsten tussen het rijk en de sector ouderenzorg.

De *gemeenten* zijn verantwoordelijk voor de organisatie van de indicatiestelling. Daartoe moeten zij een regionaal indicatieorgaan (RIO) opzetten. Inmiddels zijn er zo'n 80 regionale indicatieorganen. Ze bezien voor welke hulp iemand

in aanmerking komt in het kader van de AWBZ. De schaal van het regionale indicatieorgaan hoeft overigens niet aan te sluiten bij die van de provinciale regiovisie.

Het *zorgkantoor* fungeert als poortwachter voor de AWBZ (toetsing van geïndiceerde zorgvraag aan de AWBZ-criteria) en regelt de zorgtoewijzing. Er zijn 31 regionale zorgkantoren. Per regio is er één zorgkantoor, dat aan één zorgverzekeraar is uitbesteed. Doorgaans gaat het om de zorgverzekeraar die in die regio marktleider is in het tweede compartiment en die de beste contacten heeft met de regionale zorgaanbieders.

Het zorgkantoor loopt als uitvoerder van de AWBZ geen financieel risico. Als uitvoerder draagt het zorgkantoor wel de uiteindelijke verantwoordelijkheid dat geïndiceerde ouderen de zorg krijgen waar ze recht op hebben. Daartoe moet het zorgkantoor contracten afsluiten met de in zijn regio gevestigde zorgaanbieders. Het is echter onduidelijk in hoeverre het zorgkantoor daarmee ook de capaciteitsplanning voor zijn rekening moet nemen, of dat het zorgkantoor moet opereren binnen de kaders van de landelijke meerjarenovereenkomst en/of de regiovisie.

Bij de *zorgaanbieders* gaat het om een groot aantal private instellingen; 324 verpleegtehuizen, 1400 verzorgingstehuizen en 117 thuiszorginstellingen. De AWBZ-instellingen zijn gebudgetteerd en lopen dus geen financieel risico. Voorts is er binnen de AWBZ geen sprake van marktwerking.

In de praktijk lijken de zorgaanbieders het meeste gewicht in de schaal te leggen. Het zorgkantoor fungeert min of meer als doorgeefluik; het verwijst de cliënten naar de zorgaanbieders en declareert de rekening bij de AWBZ-kas.

Bestuurlijk knelpunt 2: Raakvlakken met het tweede compartiment

Idealiter vormt de zorg voor ouderen een geïntegreerd geheel, waarbinnen alle doelmatige vormen van substitutie plaatsvinden. In de praktijk is dit maar gedeeltelijk het geval. Zo maken ouderen relatief veel gebruik van de ziekenhuiszorg. Idealiter zou er dus ook sprake moeten zijn van soepele volgtijdelijke overgangen tussen de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg.

Op dit gebied doen zich echter fricties voor als gevolg van het verschil in aansturing en financiering tussen de twee compartimenten. Er is over en weer zelfs sprake van ongewenste substitutie; zorg die eigenlijk in het ene compartiment thuishoort komt toch in het andere compartiment terecht. Een voorbeeld hiervan betreft de verkeerde-bedden-problematiek van ziekenhuizen (vanwege de wachtlijsten van verpleeghuizen)³⁴. Een ander voorbeeld is de afwenteling op de thuiszorg bij een te vroeg ontslag uit het ziekenhuis.

Meer indirect kan sprake zijn van afstemmingsproblemen die, gemeten over de twee compartimenten gezamenlijk, kostenverhogend kunnen werken. Een voorbeeld hiervan betreft de wachtlijsten voor staaroperaties bij ouderen. Door het in standhouden van deze wachtlijsten kunnen ziekenhuizen bij oogoperaties doelmatigheidswinsten boeken. Daar staat tegenover dat ouderen gedurende de tijd dat zij op de wachtlijst staan duidelijk in een kwetsbare positie verkeren. Dit zal zich voor een deel uiten in een groter beroep op de thuiszorg. Bovendien is er gedurende deze periode een grotere kans op ongelukken en de daarmee gepaard gaande beperkingen.

Al met al is het vanuit verschillende invalshoeken gewenst om te komen tot soepeler overgangen tussen de ouderenzorg en de ziekenhuiszorg.

Bestuurlijk knelpunt 3: Raakvlakken met volkshuisvesting en gemeentelijk welzijnswerk

In de huidige AWBZ omvat de ouderenzorg meer dan zorg alleen. De voorzieningen omvatten ook woondiensten (zie hierna) en welzijnswerk. Dit welzijnswerk overlapt de gemeentelijke verantwoordelijkheden op het gebied van maatschappelijke dienstverlening en de zorg voor gehandicapten (Welzijnswet; Wet voorzieningen gehandicapten, WVG). Het is niet altijd duidelijk hoe deze gemeentelijke voorzieningen zich verhouden tot de uitvoering van de ouderenzorg in het kader van de AWBZ.

34 Door de voortdurende ligduurverkorting in ziekenhuizen wordt het verkeerde-bed-probleem overigens ook gedeeltelijk door de ziekenhuizen zelf gecreëerd.

Een vergelijkbaar punt betreft de samenhang tussen het beleid van volkshuisvesting/gemeenten en het beleid ten aanzien van de woonfunctie in de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg. Voor een deel is de woonfunctie binnen de AWBZ onvermijdelijk en onomstreden. Het gaat dan om de intensieve verpleging van ouderen met ernstige somatische en psycho-geriatrische klachten. Deze categorie betreft echter een kleine minderheid³⁵.

Voor de verzorgingshuizen, het grijze tussengebied van speciale seniorenwoningen (verpleegunits, aanleunwoningen, woonzorgcomplexen e.d.) en een deel van de verpleeghuiszorg staat de woonfunctie van de AWBZ wel ter discussie. Zo zijn op gemeentelijk niveau wooncomplexen opgezet die gelden als volwaardige substituten voor intramurale voorzieningen. Ouderen met een vergelijkbare problematiek als die van de tehuisbewoners kunnen daar met behulp van een aantal voorzieningen (thuiszorg, gemeentelijke dienstverlening, huursubsidie, bijzondere bijstand) zelfstandig blijven wonen. Zeker op de langere termijn is dus niet zonder meer duidelijk waarom het Ministerie van VWS en niet het Ministerie van VROM het voortouw zou moeten hebben bij de huisvesting van (hulpbehoevende) ouderen.

Een overlappend punt tussen zorg, wonen en welzijn betreft de (preventieve) woningaanpassing ten behoeve van ouderen. Het SCP signaleert dat woningaanpassing ouderen in staat stelt om langer zelfstandig te blijven wonen³⁶. Los daarvan kan van woningaanpassing een preventieve werking uitgaan met betrekking tot het gebruik van zorgvoorzieningen³⁷. Ouderen met weinig lichamelijke beperkingen zullen in een aangepaste woning minder snel een beroep hoeven te doen op de thuiszorg. In geval van grotere beperkingen zal het in een aangepaste woning eerder mogelijk zijn om met behulp van thuiszorg zelfstandig te blijven wonen. Dit resulteert in besparingen bij verpleeg- en verzorgingshuizen.

Verder draagt woningaanpassing bij aan het voorkomen van ongevallen en de daarmee gepaard gaande beperkingen. Volgens het SCP vindt de helft van het aantal ongevallen onder ouderen plaats in en om het huis³⁸. Valongevallen zijn de meest voorkomende privé-ongevallen bij ouderen. De meeste valpartijen vinden plaats tijdens de huishoudelijke werkzaamheden en bij de persoonlijke verzorging.

35 Berekeningen van de RVZ wijzen uit dat deze categorie in 1995 verantwoordelijk was voor minder dan 10 procent van de kosten van ouderenzorg (1,4 van de 15 miljard gulden). RVZ, *De toekomst van de AWBZ*, op.cit., pp. 141-148.

36 J.M. Timmermans (red.), *Rapportage ouderen 1996*, SCP, Rijswijk 1997, pp. 115-117; zie ook par. 2.3.

37 *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., pp. 152-154.

38 *Ibid.*, pp. 125-127.

Verder blijkt dat hoe ouder de betrokkene is, hoe vaker wordt overgegaan tot ziekenhuisopname in plaats van behandeling op de afdeling Eerste hulp.

Ziekenhuisopname vindt vooral plaats als er sprake is van een fractuur – in de helft van de gevallen een heupfractuur.

Al met al heeft (preventieve) woningaanpassing een aantal belangrijke voordelen. Allereerst is evident dat door preventie menselijk leed kan worden voorkomen, waardoor de kwaliteit van het leven niet wordt aangetast. Ouderen kunnen langer in de vertrouwde woning en omgeving blijven wonen. Bovendien kunnen aanzienlijke besparingen ontstaan bij het gebruik van zorgvoorzieningen. Een punt van aandacht is evenwel dat de partijen die de kosten maken (onder meer de gemeenten³⁹) niet dezelfde zijn als zij die de inverdieneffecten binnenhalen (de AWBZ en zorgverzekeraars in het tweede compartiment). Hierdoor zouden de inspanningen die op dit gebied worden verricht wel eens kleiner kunnen zijn dan uit maatschappelijk oogpunt wenselijk is.

Een extra aanwijzing hiervoor is de krapte op de markt voor speciale ouderewoningen. Het SCP verwacht dat het aantal vrijkomende ouderewoningen in de komende decennia sterk zal achterblijven bij de vraag. Omdat verhuizing naar een verpleeg- of verzorgingshuis een forse daling van de woonkwaliteit met zich meebrengt, zal woningaanpassing voor veel ouderen het aantrekkelijkste alternatief zijn⁴⁰.

Financiële knelpunten: betaalbaarheid op termijn

Dat de ouderenzorg bij uitstek vergrijzingsgevoelig is, is in de hoofdstukken 2 en 3 reeds aan de orde geweest. Los van de demografische ontwikkeling moet op de langere termijn ook rekening gehouden worden met uitgavenverhoging in deze zorgsector als gevolg van een achterblijvende arbeidsproductiviteit (het Baumol-effect), de pluriformere zorgvraag, de algemene welvaarts groei en assertievere oudere burgers. De gedachte dat de overheid verantwoordelijk is voor een ‘welvaartsvast’ zorgpakket voor alle burgers, ongeacht hun financiële positie, kan in combinatie met de vergrijzing sterk uitgavenverhogend werken.

Op zich hoeven hoge en toenemende uitgaven voor ouderenzorg geen probleem te zijn als die maar aansluiten bij de toekomstige maatschappelijke preferenties (zie paragraaf 1.2, alsook paragraaf 4.4.4.). Het probleem is dat het binnen een volksverzekering als de AWBZ moeilijk is om deze preferenties duidelijk in beeld te brengen. De band tussen beslissen en betalen is immers doorgesneden. Bovendien stelt in een systeem van aanbodregulering niet de vraagzijde, maar de overheid het uitgavenplafond vast. In de praktijk wordt de zorg-

39 De gemeenten zijn via de Wet voorzieningen gehandicapten verantwoordelijk voor de woningaanpassing van gehandicapte ouderen.

40 *Rapportage ouderen 1996*, op.cit., pp. 116-118.

quote min of meer willekeurig vastgesteld en via een 'piep- en knijpsysteem' gecorrigeerd.

In meer algemene zin komen de mogelijke knelpunten in de financiering en betaalbaarheid van de AWBZ-voorzieningen (waaronder de ouderenzorg) aan de orde in paragraaf 4.4.4. In de ouderenzorg speelt een specifiek financieel knelpunt: de hoge inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de collectief gefinancierde ouderenzorg. In de praktijk dragen deze bijdragen bij tot gescheiden circuits op het gebied van ouderenzorg. Ouderen die de kosten kunnen dragen, verkiezen commerciële zorgaanbieders boven de AWBZ-instellingen in verband met de relatief ongunstige prijs-kwaliteitsverhouding. Hierdoor zouden de collectieve gefinancierde ouderzorgvoorzieningen steeds meer de kant opgaan van een voorziening voor ouderen met lagere inkomens, die zich geen alternatief aanbod kunnen veroorloven (zie paragraaf 2.5).

De RVZ wijst er zelfs op dat thans deze laatstgenoemde categorie ouderen juist om financiële redenen een voorkeur kan hebben voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Bewoners van AWBZ-instellingen houden altijd zo'n 300 gulden per maand over voor zak- en kleedgeld. Bewoners met een laag inkomen die zelfstandig moeten gaan wonen, en dus weer verantwoordelijk worden voor de eigen financiële huishouding, gaan er altijd financieel op achteruit⁴¹.

Conclusie

Uit de voorgaande verkenning kan worden afgeleid dat er zich in de huidige ouderenzorg verschillende knelpunten voordoen van uiteenlopende aard: inhoudelijk, bestuurlijk en financieel. In het licht van de toekomstige vergrijzing is er alle aanleiding te verwachten dat bij uitblijven van beleidswijzigingen deze knelpunten een adequate ouderenzorg in toenemende mate zal bemoeilijken. Tegen deze achtergrond schetst paragraaf 4.5 een aantal mogelijke oplossingsrichtingen.

4.4.4 Knelpunten in de voorziening van geneesmiddelen

Achtergrond

Voor 1999 worden de uitgaven voor genees- en hulpmiddelen op 7,7 miljard gulden geraamd. De financiering loopt voor 74 procent via de ZFW, voor 23 procent via de particuliere ziektekostenverzekeringen en voor circa 3 procent via eigen bijdragen (AWBZ) en eigen risico's (particuliere verzekeringen). Het

41 RVZ, *Met zorg wonen Deel 2*, Zoetermeer 1998, p. 84.

overgrote deel van de uitgaven in deze sector – ruim 80 procent, 6,3 miljard gulden – betreft de extramurale farmaceutische hulp (geneesmiddelen)⁴².

De farmaceutische hulp staat midden in het actuele debat over de uitgavenontwikkeling van de gezondheidszorg. Het zijn in het bijzonder de kosten van de geneesmiddelen die tot overschrijdingen leiden⁴³. Het belang van geneesmiddelen staat niet ter discussie. Niet alleen leveren veel (nieuwe) geneesmiddelen een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de volksgezondheid, zij dragen ook bij aan de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg door dure intramurale vormen van zorg overbodig te maken of te verkorten. De hoge uitgaven vormen vooral een probleem als deze het gevolg zijn van ineffectief gebruik dan wel als ze zijn toe te schrijven aan inefficiënties.

De farmaceutische hulp heeft een bijzonder karakter: er is sprake van een combinatie van het leveren van goederen (geneesmiddelen; zie kader) en het verlenen van diensten in de vorm van farmaceutische zorg. De geneesmiddelenmarkt kent een gebrekkige marktwerking, mede doordat deze zich bevindt op het scheidsvlak van de private en de collectieve sector.

Deze paragraaf schetst eerst enkele achtergronden van de in internationaal perspectief bezien atypische situatie in Nederland: een laag gebruik van geneesmiddelen bij relatief hoge prijzen. Vervolgens wordt kort ingegaan op de belangrijkste beleidsontwikkelingen in deze zorgsector, waarna tot de conclusies wordt overgegaan.

Laag geneesmiddelengebruik ...

In internationaal verband is de situatie van de farmaceutische hulp in Nederland atypisch: het verbruik is relatief laag, maar de prijzen zijn daarentegen hoog⁴⁴.

Het lage verbruik wordt toegeschreven aan verschillende factoren, zoals houding en gewoontes ten aanzien van geneesmiddelengebruik en behandelwijzen alsook culturele factoren. Dit uit zich onder meer in een terughoudend voorschrijfgedrag van Nederlandse huisartsen en specialisten.

42 Het resterende deel – 1,4 miljard gulden – heeft betrekking op uitgaven aan medische hulpmiddelen. Deze deelsector is door zijn karakter zeer gesegmenteerd, reden om in de verdere analyse hier niet verder op in te gaan.

43 Bij het aantreden van het huidige kabinet werd voor de periode 1999-2002 bij ongewijzigd beleid een overschrijding van 1,7 miljard gulden op het geneesmiddelenbudget geraamd. Een en ander heeft ertoe bijgedragen dat in het regeerakkoord 1998 is besloten om geneesmiddelen apart te budgetteren teneinde verdringing ten opzichte van andere prioriteiten in de gezondheidszorg te voorkomen. Zie: Ministerie van VWS, *Jaaroverzicht Zorg 1999*, p. 48.

44 Zie bijvoorbeeld: Nyfer, *Geneesmiddelen: handel of zorg?*, speciale studie nr. 11, Breukelen 1997, inz. pp. 17-22.

Soorten geneesmiddelen

Er kunnen vier soorten geneesmiddelen worden onderscheiden.

1. *Farmaceutische specialités*: de merk-geneesmiddelen die voor een bepaalde periode (tien jaar) octrooibeschermt genieten, zodat de fabrikant de hoge ontwikkelingskosten kan terugverdienen. In 1997 was het marktaandeel van de specialités in het totale geneesmiddelengebruik 49 procent. Aangezien deze geneesmiddelen relatief duur zijn, is hun aandeel in de totale uitgaven aan geneesmiddelen aanzienlijk hoger: 73 procent.
2. *Generieke geneesmiddelen*: de imitaties van specialités waarvan het octrooi verlopen is. Het marktaandeel van de generieke geneesmiddelen bedroeg 35 procent in 1997. Doordat

het relatief goedkope medicijnen betreft, was het aandeel in de uitgaven slechts 12 procent.

3. *Parallel geïmporteerde spécialités*: de specialités die buiten het officiële kanaal van de fabrikant uit landen binnen de Europese Unie worden geïmporteerd. Het gaat hierbij om 10 procent van de geneesmiddelen (1997), corresponderend met 12 procent van de uitgaven.
4. *Apotheekbereidingen*: geneesmiddelen die in de openbare apotheek worden bereid. Dit betreft 6 procent van de geneesmiddelen (1997), minder dan 1 procent van de totale uitgaven aan geneesmiddelen vertegenwoordigend.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Data en feiten 1998*, Den Haag 1998.

Een en ander neemt niet weg dat het geneesmiddelengebruik in Nederland toeneemt en dat ook in de toekomst waarschijnlijk zal blijven doen.

Een drietal autonome trends ligt hieraan ten grondslag⁴⁵: de vergrijzing, ontwikkelingen in de medische technologie in samenhang met substitutie van intramurale zorg door geneesmiddelen en veranderingen in de gezondheidstoestand (verbeterde diagnostiek met medicamenteuze therapie of preventie).

... en hoge prijzen ...

De hoge prijs van Nederlandse geneesmiddelen hangt deels samen met de – tot voor kort – relatief vrije prijsvorming van merk-geneesmiddelen in ons land, waardoor producenten gebruik kunnen maken van hun monopoliepositie op grond van toegekende octrooien. Recente beleidswijzingen zijn erop gericht de prijsverschillen met omringende landen te verkleinen. In het bijzonder betreft dit de Wet Geneesmiddelenprijzen, die tot een prijsdaling van gemiddeld 20

45 In de periode 1992-1996 nam het extramurale gebruik van geneesmiddelen volgens onderzoek structureel met gemiddeld 5,1 procent per jaar toe. De genoemde autonome trends verklaren samen ongeveer driekwart van dit groeipercentage. Zie: M.C. Braber, R. Goudriaan, W. de Haart, *Geneesmiddelen en zorg: Inzichten in de achtergrond van de structurele uitgaven aan farmaceutische hulp*, 100 Onderzoeksreeks nr. 93, Den Haag 1998.

procent heeft geleid van die geneesmiddelen waarvoor een maximumprijs gold⁴⁶. Daar staat overigens een toenemend gebruik van nieuwe (en dure) merkgeneesmiddelen tegenover.

De hoge geneesmiddelenprijzen hangen verder samen met de wijze waarop de farmaceutische bedrijfskolom in Nederland is opgebouwd.

In de eerste plaats gaat het hierbij om de zogenoemde *volgesorteerde groothandel*, die het gehele assortiment aan geneesmiddelen direct uit voorraad kan leveren en over een uitgebreid distributienetwerk beschikt⁴⁷. Door de sterke positie van deze groothandels konden deze tot voor kort – internationaal gezien – hoge marges (17 à 20 procent van de apotheekinkoopprijs) berekenen. Als gevolg van recente afspraken en regelgeving zijn die marges inmiddels gedaald. Belangrijk is hierbij dat er op het terrein van de geneesmiddelen in Nederland geen sprake is van prijsconcurrentie maar van margeconcurrentie: kortingen en bonussen verstrekt aan apothekers, die op de marge in mindering worden gebracht, maar niet tot een evenredig lagere prijs of premie voor de zorgconsument leiden. Aldus kopen de openbare apothekers in onder de officiële wettelijk bepaalde prijzen en vloeien de bonussen en kortingen gedeeltelijk in eigen zak⁴⁸. De volgesorteerde groothandelaars binden apothekers aan zich door koppelverkoop en daaraan verbonden inkoopvoordelen, alsmede door het verstrekken van renteloze leningen aan beginnende apothekers tegen een afnameverplichting van de desbetreffende groothandelaar.

De *openbare apotheker* is zowel detaillist als zorgverlener. Het eigen risico van de apotheker is echter beperkt doordat hij gemiddeld slechts over een zesde deel van zijn omzet het traditionele ondernemersrisico loopt. Voor de rest van zijn omzet ontvangt de apotheker een vaste vergoeding per artsenvoorschrift (receptregel). Deze vergoeding staat los van de prijs van het geneesmiddel en van de per receptregel geleverde hoeveelheid pillen, poeders en dergelijke. Naast deze ‘receptregelvergoeding’ heeft de apotheker nog drie inkomensbronnen. In de eerste plaats mag hij eenderde van het prijsverschil tussen de vergoedingsprijs en de eventueel lagere inkoopprijs houden (stimulansinkomsten). Ten tweede zijn er de eerder genoemde kortingen en bonussen van de groothandel; recente regelgeving is erop gericht een deel hiervan af te romen.

46 *JOZ 1999*, op.cit., p. 48. Deze wet beoogt de apotheekinkoopprijs van geneesmiddelen aan een maximum te binden. Dit geschiedt door de vergoeding op grond van de sociale ziektekostenverzekeringen in overeenstemming te brengen met het gemiddelde prijsniveau van vergelijkbare geneesmiddelen in een viertal referentielanden (België, Duitsland, Frankrijk en Engeland).

47 In Nederland zijn drie volgesorteerde groothandels actief die tot voor kort ongeveer 80 à 85 procent van de markt beheersten; een van deze groothandels (OPG) is eigendom van de apothekers.

48 Nederland kent drie typen apotheken: de openbare apotheken, de apotheekhoudende huisartsen en de ziekenhuisapotheken. De laatste categorie mag niet extramuraal leveren; het beleid is er evenwel op gericht daarin verandering aan te brengen.

Ten derde heeft de apotheker nog inkomsten uit de verkoop van niet-WTG-geneesmiddelen en drogisterijartikelen.

... mede door een geringe countervailing power

De vraagzijde in de farmaceutische bedrijfskolom kent drie actoren: de gebruiker, de voorschrijvende arts en de financier, veelal de zorgverzekeraar. Deze actoren genereren onvoldoende countervailing power tegenover de overige schakels in de bedrijfskolom.

De *gebruiker* laat zich ten aanzien van het medicijngebruik veelal leiden door zijn arts en apotheker. De gebruiker is meestal niet in staat verschillende geneesmiddelen tegen elkaar af te wegen.

De *voorschrijvend arts* is primair verantwoordelijk voor de gezondheid van zijn patiënten. Om tot een kostenbewuster voorschrijfgedrag te komen, wordt het voorschrijven op stofnaam en niet op merknaam gestimuleerd. Het is dan aan de apotheker – eventueel aangespoord door de verzekeraar – om het meest kosteneffectieve medicijn te leveren. Daarnaast bieden de circa 800 lokale farmacotheapieoverleggen (FTO's) tussen huisartsen en apothekers een overlegforum waar onder meer wordt gesproken over de meest doelmatige farmacotheapie.

De *zorgverzekeraar* treedt veelal op als financier. De zorgverzekeraar is in beginsel gebaat bij een goede prijs-kwaliteitverhouding van de farmaceutische hulp. Er is een ontwikkeling ingezet waarbij ziekenfondsen geprikkeld worden om kosteneffectiever te gaan functioneren; deze tendens zal zich naar verwachting ook in de toekomst voortzetten, waardoor een kritischer houding van ziekenfondsen ten aanzien van geneesmiddelengebruik in de rede ligt. Bij particuliere ziektekostenverzekeringen is zo'n kritische opstelling tegenover het geneesmiddelengebruik niet sterk ontwikkeld, aangezien zo'n opstelling niet populair is bij de verzekerden. De particuliere ziektekostenverzekeraars zijn eerder geneigd door een gericht marketingbeleid cliënten met geringe gezondheidsrisico's te werven, dan wel strengere acceptatie-eisen (risicoselectie) te stellen. Een en ander leidt ertoe dat de countervailing power van de zorgverzekeraars ten opzichte van de aanbodzijde (vooralsnog) relatief beperkt is.

Beleidsontwikkelingen

De extramurale geneesmiddelenmarkt is al vele jaren onderwerp van overheidsbeleid. De doelstellingen van het huidige beleid hebben betrekking op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het beleid richt zich onder meer op het corrigeren van de ongewenste effecten van een gebrekkige marktwerking. Hierboven is in dit verband al op enige maatregelen gewezen. De ervaring van de afgelopen jaren leert dat beleidsintensivering in de geneesmid-

delensector niet structureel tot de gewenste beheerste kostenontwikkeling leidt⁴⁹:

In historisch perspectief gezien blijkt dat vrijwel iedere maatregel wel leidt tot een verlaging van het kostenniveau, maar gevolgd wordt door nieuwe kostenstijgingen. Het effect van maatregelen op het kostenniveau is doorgaans blijvend. Het effect van maatregelen op het groeitempo is echter na enige tijd uitgewerkt. Ook vergelijkbare landen worstelen met deze problematiek. Zonder aanvullend beleid – in combinatie met continuering van het huidige beleid – zal de groei van de geneesmiddelenkosten in de toekomst terugkeren naar de onderliggende trend van 9 à 12 procent per jaar.

Het tweede kabinet-Kok heeft grofweg drie lijnen uitgezet, die een grotere doelmatigheid rondom de farmaceutische zorg moeten bewerkstelligen⁵⁰. Deze beleidslijnen zijn mede gebaseerd op aanbevelingen van de commissie-Koopmans⁵¹.

1. *Verzekeraarsbudgettering en marktwerking*. Het kabinet wil – mede door nieuwe beleidsinstrumenten – een aanscherping van verzekeraarsbudgettering, zodat deze een groter belang krijgen bij een doelmatige zorg. Tegelijkertijd wordt het domeinmonopolie van de openbare stadsapotheken doorbroken door ziekenhuisapotheken toe te staan ook extramuraal te gaan leveren en ziekenfondsen de vrijheid te geven een eigen apotheek te exploiteren. De farmaceutische zorg maakt ook deel uit van de nieuwe ronde in het kader van de operatie Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW).
2. *Structuurmaatregelen farmaceutische zorg*. Het gaat hierbij om diverse maatregelen die op microniveau tot meer prikkels moeten leiden. Zo moeten de eerder genoemde FTO's worden omgevormd tot Farmacotherapeutische Transmurale Overleggen (FTTO's), waar niet alleen aandacht wordt besteed aan doelmatige farmacotherapie, maar ook aan intercollegiale monitoring en toetsing. Verder zouden op landelijk niveau standaarden moeten worden ontwikkeld voor medische behandelingen inclusief de medicatie en standaardisatie van programmatuur voor automatisering.
3. *Aanpak en bekostiging apothekers / kortingen en bonussen*. Het tweede kabinet-Kok kiest uitdrukkelijk voor de zorgfunctie van de apotheker. Deze beleidswijziging moet er in de ogen van het kabinet toe leiden dat de verantwoordelijkheid van de inkoopfunctie bij de verzekeraar komt te liggen. Verder kent de nieuwe bekostigingsstructuur van apothekers als uitgangspunten: een adequate honorering als hoogwaardig zorgverlener, vergoeding van reële kosten van de dienstverlening op basis van efficiënte bedrijfs-

49 *Jaaroverzicht Zorg 1999*, p. 50.

50 Tweede Kamer, *Kostenbeheersing in de zorgsector*, vergaderjaar 1998-1999, 24 124, nr. 68.

51 *Advies Stuurgroep kwaliteit en doelmatigheid farmaceutische zorg lange termijn*, Den Haag 1998.

voering ('best practise') en het doorgeven van eventuele kortingen en bonus-
sen naar de zorg op de verzekerden.

Conclusie

Als gevolg van een aantal autonome trends (waaronder vergrijzing) is het waar-
schijnlijk dat de uitgaven aan geneesmiddelen ook in de toekomst zullen blij-
ven groeien. Het valt nog te bezien of de diverse (nationale) beleidsinitiatieven,
die worden ontplooid om de doelmatigheid in de geneesmiddelensector te be-
vorderen, tot grote efficiencywinsten zullen leiden.

In een langetermijnperspectief dient dit nationale beleidskader in een bredere
context te worden geplaatst, waarin rekening moet worden gehouden met me-
gatrends als mondialisering en informatisering, die voor het nationale beleid
grote gevolgen kunnen hebben. Zo opereren alle grote aanbieders – vooral
Amerikaanse en in mindere mate Zwitserse bedrijven – op de wereldmarkt,
waar de farmaceutische industrie zich als een steeds belangrijker economi-
sche sector ontwikkelt. Mede door de toenemende kosten van onderzoek en
ontwikkeling hebben zich in deze sector de afgelopen jaren talloze fusies en
overnames voorgedaan. De invloed van nationale overheden op deze ontwikke-
lingen op de wereldmarkt is vaak vrij beperkt. Toegespitst op de Europese Unie
zijn er effecten te verwachten van de toenemende eenwording en de introduc-
tie van de euro.

Het internationale karakter wordt nog versterkt door de snelle ontwikkelingen
in de informatie- en communicatietechnologie, waardoor het bestellen van ge-
neesmiddelen via het Internet ingang heeft gevonden. Dit gaat onder meer ge-
paard met het ontwikkelen en aanbieden van zelftesten, zodat zich nieuwe
processen lijken af te tekenen⁵².

Het reeds in gang gezette nationale geneesmiddelenbeleid in combinatie met
de sterke invloed van de voortgaande internationalisering en informatisering
van de geneesmiddelenmarkt maken het bijzonder moeilijk om een beeld te
krijgen van de langetermijnontwikkelingen in de farmaceutische zorg in Ne-
derland. Vanuit de invalshoek van de vergrijzing vindt de CSED het tegen deze
achtergrond in dit rapport daarom weinig zinvol om voor de geneesmiddelen-
sector een verdere beleidsmatige uitwerking te geven in termen van mogelijke
oplossingsrichtingen.

52 Zo zou in de Verenigde Staten naar schatting eenderde van de tijd die mensen op het Internet
doorbrengen, worden gebruikt om gezondheidsinformatie te zoeken. Zie: J. van der Velde, De
kwaal, in: *Forum*, 23 april 1998, pp. 48-51.

4.4.5 Knelpunten in de financiering en de betaalbaarheid van de zorg

Handhaving van de huidige financieringssystematiek van de gezondheidszorg zal de komende decennia onder invloed van de vergrijzing en andere ontwikkelingen tot een forse stijging van de ZFW- en AWBZ-uitgaven kunnen leiden. Hoewel de uitkomsten van de langetermijnramingen nogal uiteenlopen (zie paragraaf 3.4), lijkt het reëel te veronderstellen dat vooral in het tweede kwart van de volgende eeuw het beroep op de zorgvoorzieningen – en daarmee ook de zorguitgaven – meer dan gemiddeld zal stijgen⁵³.

Zijn hogere zorglasten echt een probleem?

De vraag is of – geleidelijke – premiestijgingen tot een veel hoger niveau echt bezwaarlijk zijn. Bij de beantwoording van deze vraag zijn verschillende aspecten in het geding: de maatschappelijke preferenties, de economische inpasbaarheid en de intergenerationele solidariteit.

Ten aanzien van de *maatschappelijke preferenties* is van belang of de (collectief gefinancierde) zorguitgaven hiervan een goede weerspiegeling zijn en of de geleverde zorg doelmatig, effectief en van voldoende kwaliteit is. Indien dit het geval is, worden de collectieve middelen adequaat besteed en zullen zij bijdragen tot welvaartsverhoging.

Wat de *economische inpasbaarheid* betreft is aan de orde of de hogere collectieve zorglasten op een zodanige wijze worden verdeeld dat de negatieve economische neveneffecten (vooral op het terrein van de arbeidsmarkt) zo beperkt mogelijk blijven. In de huidige financieringssystematiek worden de zorglasten voor een aanzienlijk deel door de economisch actieve bevolking en de ondernemers gedragen⁵⁴. Als door de vergrijzing oplopende premielasten tot afwenteling in de loonkosten leiden, zou dit de economische ontwikkeling kunnen schaden⁵⁵.

Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren onder druk van sterk stijgende AWBZ-premies, in samenhang met een hogere ZFW-premie. In de huidige systematiek worden de premies volksverzekeringen (waaronder de AWBZ alsmede de AOW) slechts geheven over de eerste inkomensschijf, waardoor lastenverhogingen

53 Zie voor tentatieve berekeningen hiervan bijvoorbeeld: J.H.M. Nelissen, De toekomstige uitgaven in het kader van de gezondheidszorg, in: *Bevolking en Gezin*, nummer 1, 1997, pp. 29-42.

54 Zo wordt in 1999 van de ruim 24 miljard gulden aan ZFW-inkomsten de helft opgebracht door de werkgevers (loongerelateerde premie van 5,85 procent) en betalen de verzekerden (werknemers, uitkeringsgerechtigden en AOW'ers) ongeveer een kwart; de rijksoverheid draagt het resterende kwart bij.

55 Zouden de hogere zorguitgaven worden bekostigd door de ouderen (de niet-werkenden), dan doet dit effect zich uiteraard niet voor.

die door de vergrijzing in de sfeer van de volksverzekeringen worden opgeroepen zich – ceteris paribus – in het laagste inkomenstraject ophopen. Dit effect zou nog worden versterkt door een hogere ZFW-premie die op de lagere en modale inkomens drukt. Mochten deze premielasten worden afgewenteld in de loonkosten dan vergroot dit de wig, waardoor aan de onderkant van de arbeidsmarkt banen wordt afgestoten.

Een ander economisch effect is uiteraard dat hogere premielasten tot een geringer besteedbaar inkomen van burgers zullen leiden, waardoor zij minder kunnen consumeren en/of sparen. Daar staan dan wel meer zorgvoorzieningen tegenover.

Ten derde is er het vraagstuk van de *intergenerationele solidariteit*: een forse premiestijging van de zorglasten leidt tot een verschuiving in het profijt dat generaties hebben van de collectieve sector. In het huidige premiestelsel betalen jongeren meer en ouderen minder dan zij kosten (zie paragraaf 2.2). Grosso modo vormen de 20-64-jarigen de nettobetalers⁵⁶: de premiebetalingen in beide verzekeringen zijn voor deze categorie het hoogst, terwijl de zorgconsumptie relatief laag is. Binnen de beroepsgeschikte bevolking zijn de 20-39-jarigen verreweg de grootste nettobetalers in zowel de AWBZ als de ZFW.

Door het toenemende aantal ouderen zal het aantal mensen dat een relatief sterk beroep doet op de zorgvoorzieningen toenemen. Bij de huidige systematiek betekent dit dat het aantal netto-ontvangers van ZFW- en AWBZ-voorzieningen groeit. Tegelijkertijd krimpt het aantal 20-64-jarigen, de nettobetalers (zie kader). Ceteris paribus impliceert deze ontwikkeling dat de laatste categorie zwaarder zal worden aangeslagen: via een hogere ZFW-premie voor de ziekenfondsverzekerden en/of via hogere MOOZ/WTZ-bijdragen door particulier verzekerden. In beide gevallen zullen de hogere gezondheidskosten vooral bij de 20-64-jarigen neerslaan. Dit legt een zwaardere druk op de intergenerationele solidariteit.

Hoewel enigszins gedateerd, is het rekenvoorbeeld uit het WRR-rapport *Ouderen voor ouderen* in dit verband illustratief voor een van de mogelijke effecten van vergrijzing op de uitgaven in verband met de ziektekostenverzekeringen⁵⁷. In dit voorbeeld wordt ervan uitgegaan dat alle 65-plussers een standaardpakketpolis tegen de jaarpremie van 2.000 gulden afsluiten. Het tekort wordt omgeslagen over de 25-64-jarigen. In 1991 betalen dezen dan jaarlijks bovenop de 'eigen' premies ziektekostenverzekering (een solidariteitsheffing van) 1.400

56 Dit is een grove benadering. Bij de ZFW ligt het omslagpunt van nettobetalers naar netto-ontvanger rond de leeftijd van 55 jaar. Zie paragraaf 2.2.

57 WRR, *Ouderen voor ouderen. Demografische ontwikkeling en beleid*, Rapporten aan de Regering nr. 43, Den Haag 1992, inz. p. 198.

gulden per persoon. Als gevolg van de veranderende leeftijdsopbouw zou dit bedrag vooral na het jaar 2010 oplopen en in 2035 zo'n 2.300 à 3.500 gulden bedragen.

Ontwikkelingen in de leeftijdssamenstelling

Uit onderstaande tabel komt naar voren dat het aandeel 20-39-jarigen tot 2010 aanzienlijk zal afnemen en vervolgens in omvang zal stabiliseren. Deze leeftijdsklasse is op dit moment duidelijk de grootste nettobetaler van de collectieve zorgverzekeringen (zie paragraaf 2.2) en thans bovendien groter dan het aantal

40-64-jarigen. De 40-64-jarigen vormt de tweede categorie van nettobetalers. Deze leeftijdsklasse bevat op dit moment de babyboomers en zal tot het jaar 2010 met ruim een kwart toenemen. Daarna is sprake van een krimpende omvang. De tabel maakt ook duidelijk dat juist in de periode dat de potentiële beroepsbevolking (de nettobetalers) in omvang gaat krimpen, het aantal 65-plussers (de netto-ontvangers) ruim zal verdubbelen.

Tabel – Ontwikkeling in de leeftijdssamenstelling (middenvariant) naar aandeel in de totale bevolking en groei van iedere leeftijdscategorie, 1996, 2010 en 2030 (in procenten)

	0-19 jaar	20-39 jaar	40-64 jaar	65-79 jaar	80-plus
aandeel bevolking 1996	24,3	31,9	30,5	10,2	3,1
aandeel bevolking 2010	23,2	25,6	36,2	11,2	3,8
aandeel bevolking 2030	21,0	24,6	31,8	16,8	5,8
groei omvang 1996-2010	1,4	-14,7	26,2	17,2	28,2
groei omvang 2010-2030	-5,4	0,3	-8,3	55,7	62,6

Berekend op basis van: CBS, Bevolkingsprognose 1996-2050, in: *Statistisch Bulletin*, CBS, 20 december 1996, pp. 5-8.

Conclusie

Het voorgaande illustreert de kwetsbaarheid van de huidige systematiek in tijden van toenemende vergrijzing. De noodzaak van een goed stelsel van gezondheidszorg staat niet ter discussie. Omwille van de toegankelijkheid wordt evenmin betwist dat vormen van solidariteit – zoals die tussen jong en oud, gezond en ziek, man en vrouw, lagere en hogere inkomens – in de financiering van de gezondheidszorg noodzakelijk en maatschappelijk wenselijk zijn.

De wijze waarop het stelsel wordt gefinancierd, bergt op de langere termijn economisch gezien het risico in zich, dat premieverhoging in de loonkosten wordt afgewenteld, waardoor via wigvergroting arbeidsplaatsen zouden kun-

nen worden afgestoten. De financiële kwetsbaarheid is grotendeels toe te schrijven aan omslagelementen in de AWBZ en het tweede compartiment: als één generatie aanzienlijk omvangrijker is dan de volgende generatie, dan is – ceteris paribus – een toenemende solidariteitsoverdracht tussen generaties noodzakelijk. Deze kwetsbaarheid van de zorguitgaven wordt versterkt door het leeftijdsafhankelijke karakter van het zorggebruik, waardoor het grootste zorggebruik in die leeftijdscategorie plaatsvindt, die het snelst in omvang groeit.

Beide effecten tezamen maken dat bij handhaving van de huidige financieringssystematiek ook de betaalbaarheid ter discussie komt. De lastenverdeling van de toenemende zorguitgaven door de vergrijzing is in belangrijke mate een vraagstuk van de solidariteitsoverdrachten tussen de generaties. Naarmate de groeivoet van de toekomstige zorguitgaven hoger ligt, zal het beroep op de intergenerationele solidariteit – ceteris paribus – verder toenemen⁵⁸. Voorzover dit als ongewenst wordt ervaren, ligt het voor de hand dat toekomstige ouderen een groter deel van de toenemende zorguitgaven zelf zullen dragen. Het maatschappelijke draagvlak hiervoor zal toenemen naarmate de financiële positie van de categorie ouderen in de loop der tijd verbetert.

4.5 Oplossingsrichtingen inzake de ouderenzorg

In paragraaf 4.4.1 is een drietal knelpunten in de ouderenzorg gesignaleerd. Het gaat zowel om inhoudelijke, als bestuurlijke en financiële knelpunten. In deze paragraaf wordt gepoogd deze knelpunten van oplossingsrichtingen te voorzien.

Daarbij zal in eerste instantie de nadruk vallen op het oplossen van de inhoudelijke problemen. Eventuele beleidswijzigingen op het bestuurlijke vlak zijn geen doel op zichzelf, maar dienen te volgen op inhoudelijke keuzes. Voorts is denkbaar dat het niet goed mogelijk is om de inhoudelijke en financiële problematiek tegelijkertijd op te lossen. Voorzover inhoudelijke verbeteringen op het gebied van de ouderenzorg leiden tot hoge (collectieve) uitgavenstijgingen, zijn nadere afwegingen aan de orde die het onderwerp vormen van paragraaf 4.6.

58 Zie hiervoor ook het WRR-rapport *Volksgezondheidsbeleid* (inz. pp. 79-82) waarin wordt geconcludeerd dat niet zozeer het groepercentage van de gezondheidskosten het belangrijkste probleem vormt, alswel het feit dat een belangrijk deel van de toekomstige groei van deze kosten moet worden opgebracht door een relatief kleine bevolking. Hierdoor zullen de gezondheidskosten per persoon derhalve veel sterker toenemen dan voorheen, hetgeen een zwaardere druk legt op de solidariteit. Die solidariteit zal toch al op de proef worden gesteld in verband met de toekomstige financiering van de oudedagvoorziening.

Bij de te presenteren oplossingsrichtingen moet niet worden gedacht aan een blauwdruk die tot in detail aangeeft op welke leest het stelsel van gezondheidszorg de komende 30-40 jaar moet worden geschoeid. Veeleer gaat het om beleidsopties die afzonderlijk of in samenhang de vergrijzingsbestendigheid van het huidige stelsel kunnen vergroten.

Genoemde inhoudelijke oplossingsrichtingen vormen het onderwerp van paragraaf 4.5.1. In paragraaf 4.5.2 wordt kort aangegeven wat het een en ander met zich brengt op het bestuurlijke vlak. Paragraaf 4.5.3 gaat nader in op de financiële consequenties.

4.5.1 Inhoudelijke oplossingsrichtingen: meer vraag binnen de aanbodregulering

In de ouderenzorg is sprake van een meer dan gemiddelde jaarlijkse uitgavenstijging uit hoofde van demografische ontwikkelingen (zie paragraaf 4.4.1). Toch kan niet zonder meer worden gesteld dat dit ertoe zal leiden dat de ouderenzorg op de langere termijn onbetaalbaar zal worden. Flankerend beleid op het gebied van de overheidsfinanciën en de arbeidsparticipatie maken het mogelijk om de uitgavenstijging in de gezondheidszorg als gevolg van de vergrijzing op te vangen, *uitgaande van de huidige zorgarrangementen*.

Een belangrijk knelpunt in de huidige ouderenzorg betreft de gebrekkige aansluiting van het collectief gefinancierde aanbod op de steeds pluriformere zorgvraag van mondige oudere burgers. Genoemde discrepantie tussen vraag en aanbod leidt zelfs tot gescheiden zorgcircuits, omdat het hogere inkomen ertoe aanzet om hun zorgbehoefte elders in te kopen. Op deze manier lijkt de collectief gefinancierde ouderenzorg steeds minder op een volksverzekering en steeds meer op een voorziening voor de lage inkomens. Dit komt de legitimiteit van de AWBZ als volksverzekering niet ten goede.

Om de ouderenzorg binnen een volksverzekering te houden, zou deze meer rekening moeten houden met de uiteenlopende wensen van (toekomstige) ouderen. Inhoudelijke verbeteringen in de ouderenzorg zullen echter al gauw leiden tot uitgavenstijgingen bovenop de demografisch bepaalde ontwikkeling, waardoor de betaalbaarheid op termijn alsnog in het geding komt. Tegen deze achtergrond heeft de commissie een drietal oplossingsrichtingen uitgewerkt die zoveel mogelijk aansluiten bij de in paragraaf 4.4.3 gesignaleerde inhoudelijke knelpunten.

De eerste twee oplossingsrichtingen gaan hoofdzakelijk uit van het voortbestaan van de ouderenzorg als volksverzekering in het kader van de AWBZ. Binnen deze varianten is het de kunst om het collectief gefinancierde aanbod

beter te laten aansluiten op de pluriforme zorgvraag van ouderen, ongeacht hun financiële positie. De eerste oplossingsrichting probeert dit te bereiken binnen een brede AWBZ (inclusief zorg, wonen en welzijn) en uitgaande van de huidige AWBZ-aanbieders. De tweede oplossingsrichting valt in een aantal subvarianten uiteen. In deze subvarianten worden verschillende invalshoeken belicht (functionele aanspraken, het loskoppelen van zorg, wonen en welzijn, alsmede de introductie van gereguleerde concurrentie) die afzonderlijk of in combinatie de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieders nog verder kunnen versterken. Gezien het grote aantal mogelijke onderlinge combinaties is het niet mogelijk om deze allemaal tot in detail uit te werken⁵⁹.

Voorzover deze oplossingsrichtingen tot extra uitgaven leiden, moeten de consequenties daarvan worden afgewogen tegen de welvaartswinst die wordt geboekt door het beter honoreren van maatschappelijke preferenties.

Op voorhand moet worden opgemerkt dat uitgavenverhogingen als gevolg van kwaliteitsverbeteringen ten dele kunnen worden gecompenseerd door uitgavenverlagingen als gevolg van pakketverkleining en/of verkleining van de doelgroep. Deze mogelijkheid wordt met name uitgewerkt in de derde oplossingsrichting, waarbij de ouderenzorg als volksverzekering plaats maakt voor een vangnet ten behoeve van ouderen met hoge gezondheidsrisico's en/of lage inkomens. Als zodanig is de derde oplossingsrichting de enige richting waar per saldo uitgavenverlagingen in de collectief gefinancierde ouderenzorg tot de mogelijkheden behoren.

De drie door de commissie uitgewerkte oplossingsrichtingen luiden als volgt:

1. Kwalitatieve opwaardering van de collectief gefinancierde ouderenzorg in het kader van de AWBZ, uitgaande van de bestaande aanspraken en de bestaande AWBZ-instellingen.
2. Meer keuzemogelijkheden binnen de AWBZ, onder meer door:
 - a. het functioneel omschrijven van verzekerde aanspraken, waardoor de cliënt uit meer aanbieders kan kiezen;
 - b. het functioneel scheiden van zorg, wonen en welzijn, waarbij de AWBZ zich beperkt tot de medische zorgvoorzieningen;
 - c. de introductie van gereguleerde concurrentie voor grote delen van de collectief gefinancierde ouderenzorg, zodat cliënten tussen verschillende zorgverzekeraars kunnen kiezen.

59 De drie genoemde invalshoeken vallen ook te combineren met oplossingsrichting 3 en, zij het in mindere mate, met oplossingsrichting 1.

3. Het omvormen van de ouderenzorg van een volksverzekering tot een vangnet voor ouderen met hoge risico's en/of lage inkomens.

Deze oplossingsrichtingen worden in figuur 4.2 kort omschreven en in het onderstaande nader uitgewerkt.

Figuur 4.2 – Inhoudelijke oplossingsrichtingen voor de ouderenzorg op hoofdlijnen

oplossings-richting	1.	2. Meer flexibiliteit binnen de collectief gefinancierde ouderenzorg			3.
		Variant A	Variant B	Variant C	
omschrijving	opwaardering binnen de huidige AWBZ	functionele aanspraken binnen AWBZ	wonen en welzijn uit AWBZ	deel ouderenzorg naar 2e of 3e compartiment	markwerking met behoud van een vangnet
inhoud AWBZ	alle bestaande aanspraken blijven binnen de AWBZ	alle bestaande aanspraken blijven binnen de AWBZ	alleen zorgtaken blijven binnen AWBZ	alleen langdurige, intensieve intramurale zorg blijft in AWBZ	alleen langdurige, intensieve intramurale zorg blijft in AWBZ
betere aansluiting tussen vraag en aanbod door:	<ul style="list-style-type: none"> - betere afstemming macrobudget op feitelijke behoefte - inspraak cliënt bij zorgkantoor, regiovisie e.d. - geïntegreerde zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> - het werken met functionele zorgaanspraken en persoonsgebonden budgetten - het assisteren van de cliënt bij het kiezen tussen diverse zorgaanbieders - meer vrijheden voor AWBZ-instellingen ten aanzien van exploitatie en bouw 	<ul style="list-style-type: none"> - nieuwe aanbieders op het gebied van wonen en welzijn / maatschappelijke dienstverlening 	<ul style="list-style-type: none"> - gereguleerde concurrentie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars om resterende ouderenzorg 	<ul style="list-style-type: none"> - vrije-marktwerking

Oplossingsrichting 1: kwalitatieve opwaardering van de collectief gefinancierde ouderenzorg in het kader van de AWBZ

Een eerste optie voor het oplossen van bovengenoemde knelpunten is het opwaarderen van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg tot een maatschappelijk gezien aanvaardbaar zorgniveau. Dit houdt in dat er bij het vaststellen van de macrokaders meer rekening gehouden moet worden met de (kwaliteit van de) feitelijke zorgbehoefte.

In deze benadering blijft de aanbodregulering met de daarbij horende instrumenten van beheersing (macrobudget, centrale sturing via de WVZ en de WTG) centraal staan. Het verschil met de huidige situatie is dat het rijk zich bij het vaststellen van het zorgbudget meer gelegen laat liggen aan het wegwerken van knelpunten die door lagere overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en (organisaties van) patiënten worden gesignaleerd. Dit zou kunnen gebeuren in het kader van de meerjarenafspraken met sector ouderenzorg. Ook is mogelijk dat het rijk zich meer baseert op de regiovisies die door de provincies en de grote steden worden opgesteld. In dat geval is natuurlijk weer van belang dat deze regiovisies een goede afspiegeling vormen van de feitelijke zorgbehoefte in de desbetreffende regio's.

Het is echter maar zeer de vraag of de uiteenlopende wensen van (toekomstige) ouderen op deze manier afdoende kunnen worden gehonoreerd. De versterking van de vraagzijde vindt immers plaats door derden voor de belangen van ouderen te laten opkomen. Dit geeft geen garantie dat de wensen van individuele ouderen beter aan bod zullen komen.

Verder zet deze oplossingsrichting alleen zoden aan de dijk indien de huidige AWBZ-aanbieders de taak krijgen de woonkwaliteit waar mogelijk te verhogen. Als dat niet of onvoldoende gebeurt, zullen de middenklassen er weinig voor voelen om van de bestaande voorzieningen gebruik te gaan maken.

Om concurrerend te blijven zal de woonkwaliteit in de AWBZ overeen moeten komen met de eisen die aan de reguliere volkshuisvesting worden gesteld. Dit brengt een aanzienlijke versterking van de woonfunctie binnen de AWBZ met zich mee.

Ceteris paribus brengt deze benadering ten opzichte van de huidige situatie hogere collectieve uitgaven met zich mee⁶⁰. Daar staat tegenover dat deze hogere uitgaven direct het gevolg zijn van het honoreren van maatschappelijke preferenties. Voorzover het hogere niveau van zorg inderdaad tot gevolg heeft dat de middengroepen in grotere mate van de AWBZ-voorzieningen gebruik

60 Het is uiteraard altijd mogelijk om bij een heroverweging van het collectief gefinancierde pakket te komen tot compenserende uitgavenverlagingen. In deze variant, waar de woonfunctie in het kader van de AWBZ wordt versterkt, ligt pakketverkleining op het gebied van zorg en/of welzijn echter minder voor de hand.

gaan maken, zou er ook meer geld binnen kunnen komen in de vorm van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen.

Zoals gezegd kan de vraagzijde in deze oplossingsrichting weliswaar een iets krachtiger geluid laten horen, maar blijft toch de (huidige) aanbodzijde centraal staan. Binnen deze benadering is het derhalve heel goed mogelijk dat bestaande AWBZ-instellingen (thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen) onderling gaan fuseren om op deze manier een meer afgestemd en samenhangend pakket van zorg te kunnen leveren. Een dergelijke geïntegreerde zorgaanbieder kan goede afspraken maken met het regionale indicatieorgaan, het zorgkantoor en de regionale ziekenhuizen⁶¹. Dit kan een belangrijke bijdrage leveren aan de gewenste afstemming tussen het eerste en tweede compartiment.

Een bezwaar is evenwel dat de individuele patiënt in nog sterkere mate voor een alles-of-niets keuze wordt gesteld dan nu al het geval is. Het zorgkantoor zal daar, gezien de dominante positie van de zorgaanbieder, weinig aan kunnen doen. Zeker op de langere termijn is het maar de vraag of een geïntegreerde, monopolistische aanbieder op termijn voldoende rekening zal kunnen houden met de uiteenlopende wensen van kritische en mondige ouderen⁶².

Oplossingsrichting 2: meer keuzemogelijkheden binnen de AWBZ

Een tweede optie gaat derhalve uit van het inbouwen van meer keuzemogelijkheden binnen de collectief gefinancierde AWBZ-voorzieningen. Dit moet voorkomen dat de burger voor een alles-of-niets keuze wordt geplaatst tussen een (mogelijk slecht zittend) confectiekostuum op kosten van de collectieve voorziening of iets meer maatwerk, maar dan geheel voor eigen rekening.

Variant 2a: flexibele afspraken

Voor het inbouwen van meer keuzemogelijkheden staat een aantal richtingen open.

In de eerste plaats kan gedacht worden aan het omschrijven van zorgaanspraken in meer functionele zin, inclusief het formuleren van deelaanspraken. De patiënt wordt dan niet langer geïndiceerd voor bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis (met het daarbij horende totaalpakket), maar voor een bepaalde vorm van zorg (bijvoorbeeld intensieve verpleging of revalidatie). De patiënt kan dan kiezen uit alle aanbieders die hem of haar op een verantwoorde manier kunnen verplegen of revalideren.

61 In Gorinchem is zelfs sprake van een fusie tussen de genoemde AWBZ-instellingen en het regionale ziekenhuis. Zie: J.M.H. van der Velden en C. van Vlaanderen, *Patiëntenlogistiek in de zorgketen*, Medisch contact, 20 november 1998, pp. 1510-1512.

62 Dit punt vervalt indien de patiënt kan kiezen tussen verschillende geïntegreerde zorgconcerns.

Dit hoeven dan niet per se de huidige AWBZ-instellingen te zijn. Ook is niet gezegd dat alternatieve aanbieders zich moeten beperken tot het verlenen van zorg in het eerste compartiment. In deze gedachtegang is het bijvoorbeeld denkbaar dat een ziekenhuis, aansluitend op een medische behandeling, ook in de gelegenheid wordt gesteld om (indien de patiënt dat wenst en bij een concurrerend tarief) de daarop volgende revalidatie voor zijn rekening te nemen. Dit zou de afstemming tussen de twee compartimenten ten goede kunnen komen.

Een tweede mogelijkheid (die overigens goed samengaat met functioneel omschreven zorgaanpakken) is het meer gebruikmaken van persoonsgebonden of persoonsvolgende budgetten. Een patiënt met een indicatie voor dagopvang zit dan niet vast aan een verstrekking in natura. In plaats daarvan zou de patiënt de beschikking kunnen krijgen over een bedrag in contanten en/of een trekkingsrecht bij een nader te selecteren zorgaanbieder.

Functionele verstrekkingen (al dan niet uitgebreid met persoonsgebonden budgetten) koppelen hulp los van de vaste plaatsten waar ze nu wordt geboden. Op deze manier kan deskundigheid die nu alleen in intramurale voorzieningen beschikbaar is, voor thuiswonenden worden ingezet. Deze mogelijkheid heeft echter alleen meerwaarde als de patiënt de prijs-kwaliteitverhouding van bestaande AWBZ-instellingen kan vergelijken met die van alternatieve aanbieders om vervolgens de voor hem of haar best passende oplossing te kiezen. Dit betekent dat de uitvoerder van de AWBZ (het zorgkantoor) voor de verschillende functies voldoende alternatieve aanbieders zal moeten contracteren.

De positie van de patiënt is het sterkst bij een persoonsgebonden budget. Zorgaanbieders zijn immers dan voor hun inkomsten mede afhankelijk van de bestedingen van individuele consumenten⁶³. Bijgevolg zullen zorgaanbieders er alle belang bij hebben om de wensen van de patiënt serieus te nemen. Bij functionele verstrekkingen blijft het zorgkantoor centraal staan. Het zorgkantoor zal naar de zorgaanbieders toe immers blijven optreden als contracterende partij. Als zodanig zal het zorgkantoor globaal rekening kunnen houden met de uiteenlopende wensen van ouderen en met de prijs- en kwaliteitsverschillen tussen de diverse aanbieders. Het zorgkantoor zal echter niet of nauwelijks kunnen beoordelen of ouderen op het individuele vlak ook echt zorg op maat krijgen.

63 Bij een volledige invoering van het persoonsgebonden budget is het zorgkantoor striktgenomen zelfs overbodig voor de uitvoering van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg.

Omdat bij functionele verstrekkingen het zorgkantoor centraal blijft staan, zal afzonderlijk aandacht moeten worden besteed aan de manier waarop het zorgkantoor geprikkeld kan worden om zich te blijven richten op de belangen van de cliënt. Indien het zorgkantoor achteraf alle gemaakte kosten voor medische zorg kan declareren bij de AWBZ-kas, loopt het geen financieel risico. Daarmee is er ook geen prikkel om de qua doelmatigheid en pluriformiteit best mogelijke zorg in te kopen.

Een optie zou kunnen zijn om het zorgkantoor een financieel risico te laten lopen over het voor zijn regio beschikbare budget voor ouderenzorg. Dit roept echter weer nieuwe vragen op over de zorgplicht (wat te doen als het budget in november op is?) en de relatie tussen zorgkantoren onderling (wat te doen als een aangrenzend zorgkantoor beter functioneert?). Dit spoor wordt verder opgepakt in variant 2c en wel in de context van gereguleerde concurrentie tussen ziekenfondsen⁶⁴.

Zoals aangegeven hebben functionele aanspraken tot gevolg dat één-op-één relatie tussen het soort aanspraak en het type AWBZ-aanbieder op de tocht komt te staan. Daarmee verliezen beheersingsinstrumenten als de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) hun kracht. Het bestaande instrumentarium dat gericht is op beheersing van volume en prijzen zal vervangen moeten worden door een flexibeler instrumentarium, zoals het werken met landelijke, regionale en individuele budgetten.

Bestaande en nieuwe AWBZ-aanbieders zouden bijvoorbeeld meer vrijheid moeten krijgen om aanvullende inkomsten te verwerven (dat wil zeggen buiten het AWBZ-gefinancierde instellingsbudget om) voor additionele diensten op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Momenteel zijn aanbieders gebonden aan vaste tarieven en, bij het afgesproken volume, aan vaste budgetten. Hoger dan begrote inkomsten worden zelfs in mindering gebracht op het instellingsbudget. Daarmee hebben AWBZ-instellingen geen enkele financiële prikkel om met hun aanbod beter in te spelen op de vraag.

Ook voorschriften met betrekking tot de planning en de bouw van intramurale voorzieningen (met name de WVZ) belemmeren de mogelijkheden van AWBZ-instellingen om meer rekening te houden met de woonwensen van ouderen. Het gaat daarbij onder meer om voorschriften ten aanzien van de schaal (eerder groot- dan kleinschalig), de financieringswijze (eerder kopen dan huren of leasen) en het aantal vierkante meters per kamer. Door het loslaten van rigide voorschriften op dit gebied, kunnen AWBZ-instellingen meer maatwerk leve-

64 Ziekenfondsen hebben een financiële uitlaatklep in de vorm van de nominale premie. Indien de cliënt een eventuele premieverhoging in geen verhouding vindt staan tot de geboden kwaliteit, dan staat het hem vrij om van ziekenfonds te veranderen.

ren op het gebied van wonen en desgewenst samenwerkingsverbanden aangaan met bijvoorbeeld woningbouwverenigingen⁶⁵.

Door het opnemen van meer keuzemogelijkheden binnen de AWBZ is een betere aansluiting mogelijk tussen vraag en aanbod. Ouderen krijgen meer mogelijkheden om zorg-op-maat aan te schaffen. Daarbij kan ook de vormgeving van de eigen bijdrage worden betrokken. De eigen bijdrage kan bijvoorbeeld niet slechts afhankelijk worden gemaakt van het inkomen, maar sterker dan nu een relatie krijgen met de geleverde prestatie. Hierdoor zal het ook voor de middengroepen aantrekkelijker worden om van de AWBZ-voorzieningen gebruik te maken. Op zijn beurt zal dit het draagvlak voor de volksverzekeringen versterken en de ontwikkeling van gescheiden zorgcircuits tegengaan.

Op voorhand lijkt het realistisch te veronderstellen dat deze variant zal leiden tot hogere collectief gefinancierde uitgaven voor ouderenzorg. Het inzetten op meer keuzemogelijkheden binnen de volksverzekering AWBZ zal de vraag naar zorg eerder vergroten dan verkleinen.

De vraag in welke mate sprake zal zijn van uitgavenverhogingen, hangt sterk af van de vormgeving en hoogte van persoonsgebonden budgetten en inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Besparingen kunnen bijvoorbeeld optreden door persoonsgebonden budgetten vast te stellen op 60 of 70 procent van de kosten van de in natura verstrekking. Ook kan worden bepaald dat niet-bestede budgetten gedeeltelijk worden teruggestort.

Van evengroot belang is hoever het rijk wil gaan bij het functioneel omschrijven van zorgaanspraken. Dit is immers mede bepalend voor de mate waarin kostenbesparing kan optreden als gevolg van het toelaten van concurrerende aanbieders op het gebied van zorg, wonen en welzijn tot de AWBZ. Bij een vergaande functionele omschrijving (inclusief wonen en welzijn) zullen de AWBZ-voorzieningen op dit gebied nauwelijks te onderscheiden zijn van het gewone wonen en de gemeentelijke dienstverlening.

Variant 2b: wonen en welzijn uit de AWBZ

Een tweede mogelijkheid om de keuzemogelijkheden voor de cliënt te vergroten betreft het scheiden van zorg, wonen en welzijn (dienstverlening), zoals aanbevolen door de VROM-Raad en de RVZ⁶⁶. In deze opzet zou de AWBZ-gefi-

65 Het versoepelen van de regelgeving ten aanzien van de planning, de bouw en de exploitatie kan ook een rol spelen bij oplossingsrichting 1.

66 VROM-Raad, *Wonen met zorg*, Den Haag 1998; RVZ, *Met zorg wonen (deel 1 en 2)*, Zoetermeer, 1997 en 1998. Overigens heeft ook de Tweede Kamer zich in een motie voor een dergelijke scheiding uitgesproken.

nancierde ouderenzorg zich hoofdzakelijk beperken tot de op medische gronden noodzakelijke zorgverlening⁶⁷. De huisvesting van ouderen (inclusief ouderen met beperkingen) zou dan de primaire verantwoordelijkheid worden van gemeenten, woningbouwcorporaties en het Ministerie van VROM, terwijl de maatschappelijke dienstverlening voornamelijk bij de gemeenten terecht zou komen.

Deze benadering brengt voor ouderen een nog veel verdergaande verruiming van het aantal keuzemogelijkheden met zich mee. Bovendien kan een deel van de eerder gesignaleerde bestuurlijke knelpunten (de raakvlakken met volkshuisvesting en gemeentelijk welzijnsbeleid) worden weggenomen.

Het scheiden van de functies zorg, wonen en welzijn lijkt de meeste mogelijkheden te bieden om in het kader van een volksverzekering de steeds pluriformere zorgvraag van ouderen het hoofd te kunnen bieden.

Op voorhand lijkt deze mogelijkheid echter ook een aanzienlijke stijging van de collectieve uitgaven met zich te brengen. Dat komt met name doordat de (minimum)normen op het gebied van de ouderenhuisvesting buiten de AWBZ aanmerkelijk hoger liggen dan daarbinnen. De resulterende kwaliteitsverhoging zal ceteris paribus hogere uitgaven met zich brengen. Daar staat tegenover dat veel ouderen, gezien hun inkomenspositie, geen beroep zullen doen op huursubsidie. Dit betekent dat de extra woonwensen van de (hogere) middenklassen kunnen worden gehonoreerd, zonder dat dit hogere collectieve uitgaven met zich brengt.

Mogelijke besparingen doen zich voor dankzij een betere afstemming tussen de ouderenzorg en het gemeentelijke welzijnsbeleid, inclusief de woningaanpassing in het kader van de WVG.

Verder hangen de uiteindelijke gevolgen voor de collectieve uitgaven sterk af van nadere keuzes ten aanzien van eigen bijdragen, subsidies en persoonsgebonden budgetten.

Van belang is ook dat een scheiding tussen zorg, wonen en welzijn gevolgen heeft voor de heffingsgrondslag voor de collectief gefinancierde uitgaven voor ouderenzorg. Immers, het deel dat gemoeid is met wonen en welzijn zal dan niet meer uit de AWBZ-premie worden opgebracht maar uit de algemene middelen. Dit leidt tot een verbreding van de financiële basis voor de ouderenzorg als geheel.

Een nader aandachtspunt betreft evenwel de bestuurlijke afstemming tussen de aanbieders van de gescheiden functies (zie 4.5.2). Immers, het afsplitsen van

67 De uitzondering betreft de intensieve verzorging en verpleging van ouderen met ernstige somatische en psycho-geriatische klachten. Voor deze categorie is het om redenen van doelmatigheid gewenst om zorg, wonen en welzijn geïntegreerd aan te blijven bieden.

wonen en welzijn van de AWBZ roept de noodzaak op om goed te regelen dat deze functies op het niveau van de individuele oudere patiënt weer naadloos bij elkaar worden gebracht. Voorzover dit op problemen stuit, kan worden overwogen om alleen het wonen af te splitsen van de AWBZ.

Ook in dat geval speelt op de kortere termijn (de komende 10 jaar) het probleem dat bestaande verpleeg- en verzorgingshuizen niet kunnen concurreren met de reguliere woningmarkt. Voor deze instellingen zal dan op de een of andere manier een voorziening moeten worden getroffen.

Variant 2c: gereguleerde concurrentie binnen de ouderenzorg

Een derde mogelijkheid voor het inbouwen van meer keuzemogelijkheden voor de cliënt is het introduceren van (gereguleerde) concurrentie tussen zorgverzekeraars in het eerste compartiment. De gedachte hierachter is dat de cliënt ook op het gebied van ouderenzorg moet kunnen kiezen tussen verschillende zorgverzekeraars. In de huidige AWBZ wordt de collectief gefinancierde ouderenzorg uitgevoerd door een zorgkantoor dat in zijn regio een monopoliepositie inneemt. Bijgevolg heeft het zorgkantoor geen echte prikkel om zich klantvriendelijk op te stellen. Het toestaan van (gereguleerde) concurrentie tussen zorgkantoren, naar analogie van de ziekenfondsen in het tweede compartiment, zou hier verandering in kunnen brengen.

Het verschil in ordeningsprincipe – aanbodregulering versus (gereguleerde) concurrentie – ligt ten grondslag aan de bestaande afbakening tussen het eerste, tweede en derde compartiment. Het ligt dan ook voor de hand om bij de eventuele invoering van (gereguleerde) concurrentie in de ouderenzorg de huidige scheidslijnen tussen de compartimenten te heroverwegen.

Bij een nieuwe afbakening tussen de compartimenten zijn er goede argumenten om verschil te maken tussen lichtere en/of kortdurende vormen van ouderenzorg enerzijds en anderzijds de langdurige (intramurale) verzorging voor ouderen met ernstige somatische of psycho-geriatrische klachten⁶⁸.

Er zijn verschillende redenen om langdurige, kostbare aanspraken in een volksverzekering onder te blijven brengen en zodoende niet aan marktwerking te onderwerpen. Zo kunnen consumenten (ten onrechte) veronderstellen dat zij toch geen gebruik zullen maken van langdurige intramurale zorg en derhalve afzien van verzekering. De overheid kan dan uit paternalistische overwegingen besluiten tot verzekeringsplicht. Daarnaast speelt een rol dat sommige voorzieningen (langdurige ziekenhuis- en verpleeghuiszorg) zo duur zijn dat een vrijwillige verzekering moeilijk realiseerbaar is. Ook in dat geval biedt een

68 Een ander voorbeeld is de ziekenhuiszorg langer dan een jaar.

verplichte volksverzekering uitkomst. Verder kunnen zorgverzekeraars die opereren op een concurrerende markt in de verleiding komen om polissen aan te bieden die (te) weinig regelen op het gebied van de duurste vormen van ouderenzorg. Dit in de veronderstelling dat de meeste consumenten liever een lagere verzekeringspremie hebben dan een aanspraak op een kostbare voorziening waarvan ze tocht geen gebruik denken te maken.

Voor de minder langdurige en intensieve vormen van ouderenzorg spelen deze argumenten eigenlijk geen rol. Het gaat dan om alle kortdurende aanspraken⁶⁹ (bijvoorbeeld thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg korter dan een jaar) maar ook voor de meeste aanspraken op het gebied van wonen en welzijn. Deze aanvullende voorzieningen zijn in de loop van de tijd in de AWBZ terecht gekomen met het oog op het vergemakkelijken van doelmatige substitutie (goedkope thuiszorg in plaats van dure verpleeghuiszorg). Aan deze op zich logische benadering kleven ook de nodige bezwaren. Tegenover het voordeel van de doelmatige substitutie met de intensieve verpleeghuiszorg staat immers het nadeel van een aanzienlijke verbreding van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg⁷⁰.

Deze verbreding brengt niet alleen een aanzuigende werking met zich mee, maar zorgt ook voor afstemmingsproblemen met aanpalende beleidsterreinen zoals wonen, welzijn en ziekenhuiszorg. Bovendien zijn de aanvullende voorzieningen in de AWBZ automatisch onderworpen aan de centrale prijs- en aanbodregulering, terwijl (gereguleerde) concurrentie wellicht beter op z'n plaats zou zijn.

Een andere afbakening tussen het eerste, tweede en derde compartiment zou er dus op neer kunnen komen dat alleen de langdurige, intensieve en intramurale ouderenzorg onderdeel blijft uitmaken van de volksverzekering AWBZ. De overige aanspraken zouden dan in het tweede compartiment terechtkomen (met gereguleerde concurrentie tussen ziekenfondsen) of zelfs in het derde compartiment (vrije concurrentie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars).

Bij toevoeging aan het tweede compartiment kan het gaan om de integratie van grotere of kleinere delen van de huidige ouderenzorg met de huidige ziekenfondsverzekering. In dat geval is sprake van verzekeringsplicht voor ouderen met een inkomen tot de ziekenfondsgrens en van acceptatieplicht voor

69 Deze aanspraken zijn goedkoper dan de aanspraak 'ziekenhuiszorg gedurende het eerste jaar' die deel uitmaakt van het tweede compartiment. Voor de kortdurende zorgvoorzieningen in het eerste compartiment geldt dus niet het argument van de onverzekerbaarheid.

70 Een voorbeeld is het voornemen om verzorgingshuizen (nu nog een voorziening) in 2001 op te nemen als aanspraak in het kader van de AWBZ.

ziekenfondsen. Deze benadering past bij het streven om de ziekenfondsverzekering op termijn om te bouwen van een werknemersverzekering tot een beperkte volksverzekering voor alle ingezetenen beneden een bepaalde inkomensgrens⁷¹.

Uitbreiding van het tweede compartiment heeft uiteraard gevolgen voor de premieheffing en de solidariteit tussen de verzekerden onderling. Het ligt immers niet voor de hand dat de kosten van het toevoegen van ouderenzorg aan het ziekenfondspakket zullen kunnen worden opgebracht door de oudere ziekenfondsverzekerden. Ook is het niet de bedoeling dat als gevolg van deze operatie de werkgeverslasten omhooggaan. Bijgevolg zal er een groter beroep moeten worden gedaan op de solidariteit tussen de verzekerden onderling (zie verder paragraaf 4.6).

Ten opzichte van de huidige situatie heeft deze benadering het voordeel dat ouderen die niet tevreden zijn over de aangeboden zorg naar een andere zorgverzekeraar kunnen stappen. Ook zal er binnen het (met ouderenzorg uitgebreide) ziekenfondspakket een betere afstemming kunnen plaatsvinden tussen ouderenzorg en ziekenhuiszorg.

Bij integratie van grote delen van de huidige ouderenzorg in het huidige ziekenfondspakket kan echter de situatie ontstaan dat een brede volksverzekering (de AWBZ) is ingeruild voor een iets minder breed equivalent. Indien een groot deel van de ouderen aanspraak kan maken op ouderenzorg in het kader van het ziekenfondspakket, zullen al gauw vergelijkbare inhoudelijke knelpunten opgeld doen als momenteel in de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg. Dit geldt met name indien geen scheiding wordt aangebracht tussen zorg, wonen en welzijn.

Daar staat tegenover dat de hogere middenklassen alle ruimte zullen hebben gekregen om hun pluriforme zorgvraag naar eigen inzichten in te vullen. Voor de groep die het moeilijkst tevreden te stellen is binnen de context van een volksverzekering is dan alsnog een structurele oplossing gevonden.

Oplossingsrichting 3: van volksverzekering naar vangnet

De bovengenoemde oplossingsrichtingen hebben grotendeels gemeen dat de ouderenzorg deel blijft uitmaken van de volksverzekering AWBZ. Dit heeft tot gevolg dat alle ingezetenen verplicht verzekerd zijn voor ouderenzorg⁷².

Omgekeerd zal de ouderenzorg als volksverzekering rekening dienen te houden met de uiteenlopende wensen van alle consumenten, zonder dat de collectieve uitgaven uit de hand gaan lopen. Bovengenoemde oplossingsrichtingen

71 Een voorbeeld van dit streven is het voornemen om kleine zelfstandigen per 1 januari 2000 toe te laten tot de ziekenfondsverzekering.

72 De uitzondering is de particulier verzekerde in de bovengenoemde variant 2c.

laten zien dat het gelijktijdig realiseren van beide uitgangspunten (meer zorg-op-maat én betaalbaarheid) niet gemakkelijk is.

In de derde oplossingsrichting wordt ervan uitgegaan dat meer zorg-op-maat én (collectieve) betaalbaarheid niet goed samengaan. Indien het accommoderen van de pluriforme zorgvraag van ouderen de doorslag geeft, dan heeft dat binnen deze benadering tot gevolg dat het grootste deel van de ouderenzorg voor rekening zal moeten komen van de ouderen zelf. De overgrote meerderheid van de (toekomstige) ouderen zou dan zijn eigen ouderenzorg-op-maat moeten inkopen, hetzij rechtstreeks hetzij via aanvullende verzekeringen. Tegenover het nadeel van de hogere eigen betalingen staat dan het voordeel dat ook de AWBZ-premie aanmerkelijk lager zal uitvallen.

Ook in deze benadering zijn er goede argumenten om sommige aanspraken in het kader van een volksverzekering onder te blijven brengen. Het gaat dan om de eerder genoemde langdurige (intramurale) verzorging voor ouderen met ernstige somatische of psycho-geriatrische klachten.

Van de overige aanspraken op ouderenzorg kan in deze benadering worden gesteld dat het onderbrengen in het collectieve domein in de loop van de tijd minder noodzakelijk is geworden. De gesignaleerde verbreding van de collectief gefinancierde ouderenzorg hangt samen met een trendmatige ontwikkeling die inhoudt dat gezondheidszorg zich steeds minder richt op kwesties van leven en dood (waarvoor een brede solidariteit op zijn plaats is) en zich steeds meer bezighoudt met het verbeteren van de kwaliteit van het leven. De kwaliteit van het leven wordt echter door tal van zaken bepaald (gezondheid, familie, wonen, welzijn, inkomen), waarvan slechts een deel tot het domein van de gezondheidszorg behoort. Juist met het oog op de in toenemende mate pluriforme zorgvraag van (toekomstige) ouderen is het zaak om tijdig over te gaan tot een scherpe afbakening van het collectief gefinancierde pakket. In dat geval vervalt het dilemma hoe de steeds meer uiteenlopende wensen op het gebied van zorg, wonen en welzijn op te vangen in het kader van een voor iedereen betaalbare volksverzekering.

Deze benadering, het inperken van een volksverzekering, is overigens precies omgekeerd aan de beleidsvoornemens van het kabinet. Het kabinet beoogt een bestaande voorziening (Wet op de bejaardenoorden, WBO) met ingang van 2001 onderdeel te laten uitmaken van de volksverzekering AWBZ.

Uitgaande van een beperkte invulling van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg zou het grootste deel van de huidige voorzieningen uit het huidige eerste compartiment kunnen verdwijnen. In termen van de gezondheidszorg is het de vraag of deze voorzieningen vervolgens in het tweede of in het derde comparti-

ment terechtkomen⁷³. Op deze plaats gaat het om de vraag of de desbetreffende voorzieningen volledig aan de markt kunnen worden overgelaten of dat er alsnog een vangnet gespannen moet worden voor kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld voor ouderen met hoge gezondheidsrisico's en/of lage inkomens⁷⁴. Bij de keuze voor en de vormgeving van een vangnet gaat het in hoge mate om politieke afwegingen. Het gaat immers om de vraag waarvoor en in welke mate solidariteit tussen burgers moet worden georganiseerd. In alle gevallen zal echter de vraag moeten worden beantwoord in hoeverre voorzieningen op het gebied van wonen en welzijn in het hier bedoelde vangnet thuishoren, of juist elders moeten worden ondergebracht (gemeenten, volkshuisvesting).

Het vangnet zou de vorm kunnen krijgen van een *subsidieregeling* voor ouderen met hoge gezondheidsrisico's. Op een vrije verzekeringsmarkt zou deze groep met hoge verzekeringspremies worden geconfronteerd. Een aan het gezondheidsrisico gerelateerde subsidie als bijdrage in de kosten van een verzekering zou dan een vangnet spannen in de context van een (voor het overige) vrije markt voor ouderenzorg.

Het vangnet kan ook de vorm krijgen van een *sociale voorziening* voor ouderen met een laag inkomen. Deze voorziening zou uitgevoerd kunnen worden door de gemeente (naar analogie van de Wet voorzieningen gehandicapten) of het zorgkantoor. Voorzover het om voorzieningen in natura gaat, zal de zorgvrager weinig te kiezen hebben. Elementen van vraagsturing zouden echter ook hier een rol kunnen spelen, zoals het werken met functionele zorgaanpakken en persoonsgebonden budgetten.

4.5.2 Bestuurlijke oplossingsrichtingen

De bestuurlijke knelpunten in de huidige ouderenzorg betreffen de onduidelijke invulling van de regiefunctie in de AWBZ alsmede de afstemming tussen de ouderenzorg en aanpalende terreinen, te weten het tweede compartiment, het gemeentelijk welzijnswerk en het volkshuisvestingsbeleid.

De aanpak van deze bestuurlijke knelpunten is sterk afhankelijk van de kiezen inhoudelijke oplossingsrichting. Dit geldt onder meer voor de keuzemomenten ten aanzien van de functies wonen en welzijn in relatie tot de collectief gefinancierde ouderenzorg. Ook het karakter van de collectief gefinancierde ou-

73 Dit is in de bovenbeschreven variant 2c uitgewerkt.

74 De beide begrippenparen lopen gedeeltelijk in elkaar over. Zo vindt marktwerking niet alleen plaats in het derde, maar ook in het tweede compartiment. Om verwarring te voorkomen, wordt in het volgende zo min mogelijk in termen van compartimenten gesproken.

derenzorg (volksverzekering of vangnet) heeft belangrijke consequenties voor de bestuurlijke vormgeving.

Het gaat te ver om in het kader van dit rapport alle mogelijke oplossingsrichtingen van uitgewerkte bestuurlijke varianten te voorzien. In plaats daarvan zal in het onderstaande in meer algemene zin op de bestuurlijke problematiek worden ingegaan.

Bestuurlijke oplossingsrichting binnen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg

Op het gebied van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg speelt een groot aantal actoren interactief en interdependent een rol (rijk, provincies, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders). Het besturingsmodel is hier echter niet op afgestemd⁷⁵. In de praktijk hebben de aanbieders de sterkste positie, terwijl de patiënt nog grotendeels buitenspel staat⁷⁶.

Gezien de sterke positie van de aanbieders van ouderenzorg ligt het in de rede om de vraagzijde te versterken. In het kader van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg staan hiervoor verschillende mogelijkheden open⁷⁷.

In de *eerste plaats* is het denkbaar om een derde partij (bijvoorbeeld het zorgkantoor) een sterkere positie te geven om namens hun cliënten de meest doelmatige zorg in te kunnen kopen. Doordat het zorgkantoor namens een groot aantal verzekerden contracten afsluit, kan het gunstiger voorwaarden bedingen dan de desbetreffende verzekerden op eigen houtje zouden kunnen⁷⁸.

In dit kader is het natuurlijk wel de vraag wat nu eigenlijk de prikkel is voor het zorgkantoor om ook op de lange termijn zoveel mogelijk rekening te willen houden met de uiteenlopende preferenties van ouderen. Het zorgkantoor heeft immers gedurende de concessieperiode (vijf jaar) een regionaal monopolie voor de uitvoering van de AWBZ. Bij het verstrijken van de concessieperiode zou een andere zorgverzekeraar het zorgkantoor over kunnen nemen. Gelet op de hiermee gepaard gaande transactiekosten lijkt dit een moeilijk begaanbare weg⁷⁹. Aan de andere kant zou het overweging verdienen om bij het verlengen

75 RVZ, Besturen in overleg, Zoetermeer 1998, pp. 18 en 19.

76 Ibid., p. 74.

77 Indien de ouderenzorg grotendeels aan de markt wordt overgelaten, zal dat de positie van de zorgvrager ten opzichte van de zorgaanbieder aanmerkelijk versterken.

78 Overigens kan de derde partij deze rol alleen goed vervullen indien zij kan kiezen uit een voldoende divers aanbod.

79 Zorgkantoren worden doorgaans bestuurd door het voormalige regionale ziekenfonds. Deze zorgverzekeraar is de regionale marktleider in het tweede compartiment en beschikt derhalve over de beste contacten met de regionale aanbieders van zorg. Het veranderen van zorgverzekeraar kan derhalve met zulke hoge transactiekosten gepaard gaan, dat het beëindigen van een concessie een te zware sanctie kan worden. Bovendien is nog niet duidelijk welke criteria voor het verlengen van een concessie zullen worden gehanteerd.

van de concessie de ervaringen van patiënten(organisaties) in de beschouwing te betrekken.

In de *tweede plaats* kan ook de positie van de cliënt zelf worden versterkt. Dat kan onder meer door (organisaties van) patiënten inspraak te geven in het beleid. Op landelijk dan wel regionaal niveau valt te denken aan inspraak bij de totstandkoming van meerjarenovereenkomsten met het rijk dan wel de formulering van regiovisies door de provincies en grote steden. Patiënten- en consumentenorganisaties zouden daar bijvoorbeeld ook een vuist kunnen maken voor kwalitatieve verbeteringen als meer keuzevrijheid en een ruimere toepassing van persoonsgebonden budgetten.

Verder zijn er ook mogelijkheden om patiëntenorganisaties te betrekken bij het beleid van de zorgkantoren en de regionale indicatieorganen. Bij de indicatieorganen zouden cliënten kunnen aandringen op het werken met functioneel omschreven zorgaanpakken. Hierdoor komen in principe alle aanbieders die de geïndiceerde zorgbehoefte kunnen leveren binnen het bereik van de patiënt. Voorwaarde is wel dat de zorgkantoren bereid zijn om de rekeningen van deze alternatieve aanbieders te vergoeden uit de AWBZ-kas. Cliënten zouden op dit punt dus invloed moeten kunnen uitoefenen op het beleid van het zorgkantoor. Het gaat dan niet alleen om meer keuzevrijheid bij het selecteren van een zorgaanbieder, maar bijvoorbeeld ook om de mogelijkheid van onafhankelijke ondersteuning bij het inkopen van zorg op maat.

Om de positie van cliënten ten opzichte van het zorgkantoor te versterken, zou het rijk bij het verlengen van de concessie met hun ervaringen rekening kunnen houden.

Bestuurlijke oplossingsrichting voor de afstemming tussen de AWBZ, wonen en welzijn

Een scheiding tussen zorg, wonen en welzijn (dienstverlening) schept meer keuzemogelijkheden voor de cliënt. Het gaat niet alleen om *meer* aanbieders; er is ook sprake van aanbieders die op het gebied van wonen (woningbouwcorporaties) en maatschappelijke dienstverlening (gemeenten) een comparatief voordeel kunnen hebben ten opzichte van de huidige AWBZ-instellingen.

Een tweede voordeel van het scheiden van zorg, wonen en welzijn is dat het mogelijk wordt om een helderder taakafbakening te maken tussen bijvoorbeeld de verantwoordelijkheden van gemeenten, woningbouwverenigingen en de Ministeries van VROM, SZW en VWS⁸⁰.

80 Indien wonen en welzijn deel blijven uitmaken van de AWBZ, is het nog steeds noodzakelijk om tot een betere afstemming met de aanpalende beleidsterreinen te komen. Dit zou kunnen op het niveau van de regiovisie.

In deze benadering blijft de AWBZ alleen verantwoordelijk voor de (medische) zorgfunctie. De uitzondering op deze regel doet zich voor in het geval dat de zorgvraag zo groot is dat om doelmatigheidsredenen intramurale verpleging noodzakelijk is.

De wooncomponent zou dan de verantwoordelijkheid worden van het volkshuisvestingsbeleid. Dit geldt ook voor ouderen met beperkingen. De niet-medische zorg (welzijnswerk, dienstverlening) kan afzonderlijk worden geregeld, bijvoorbeeld via het uitbouwen van de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten.

Bij het uitwerken van de scheiding tussen zorg, wonen en welzijn komt overigens ook het grotestedenbeleid nadrukkelijk in beeld⁸¹. Bij de wooncomponent gaat het bijvoorbeeld niet alleen om betaalbare woningen voor ouderen, maar ook om de zorg voor een veilige en toegankelijke woonomgeving. Ook dient de woningvoorraad in kwalitatieve zin aan te sluiten bij de gedifferentieerde samenstelling van de bevolking. Speciaal voor ouderen gaat het dan om woningaanpassing⁸² en het aanbieden van koopwoningen voor senioren⁸³. Op deze gebieden hebben gemeenten en woningbouwverenigingen gemeenschappelijke belangen en verantwoordelijkheden.

Daarnaast is van belang dat de zorg- en welzijnsvoorzieningen afgestemd zijn op de demografische opbouw van de wijk. Bij de welzijnsvoorzieningen kan het onder meer gaan om buurtdiensten gericht op individuele dienstverlening (bezorgdiensten) en op het instandhouden van collectieve voorzieningen (groenbeheer, wijkbeheer). In dit verband zijn er verschillende mogelijkheden om het gemeentelijke welzijnsbeleid aan te laten grijpen op het gemeentelijke activeringsbeleid⁸⁴.

Het scheiden van de functies zorg, wonen en welzijn kan echter leiden tot afstemmingsproblemen tussen AWBZ- en niet AWBZ-aanbieders op individueel niveau⁸⁵. Om dit te voorkomen zouden bij de indicatiestelling en zorgtoewijzing alle drie de terreinen aan bod moeten komen. Om kwetsbare patiënten te beschermen stelt de RVZ zelfs voor om de coördinatie tussen de verschillende aanbieders zo nodig een wettelijke basis te geven⁸⁶.

81 SER-advies, *Samen voor de stad*, Publicatienr. 98/01, Den Haag 1998, pp. 57, 58, 71, 72 en 79-84.

82 SCP, *Rapportage ouderen 1996*, Rijswijk 1997.

83 P. Hooimeijer (et al.), *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, op.cit., p. xi.

84 Zie ook WRR, *Volksgesondheidszorg*, Den Haag 1997, pp. 176 en 177.

85 SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 1998; 25 jaar sociale verandering*, Rijswijk 1998, pp. 339 en 340.

86 Daarnaast dient bijvoorbeeld op het niveau van het zorgkantoor of de regiovisie afstemming plaats te vinden over de aansluiting van het regionale aanbod op de feitelijke vraagontwikkeling.

Voorzover dit alsnog op problemen stuit, kan worden overwogen om in eerste instantie alleen de functie wonen af te scheiden van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg.

Bestuurlijke oplossingsrichting voor de afstemming tussen de AWBZ en het tweede compartiment

Momenteel leidt de scheiding tussen de collectief gefinancierde ouderenzorg en het tweede compartiment tot ongewenste substitutie tussen ouderenzorg en ziekenhuiszorg. Dit zou opgelost kunnen worden door relevante delen van de ouderenzorg (kortdurende verpleeghuiszorg, thuiszorg) onder te brengen in het tweede compartiment. Dit zou de afstemming met de ziekenhuiszorg ten goede komen. Het probleem is evenwel dat de resulterende nieuwe knip tussen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg en het tweede compartiment weer nieuwe (wellicht minder bezwaarlijke) grensconflicten zal oproepen⁸⁷.

Een tweede, meer ingrijpende oplossing zou zijn gelegen in het samenvoegen van het eerste en tweede compartiment. Dit brengt echter aanzienlijke complicaties met zich mee, gezien de verschillen in aansturing tussen de twee compartimenten. Bij een volledige integratie zou voor de beide compartimenten gezamenlijk gekozen moeten worden tussen aanbodregulering en (gereguleerde) concurrentie. Meer aanbodregulering verdraagt zich slecht met de toenemende behoefte aan zorg-op-maat. Meer marktwerking is niet in het belang van kwetsbare zorgvragers (demente ouderen, geestelijk gehandicapten). Deze lopen dan immers het risico dat zorgverzekeraars uit concurrentieoverwegingen polissen gaan aanbieden met een minder brede dekking voor dure vormen van zorg die slechts voor een minderheid van belang zijn⁸⁸. Een tweede complicatie bij het samenvoegen van het eerste en tweede compartiment betreft de verschillen tussen ziekenfondsen en de particuliere verzekeringen. Bij samenvoeging van de beide compartimenten zouden deze verschillen gladgestreken moeten worden⁸⁹.

Een derde oplossing om te komen tot een betere afstemming tussen ouderenzorg en het tweede compartiment betreft het toestaan van zorgaanbieders die in beide compartimenten tegelijkertijd werkzaam zijn. Bij de drie inhoudelijke oplossingsrichtingen is hiervan al een aantal voorbeelden gegeven. In de context van strikte aanbodregulering in het eerste compartiment (oplossingsrichting 1) kunnen bestaande AWBZ-instellingen fuseren met regionale ziekenhui-

87 Zie de overwegingen terzake bij variant 2c.

88 Dit bezwaar is in variant 2c ondervangen door langdurige en intensieve intramurale zorg binnen de AWBZ te houden.

89 Dit punt is in variant 2c niet nader uitgewerkt.

zen. Een dergelijk zorgconcern zal weinig problemen hebben met compartimentoverschrijdende zorg.

Compartimentoverschrijdende zorg kan echter ook goed samengaan met het toetreden van nieuwe zorgaanbieders en bijgevolg met het vergroten van de keuzemogelijkheden voor de consument (oplossingsrichting 2 en 3). In het voorgaande is het voorbeeld genoemd van een ziekenhuis dat, aansluitend op een medische behandeling, ook in de markt is voor de daarop volgende revalidatie.

4.5.3 Financiële oplossingsrichtingen: een nieuwe balans tussen wensen, aanspraken en betalingen

Zoals opgemerkt in paragraaf 4.4.1 is er in de ouderenzorg sprake van een meer dan gemiddelde jaarlijkse uitgavenstijging uit hoofde van demografische ontwikkelingen. In combinatie met ontwikkelingen als het Baumol-effect en de steeds pluriformere zorgvraag van mondige oudere burgers, kan dit leiden tot aanzienlijk hogere uitgaven voor de collectief gefinancierde ouderenzorg.

Het ligt niet voor de hand om deze uitgavenstijging op te vangen door nog sterker in te zetten op (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen in de AWBZ. De huidige hoge maxima voor de inkomensafhankelijke eigen bijdragen zetten de (hogere) middenklasse er nu reeds toe aan om van hun AWBZ-aanspraken af te zien. Op deze manier dreigt de sociaal-economische positie en niet het gezondheidsrisico bepalend te worden voor het gebruik van AWBZ-voorzieningen. Deze ontwikkeling staat op gespannen voet met het karakter van de AWBZ als volksverzekering.

Indien de ouderenzorg een volksverzekering blijft, moet voorts het dilemma worden opgelost dat veel ouderen bereid zijn om meer te betalen voor een hogere kwaliteit van ouderenzorg, terwijl het niet realistisch is om al deze aanvullende wensen uit de AWBZ-kas te betalen.

Tegen deze achtergrond heeft de CSED een aantal inhoudelijke oplossingsrichtingen uitgewerkt om de gesignaleerde inhoudelijke knelpunten in de collectief gefinancierde ouderenzorg het hoofd te bieden. Deze oplossingsrichtingen bieden successievelijk een hogere kwaliteit en meer keuzevrijheid op het gebied van zorg, wonen en welzijn. De achterliggende gedachte is dat het op deze manier mogelijk moet zijn de (hogere) middenklassen binnenboord te houden. Tegenover de eigen bijdrage komt immers een aantrekkelijk aanbod te staan⁹⁰.

90 Bovendien kan de eigen bijdrage minder afhankelijk worden gemaakt van het inkomen en meer afhankelijk worden van de geleverde prestatie.

Op voorhand moet worden opgemerkt dat deze oplossingsrichtingen de collectieve uitgaven per saldo eerder zullen verhogen dan verlagen. Daar staat tegenover dat hogere uitgaven geen bezwaar hoeven te zijn zolang deze maar aansluiten bij maatschappelijke preferenties. Ook in dat geval kan zich echter de situatie voordoen waarin op de lange termijn de hogere uitgaven voor ouderenzorg eenzijdig bij de groep jongeren terecht dreigen te komen. In paragraaf 4.6 worden enkele mogelijkheden uitgewerkt voor de manier waarop (toekomstige) ouderen alsdan een evenwichtige bijdrage kunnen leveren.

Binnen de collectief gefinancierde ouderenzorg staan verschillende mogelijkheden open om uitgavenstijgingen te beperken of van een breder draagvlak te voorzien.

- Voorzover het collectief gefinancierde aanbod beter aansluit bij de wensen van de middengroepen, zullen er ook meer eigen bijdragen binnenkomen.
- Het bieden van meer keuzemogelijkheden op het gebied van zorg, wonen en welzijn, bijvoorbeeld door het werken met functionele zorgaanpakken, schept meer mogelijkheden voor zorg op maat. Hierdoor wordt voorkomen dat ouderen een kostbaar totaalpakket krijgen opgedrongen en dus meer zorg consumeren dan ze eigenlijk nodig hebben.
- Het bieden van keuzemogelijkheden op het gebied van zorg, wonen en welzijn maakt het mogelijk dat ouderen voor extra wensen ook meer kunnen betalen, zonder dat deze extra uitgaven voor rekening komen van het collectief.
- Het werken met persoonsgebonden budgetten kan besparingen opleveren voorzover de maximale vergoeding wordt vastgesteld op bijvoorbeeld 60 of 70 procent van de verstrekking in natura. Ook kan worden bepaald dat niet bestede budgetten gedeeltelijk worden teruggestort.
- Meer keuzemogelijkheden op het gebied van zorg, wonen en welzijn geeft concurrerende, mogelijk kostenefficiëntere aanbieders een kans; voorzover dit de woningmarkt betreft zal dit ten koste gaan van bestaande verpleeg- en verzorgingshuizen. Voor deze instellingen zal dan op de een of andere manier een voorziening moeten worden getroffen.
- Naarmate bestaande AWBZ-instellingen meer vrijheid krijgen om binnen budgettaire kaders hun eigen afwegingen te maken ten aanzien van de bouw en de exploitatie, zullen ze ook beter met nieuwe aanbieders kunnen concurreren.
- Doelmatigheidswinsten zijn mogelijk op het gebied van de afstemming met het gemeentelijk welzijnsbeleid, woningaanpassing en volkshuisvesting.
- Bij het afscheiden van welzijn en/of wonen van de huidige AWBZ-verstrekkingen hoeven de hiermee gemoeide uitgaven niet langer uit de AWBZ-premie te worden gefinancierd. Voorzover deze uitgaven bij gemeenten en volkshuisvesting terecht komen (niet alle ouderen zullen aanspraak kun-

nen maken op huursubsidie), zal er sprake zijn van een breder financieel draagvlak.

De derde door de CSED uitgewerkte oplossingsrichting hoeft niet te leiden tot collectieve uitgavenstijgingen op het gebied van ouderenzorg. Dat komt doordat het leeuwendeel van de huidige AWBZ-verstrekingen op dit gebied aan de verantwoordelijkheid van de toekomstige ouderen zelf wordt overgelaten. Hogere zorguitgaven kunnen dan zelfs samengaan met een lagere AWBZ-premie, doordat deze uitgaven niet meer voor rekening komen van het collectief. Hierdoor vervalt tevens de ratio om deze zorguitgaven op te nemen in het Budgettair Kader Zorg.

De feitelijke uitgavenbeperking hangt sterk af van de vraag in hoeverre huidige aanspraken op het gebied van ouderenzorg terecht komen bij het tweede compartiment (bijvoorbeeld alle zorg die in het eerste jaar wordt verstrekt, inclusief verpleeghuiszorg). Voorzover inderdaad aanspraken uit het eerste compartiment naar het tweede compartiment worden overgeheveld, zal het daar leiden tot een verhoging van de collectieve uitgaven en mogelijk tot een onevenwichtige lastenverdeling tussen jongeren en ouderen. Paragraaf 4.6.2 schets hiervoor enkele oplossingsrichtingen.

Van evengroot belang is de vraag in hoeverre de huidige aanspraken op het gebied van wonen en welzijn ook aan de markt worden overgelaten of terechtkomen bij bijvoorbeeld gemeenten en volkshuisvesting. In het laatste geval zal op het gebied van wonen en welzijn waarschijnlijk geen sprake zijn van een verlaging van de collectieve uitgaven. Daar staat tegenover dat voor de financiering van deze voorzieningen een breder draagvlak zal gelden dan bij de huidige financiering via de AWBZ-premie.

Ten slotte is ook de vormgeving en reikwijdte van het vangnet van groot belang. Het ligt voor de hand dat een beperkt vangnet (alleen een voorziening/subsidie voor ouderen met lage inkomens naar analogie van de bijzondere bijstand) minder collectieve uitgaven met zich brengt dan een breder opgezette variant.

4.6 Oplossingsrichtingen inzake de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg

In deze paragraaf staat de problematiek van de financiering en betaalbaarheid die voortvloeit uit de langetermijnontwikkeling van de zorguitgaven centraal. Daarbij wordt aangesloten bij de knelpuntenanalyse uit paragraaf 4.4.5. Na een algemene paragraaf (4.6.1) komen achtereenvolgens drie mogelijke oplossings-

richtingen aan de orde: een meer evenwichtige verdeling van de zorglasten, onder meer door een hogere bijdrage van ouderen (paragraaf 4.6.2), een herijking van het collectieve, verplichte voorzieningenpakket (paragraaf 4.6.3) en de vorming van een kapitaalreserve (4.6.4).

4.6.1 Algemeen

Probleemstelling

Uit hoofdstuk 3 komt naar voren, dat – ondanks de vele onzekerheden – er bij ongewijzigd overheidsbeleid een gereede kans is dat de zorguitgaven de komende decennia onder invloed van demografische en niet-demografische factoren bovengemiddeld zullen toenemen. Bij navolging van de oplossingsrichtingen uit de vorige paragraaf zou slechts in een enkel geval daadwerkelijk sprake zijn van een dempend effect op de zorguitgaven.

In de knelpuntenanalyse (paragraaf 4.4.5) wordt onder meer de conclusie getrokken, dat hogere zorglasten niet per se als een probleem hoeven te worden beschouwd. Indien deze uitgaven de maatschappelijke preferenties weerspiegelen en de zorg adequaat (doelmatig, effectief en van goede kwaliteit) wordt geleverd, zal hiermee een bijdrage worden geleverd aan de nationale welvaart. Een voorwaarde is wel dat de financieringssystematiek op een zodanige manier wordt vormgegeven, dat negatieve economische neveneffecten van de oplopende zorguitgaven (vooral op het terrein van de arbeidsmarkt) zoveel mogelijk worden beperkt. Aan die voorwaarde blijkt in de huidige vorm niet zonder meer te worden voldaan.

In de *eerste plaats* zou handhaving van de huidige systematiek in het licht van de toekomstige vergrijzing een verhoging van de AWBZ- en de ZFW-premie tot gevolg hebben⁹¹, die – ceteris paribus – tot een lastenophoping aan de onderkant van het inkomensgebouw zou leiden. Hierdoor ontstaat het risico van afwenteling op de loonkosten, waardoor via wigvergroting negatieve arbeidsmarkteffecten zouden kunnen resulteren⁹². In de *tweede plaats* zouden de zorglasten sterker dan nu bij de 20-64-jarigen neerslaan, waardoor de betaalbaarheid ter discussie komt te staan. Naarmate de groeivoet van de toekomstige zorguitgaven hoger ligt en een compenserende toename van de participatiegraad achterwege blijft (zie paragraaf 4.2), zal het beroep op de intergeneratio-

91 Door de vergrijzing groeit de categorie zogenoemde netto-ontvangers aanzienlijk sneller dan de categorie nettobetalers; zie par. 2.2.

92 De lastenverhoging slaat immers juist in dat deel van het inkomensgebouw neer, waar de negatieve werkgelegenheidseffecten van wigvergroting het grootst zijn.

nele solidariteit verder toenemen⁹³. Voorzover dit als ongewenst wordt ervaren, ligt het voor de hand dat toekomstige ouderen een groter deel van de toenemende zorguitgaven zelf zullen dragen. Het maatschappelijke draagvlak hiervoor zal toenemen naar de mate dat de financiële positie van de categorie ouderen in de loop der tijd verbetert. Aldus zou meer evenwicht ontstaan tussen de lasten en baten van de gezondheidszorg in deze leeftijdscategorie.

Oplossingsrichtingen

Tegen deze achtergrond komen in de volgende paragrafen achtereenvolgens drie mogelijke oplossingsrichtingen aan de orde. In navolging van de WRR wordt gesteld dat de volgende, elkaar niet uitsluitende, oplossingsrichtingen in beginsel soelaas kunnen bieden⁹⁴:

1. een andere lastenverdeling, onder meer door een hogere bijdrage van de categorie ouderen;
2. een herijking van het collectieve, verplichte voorzieningspakket;
3. de vorming van een kapitaalreserve.

De eerste twee oplossingsrichtingen zijn inpasbaar in het huidige driecompartimentenstelsel; de derde valt daarbuiten.

Deze oplossingsrichtingen zijn erop gericht om in de periode met de grootste vergrijzingslast – globaal de periode 2010-2050 – de zorglasten evenwichtiger te spreiden, onder meer door de categorie 65-plussers een groter deel van hun gezondheidsuitgaven zelf te laten betalen. Als onderdeel van zijn beschouwingen over de toekomstige oudedagsvoorziening in een breder perspectief wijst de SER in zijn advies *Werken aan zekerheid* ook op deze invalshoek. In dat advies stelt de raad dat de bekostigingswijze van de toekomstige zorgvoorzieningen mede samenhangt met de inkomenspositie van gepensioneerden⁹⁵:

Kan de toekomstige inkomenspositie van bejaarden op een bevredigend niveau worden gewaarborgd, dan ligt het eerder of meer voor de hand de betrokken ouderen zelf een wezenlijke bijdrage te laten leveren aan de financiering van hun eigen zorgbehoeften.

93 Zie hiervoor ook het WRR-rapport *Volksgezondheidsbeleid* (inz. pp. 79-82) waarin wordt geconcludeerd dat niet zozeer het groeipercentage van de gezondheidskosten het belangrijkste probleem vormt, alswel het feit dat een belangrijk deel van de toekomstige groei van deze kosten moet worden opgebracht door een relatief kleine bevolking. Hierdoor zullen de gezondheidskosten per persoon derhalve veel sterker toenemen dan voorheen, hetgeen een zwaardere druk legt op de solidariteit. Die solidariteit zal toch al op de proef worden gesteld in verband met de toekomstige financiering van de ouderdagvoorziening.

94 Ontleend aan: WRR, *Ouderen voor ouderen*, op.cit., inz. pp. 200 en 201.

95 SER-advies *Werken aan zekerheid*, publicatienr. 97/05^{II}, Den Haag 1997, p. 390.

4.6.2 Eerste oplossingsrichting: een andere lastenverdeling

Bij deze oplossingsrichting wordt aan twee elementen aandacht besteed:

1. AWBZ;
2. Ziektekostenverzekeringen in het tweede compartiment.

Ad 1: een andere lastenverdeling in de AWBZ

Hogere AWBZ-premie voor 65-plussers?

Vanuit de huidige situatie zijn modaliteiten denkbaar die tegemoet komen aan de eventuele wens om 'kosten en baten' dichter bij elkaar te brengen. Zo zou bijvoorbeeld de premiehoogte kunnen worden gedifferentieerd naar leeftijd, zodanig dat voor 65-plussers een hogere AWBZ-premieheffing geldt dan voor 65-minners. Dit zou tevens leiden tot een sterkere inkomenssolidariteit binnen de categorie ouderen (intragenerationele solidariteit).

Een meer kostendekkende AWBZ-premie in de hierboven aangegeven zin past evenwel niet bij een volksverzekering als de AWBZ, waar de premieheffing immers los staat van de prestatie. De verzekeringspremie is – net als bij de overige volksverzekeringen – geïntegreerd in de eerste schijf van de inkomstenbelasting, zodat tot op zekere hoogte rekening wordt gehouden met de financiële draagkracht van de premieplichtige. Bij een sterkere relatie tussen de betaalde premie en de feitelijke (gemiddelde) zorgconsumptie vindt een verschuiving plaats naar het – voor verzekeringen gebruikelijke – equivalentiebeginsel en verandert bijgevolg het karakter van de AWBZ.

Volledige fiscalisering van de volksverzekeringen

Voorzover de AWBZ een brede volksverzekering blijft, is het wenselijk premieheffing naar draagkracht als leidend principe te hanteren. Naarmate de vergrijzingsuitgaven toenemen – en daarmee ook het AWBZ-premiepercentage oploopt – neemt de druk toe om een groter deel van het inkomen premieplichtig te maken, zodat een verbreding van de financiële basis van de AWBZ plaatsvindt en alsdan het premiepercentage kan dalen⁹⁶.

Tegen deze achtergrond en gezien vanuit het perspectief van de vergrijzing, zou kunnen worden overwogen om – op termijn – de volksverzekeringen volledig te fiscaliseren, zodat het draagvlak voor de financiering van zowel de AWBZ-voorzieningen als de AOW wordt verbreed. Ook om redenen van een-

⁹⁶ Deze situatie zal zich minder snel voordoen, indien tot een herijking van het AWBZ-pakket wordt overgegaan, bijvoorbeeld door wonen en/of welzijn elders onder te brengen of door het pakket voor de 'verzekerbare' risico's te schonen (zie par. 4.5).

voud valt er wat voor te zeggen de premieheffing volksverzekeringen te fiscaliseren en de uitkeringen/voorzieningen volledig ten laste van de algemene middelen te brengen. Met de Oort-operatie is een eerste stap in die richting gezet door deze premieheffing met de loon- en inkomstenbelasting te combineren. Zoals bekend beperkt de premieheffing volksverzekeringen zich tot de eerste schijf en betalen 65-plussers geen AOW-premie. Bij volledige fiscalisering zouden de AWBZ én de AOW vanuit fiscale en niet-fiscale bronnen⁹⁷ kunnen worden gefinancierd, waardoor afhankelijk van de verdere invulling ook 65-plussers zullen bijdragen aan de financiering van de vergrijzingslasten. De bepaling van de bronnen en de daarbij te hanteren vormgeving zijn dan expliciet onderdeel van de politieke besluitvorming; desgewenst kan er dan voor worden gekozen de categorie 65-plussers een grotere bijdrage te laten leveren aan de financiering van zorgvoorzieningen.

Eigen bijdrage

Behalve via de premieheffing kan uiteraard ook via de weg van de eigen bijdragen tot een beperking van de overdrachten tussen de generaties worden gekomen. Op deze wijze zou het profijtbeginsel consequenter kunnen worden toegepast, waardoor ouderen in sterke mate zelf bijdragen in de kosten van bepaalde zorgvoorzieningen. Deze benadering kan aansluiten bij de bestaande systematiek (eigen bijdragen binnen de AWBZ). Anders dan nu het geval is, zou echter kunnen worden ingespeeld op de specifieke (kwaliteits)behoefte die bij ouderen leven, met name op het gebied van wonen en welzijn. Een betere aansluiting tussen vraag en aanbod op het gebied van de ouderenzorg zal tot een grotere bereidheid leiden om meer te betalen. Op deze plaats wordt dit onderdeel niet verder uitgewerkt, maar wordt volstaan met een verwijzing naar paragraaf 4.5.3.

Ad 2: een andere lastenverdeling in het tweede compartiment

In het navolgende wordt ervan uitgegaan dat het huidige pakket van aanspraken in het tweede compartiment grosso modo gelijk blijft. De noodzaak tot een meer evenwichtige lastenverdeling neemt uiteraard toe indien aanspraken uit het eerste compartiment naar het tweede compartiment worden overgeheveld (conform een van de oplossingsrichtingen uit paragraaf 4.5). Omgekeerd neemt die noodzaak af als besloten zou worden dat een deel van de aanspraken uit het tweede compartiment bij het derde compartiment zouden worden ondergebracht.

97 Bij fiscale bronnen gaat het om de loon- en inkomstenbelasting, BTW en dergelijk. De niet-fiscale bronnen betreffen onder meer de aardgasbaten, de inkomsten uit domeinen en de verkoop van staatseigendommen.

De gedachte van een meer kostendekkende ziektekostenpremie in het tweede compartiment heeft in de huidige situatie betrekking op de ZFW en op de standaardpakketpolis van 65-plussers in de particuliere ziektekostenverzekeringen. Immers, binnen de ZFW is sprake van zowel inkomens- als risicosolidariteit; daarnaast dragen de particulier verzekerden via de MOOZ-heffing bij aan de financiering van de oververtegenwoordiging van ouderen in de ziekenfondspopulatie.

De particulier verzekerde 65-minners zijn via de vigerende WTZ-heffing ook solidair met de 65-plussers met een particuliere ziektekostenverzekering: de kosten die de standaardpakketpolis te boven gaan, worden over de particulier verzekerde 65-minners omgeslagen.

Uitgaande van een concurrerende verzekeringsmarkt met risicodragende verzekeraars (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) kan de problematiek in het tweede compartiment als volgt worden geschetst⁹⁸. De kernvraag is hoe het equivalentiebeginsel (premiehoogte afhankelijk van het te verzekeren risico) kan worden gecombineerd met solidariteit. Aangezien verzekeraars tenderen naar maximale equivalentie, worden op een niet-gereguleerde markt 'slechte' risico's geconfronteerd met hoge premies (premiendifferentiatie), dan wel met uitsluiting van de verzekering (risicoselectie). Algemene toegankelijkheid tot het stelsel van gezondheidszorg kan dan niet meer worden gegarandeerd.

Om risicosolidariteit in te bouwen staan in beginsel twee wegen open:

- *Premieregulering*, waardoor een bandbreedte in de premiestelling (minimale en maximale premie) wordt aangebracht en impliciete verevening plaatsvindt⁹⁹. In zo'n geval zullen verzekeringsmaatschappijen proberen 'slechte' risico's uit hun bestand te weren.
- *Risicoafhankelijke subsidies*. In dit geval kan het equivalentiebeginsel onverkort worden toegepast, zodat de verzekeringsmaatschappijen marktconform kunnen handelen. De gewenste solidariteit wordt vormgegeven door personen met gedefinieerde risicokenmerken - en de daarbij passende hoge ziektekostenpremies - financieel te compenseren door middel van een (kruis)subsidie¹⁰⁰.

Oplossingsrichtingen in het tweede compartiment moeten tegen deze achtergrond worden gezien. In het navolgende worden enkele modaliteiten ge-

98 Zie hiervoor ook paragraaf 4.3, waarin de beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg en daarbij spelende achtergronden in kaart worden gebracht.

99 In feite doet zich in de ZFW een situatie voor waar per ziekenfonds de bandbreedte van de nominale premie nul is.

100 Bijvoorbeeld de normuitkering in de ZFW en eventuele risicovergoedingen in de WTZ.

noemd. Daarbij past de kanttekening dat een ziektekostenverzekering, die voor iedereen betaalbaar en toegankelijk is, op zich niet ter discussie staat¹⁰¹. Wat in de huidige ZFW ter discussie staat is de hoogte van de premiegrens: tot welke premiegrens moeten mensen tot een ziekenfondsverzekering worden verplicht? En: hoe moet de verhouding tussen de nominale en de inkomensafhankelijke premie zich ontwikkelen?

Hogere ZFW-premie voor 65-plussers?

In paragraaf 2.2 werd geconstateerd dat rond het 55ste jaar er in de ZFW een omslag plaatsvindt van nettobetaler naar netto-ontvanger; de afstand tussen de premiebetaling en de gemiddelde uitgaven voor het gebruik van ZFW-voorzieningen neemt daarna bij oplopende leeftijd fors toe. Enerzijds komt dit doordat het gemiddeld betaalde bedrag aan ZFW-premie na pensionering afneemt (halvering ten opzichte van 20-64-jarigen); anderzijds is dit het gevolg van oplopende zorguitgaven. Zo bedragen de gemiddelde ZFW-uitgaven voor 80-plussers het drievoudige van de gemiddelde ZFW-uitgaven voor 40-64-jarigen.

Evenals bij de AWBZ rijst de vraag of de 'kosten en baten' in de ZFW dichter bij elkaar zouden kunnen worden gebracht door bij ouderen een hogere premie te heffen. Aangezien de nominale ZFW-premie per ziekenfonds wordt vastgesteld (concurrentie-instrument), zal de aandacht zich hier richten op het landelijk bepaalde premiepercentage. Daarbij is van belang dat voor vervroegd gepensioneerden en 65-plussers een afwijkend regieme wordt gehanteerd. Vervroegd gepensioneerden betalen in 1999 7,4 procent over de VUT-uitkering¹⁰². 65-Plussers betalen 7,4 procent over de AOW-uitkering en 5,4 procent over eventuele inkomsten uit arbeid en het aanvullend pensioen. Een verhoging van de ZFW-premie zou voor de 65-plussers met alleen een AOW-uitkering geen gevolgen hebben, aangezien de premieverhoging via het koppelingsmechanisme niet doorwerkt in het netto-inkomen. Voor vroeggepensioneerden en 65-plussers met een aanvullend pensioen zou een ZFW-premieverhoging uiteraard wel tot een hogere premieafdracht (en een lager besteedbaar inkomen) leiden. Een aldus vormgegeven ZFW-premieverhoging voor ouderen zou in een geringere solidariteit tussen jong en oud binnen de ZFW resulteren. Ook zou door een hogere ZFW-premiebetaling van ouderen de solidariteitsheffing van particulier verzekerden (MOOZ-heffing) kunnen dalen.

101 Dit hoeft niet per se in de vorm van een verplichte ziektekostenverzekering (zoals de ZFW), maar kan ook in de vorm van een (particuliere) ziektekostenverzekering met gebruikmaking van kruis-subsidies.

102 Het ZFW-premiepercentage voor verplicht verzekerde werknemers bedraagt in 1999 eveneens 7,4 procent, zij het dat de werknemer zelf 1,55 procent van het premieplichtig loon aan ZFW-bijdrage betaalt en de overige 5,85 procent voor rekening is van de werkgever.

Commissie-Bruins Slot

Dit laatste punt krijgt veel aandacht in de Toetsingscommissie budgettering verzekeraars (Commissie-Bruins Slot), maar dan in het kader van de toen voorgestane basisverzekering¹⁰³. Hoewel de context sinds het uitbrengen van haar bevindingen (1993) is veranderd, is het nog steeds de moeite waard kennis te nemen van de aanbevelingen van de Toetsingscommissie ten aanzien van de premies en solidariteit. Uitgangspunten zijn onder meer een algemene acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie.

Kort samengevat stelt de commissie voor de gemiddelde schades voor de 0-64-jarigen als uitgangspunt te nemen voor de bepaling van de nominale ziektekostenpremie die voor alle verzekerden (inclusief 65-plussers) geldt; voor kinderen wordt het halve bedrag in rekening gebracht. De meeruitgaven voor de verzekerde 65-plussers zouden dan moeten worden bekostigd uit een aparte inkomensafhankelijke premieheffing¹⁰⁴. Op deze wijze spitst de inkomenssolidariteit zich dus toe op de meerkosten die met ouderdom (en overlijden) gepaard gaan; bovendien zou deze systematiek vervangend zijn voor de MOOZ- en WTZ-bijdragen. Daarnaast beveelt de commissie-Bruins Slot onder meer aan de verzekerden tot eigen risico's te verplichten.

Een van de gevolgen is dat de premieverhouding tussen alleenstaande en alleenverdienende ziekenfondsverzekerden aanmerkelijk wordt gecorrigeerd ten faveure van alleenstaanden. Vooral de alleenverdienershuishoudens met kinderen zouden bijgevolg echter een aanzienlijke premieverzwaring ervaren, die om sociale redenen vervolgens zou moeten worden gecompenseerd – via de kinderbijslag of anderszins.

Een voordeel van dit voorstel is zijn relatieve eenvoud en het gegeven dat de genoemde solidariteitstoelagen (MOOZ en WTZ) komen te vervallen.

Een nadeel van dit voorstel is dat verzekeringsmaatschappijen niet via premiedifferentiatie mogen concurreren en derhalve worden geconfronteerd met sterke prikkels tot risicoselectie. Ondanks de acceptatieplicht kan dit op termijn leiden tot verminderde toegankelijkheid tot goede zorg voor chronisch zieken; ook zou dit kunnen resulteren in verminderde doelmatigheid, marktinstabiliteit of solvabiliteitsproblemen¹⁰⁵.

103 Toetsingscommissie budgettering verzekeraars, *Verslag*, Ridderkerk 1993.

104 In de context van haar opdracht, die nog gestoeld was op een basisverzekering, stelt de toetsingscommissie overigens dezelfde systematiek ook voor ten aanzien van de AWBZ.

105 Zie: R.C.J.A van Vliet, L.M. Lamers en W.P.M.M. van de Ven, *Verbetering van de incentivestructuur op de ziekenfondsmarkt*, EUR-rapport, Rotterdam 1999.

Marktconforme premies met compenserende subsidies

Een andere manier om tot subsidiërende solidariteit te komen, wordt geschetst door Van de Ven. Hij wijst op de mogelijkheid om zorgverzekeraars een marktconforme premie te laten doorberekenen en daarnaast een solidariteitsfonds te creëren dat wordt gevuld met inkomensafhankelijke solidariteitsheffingen¹⁰⁶. Uit dit fonds kunnen personen voor wie de risicoafhankelijke premie onbetaalbaar is een inkomensafhankelijke subsidie ontvangen. Deze op naam gestelde en niet verhandelbare subsidie kan uitsluitend worden gebruikt voor de bekostiging van de verplichte ziekenkostenverzekering in het tweede compartiment¹⁰⁷. Het voordeel van deze oplossingsrichting is dat de zorgverzekeraars concurreren via premiedifferentiatie en niet via risicoselectie. De bovengenoemde nadelen van risicoselectie zullen derhalve niet optreden. De door Van de Ven geschetste systematiek met fondsvorming zou ook kunnen worden toegepast in het kader van de WTZ.

WTZ

In het licht van de toekomstige vergrijzing is ook de problematiek van de solidariteit tussen de generaties in de particuliere ziektekostenverzekeringen van belang. Bij deze verzekeringen komen de verschillende gezondheidsrisico's in beginsel weliswaar tot uitdrukking in een leeftijdsafhankelijke premiestelling, maar bejaarden vormen hierbij een belangrijke uitzondering. De 65-plussers met een particuliere verzekering hebben overwegend een standaardpakketpolis. Deze polis kent een wettelijk omschreven dekking, een maximumpremie en een (eenmalige) acceptatieplicht voor verzekeraars. Op deze manier ontstaat een kostennadeel voor particuliere verzekeraars met veel oudere cliënten. Het kostennadeel wordt omgeslagen over de particulier verzekerde 65-minners (WTZ-bijdrage)¹⁰⁸. Aangezien de particuliere ziektekostenverzekeraars door deze systematiek geen enkel financieel risico lopen (dit betreft een derde van hun totale schade), ontbreken prikkels voor doelmatig handelen. Daarom heeft wijziging van deze wet geruime tijd op de politieke agenda gestaan, maar is deze daar inmiddels weer van afgevoerd¹⁰⁹.

106 W.P.M.M. van de Ven, Marktwerving en toegankelijkheid in de gezondheidszorg, in: H. de Groot en C.G.M. van Oosteren (red.), *De toekomst van de publieke sector*, IOO, Den Haag 1994, pp. 251-267.

107 Een alternatieve invulling van deze benadering zou zijn de verevening niet via een fonds maar via de belastingheffing te laten plaatsvinden. Dit zou op uitvoeringstechnische bezwaren kunnen stuiten, aangezien de risicofactoren dan via de fiscus zouden moeten worden verwerkt.

108 Sinds 1 januari 1998 betalen personen van 65 jaar en ouder geen WTZ-heffing meer.

109 In het regeerakkoord van augustus 1998 is afgesproken dat toekomstige bejaarden per 1 juli 1999 geen aanspraak meer kunnen maken op een standaardpakketpolis tegen een maximumpremie. De kabinetsvoorstellen uit het regeerakkoord zijn inmiddels echter ingetrokken, zodat voorlopig geen voortgang op dit terrein zal worden geboekt.

Bezien vanuit het perspectief van de toekomstige vergrijzing en tegen de achtergrond van de scheve inkomensverdeling van ouderen (zie paragraaf 2.4) ligt het voor de hand, dat de huidige WTZ wordt gewijzigd. Voor de categorie 65-plussers met een hoger inkomen zou het equivalentiebeginsel in de particuliere ziektekostenverzekeringen in hogere mate moeten gaan gelden, terwijl de particuliere ziektekostenverzekeraars worden geprikkeld om kosteneffectief te opereren.

Tegen deze achtergrond blijven de voorstellen actueel die de MDW-werkgroep Risico in de WTZ in 1998 in haar rapport over de WTZ-problematiek heeft gedaan¹¹⁰. De werkgroep onderscheidt twee manieren om tot een financieel risico van de ziektekostenverzekeraars te komen: een gedeeltelijke vergoeding voor de gemaakte kosten van verzekeraars, dan wel een risicoafhankelijke subsidie (risicovergoeding) ter dekking van de voorspelbare, onvermijdbare ziektekosten van de WTZ-verzekerden. De werkgroep beveelt een combinatievariant van beide benaderingen aan, waarin sprake is van risicoafhankelijke subsidies, aangevuld met een vergoeding van gemaakte kosten boven een bepaald drempelbedrag.

4.6.3 Tweede oplossingsrichting: herijking van het collectieve, verplichte voorzieningenpakket

Een tweede oplossingsmogelijkheid om de zorglasten evenwichtiger te spreiden, kan worden gezocht in een herijking van (het verplichtende karakter van) de voorzieningenpakketten in:

1. de AWBZ. Voor uiteenlopende mogelijkheden om het AWBZ-voorzieningenpakket te wijzigen wordt verwezen naar paragraaf 4.5;
2. de ZFW.

Ad 2: herijking in de ziekenfondssector

Daar waar particulier verzekerden tussen ziektekostenpakketten kunnen kiezen¹¹¹, geldt voor de verplichte ziekenfondsverzekerden een uniforme polis. Hierdoor bestaat geen ruimte voor eigen preferenties ten aanzien van de pakketomvang of het nemen van een eigen risico met bijbehorende premiekorting, zoals bij particuliere verzekeringen wel het geval is. Zo'n benadering past steeds minder in een situatie waar consumentensoevereiniteit een groter accent krijgt. Een van de mogelijkheden om de consumentensoevereiniteit te ver-

110 Zie voor een samenvatting: E. Langeveld en G.W.J.M. Linssen, De WTZ: een scheurend vangnet?, in: *ESB*, 17 juli 1998, pp. 560-563.

111 In de praktijk blijken vooral voor ouderen de keuzemogelijkheden beperkt om tegen een betaalbare premie van ziektekostenverzekeraar te veranderen.

groten, bestaat erin een deel van het pakket over te hevelen naar het derde compartiment. Dit raakt de discussie over de afbakening – en de daarbij te hanteren criteria – van het standaardpakket. Op deze mogelijkheid wordt hier niet verder ingegaan.

De centrale invalshoeken bij een herijking in de ZFW spitst zich in het navolgende toe op twee elementen: (vormen van) eigen bijdrage en polisdifferentiatie (bijvoorbeeld via de gepaste-zorgpolis) of pakketdifferentiatie. Beide elementen kunnen apart of in combinatie worden ingezet.

Eigenbijdrageregeling

Een eigenbijdrageregeling in de ZFW is niet nieuw. De invoering van eigen betalingen is een veelgenoemd instrument om de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt binnen de verplichte ZFW te vergroten ('remgeld')¹¹².

In de Nederlandse situatie liggen (relatief) hoge eigen bijdragen in de ZFW alleen in de rede indien sprake is van vrijwilligheid. Conform de particuliere ziektekostenpolissen zouden ook in de ZFW enige mogelijkheden kunnen worden gecreëerd om de patiënt zelf voor het al dan niet hebben van een eigen risico – en een lagere premie – te laten kiezen. Uit studies komt naar voren dat eigen betalingen (van relatief bescheiden omvang) – mits verstandig vormgegeven – ook in de Nederlandse situatie tot een verlaging van de desbetreffende ziektekosten kunnen leiden¹¹³. Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat er ook voorbeelden van eigenbijdrageregelingen in Nederland zijn, die niet effectief zijn gebleken. De Algemene Eigen-Bijdrageregeling, die per 1 januari 1997 in werking trad, is hiervan een voorbeeld¹¹⁴.

Mocht tot een (vrijwillige) eigenbijdrageregeling worden overgegaan, dan is het nuttig een vorm te kiezen waarin de mate waarin zelf wordt bijgedragen is gedifferentieerd. Ter voorkoming van ongewenste substitutie ligt het dan bij-

112 Voor de mogelijke uitgavenbesparingen wordt wel verwezen naar grootschalige experimenten in de Verenigde Staten onder mensen jonger dan 65 jaar. Hieruit komt naar voren dat bij hoge eigen betalingen een vermindering van het gebruik van zorg met zo'n 30 procent mogelijk is. In het algemeen gaat dit niet gepaard met nadelige gezondheidseffecten; enkele categorieën vormen hierop een uitzondering: mensen met een laag inkomen en met een slechte gezondheid. Zie: W.P.M.M. van de Ven, Het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekering: een sociaal-medisch perspectief, in: J.C. Vrooman et al. (red.), *Noodzakelijke en gepaste gezondheidszorg*, NGSZ, Den Haag 1993, pp. 81-96.

113 Zie voor een overzicht van de gevoeligheid van zorgconsumptie voor vormen van eigen betaling in Nederland: W.P.M.M. van de Ven, De rol van ziektekostenverzekering, in: R. Lapré, F. Rutten en E. Schut (red.), *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Maarssen 1999, hoofdstuk 5, inz. pp. 100-102.

114 Zie: ZiekenfondsRaad, *Evaluatie algemene eigen bijdrageregeling Ziekenfondswet*, nummer 804, Amsterdam 1998.

voorbeeld voor de hand de eigen bijdrage voor een huisartsenconsult lager vast te stellen dan de eigen bijdrage voor een specialistenconsult.

Van wezenlijk belang voor de effectiviteit van eigenbijdrageregelingen is, dat deze transparant en eenvoudig uitvoerbaar zijn. Voorkomen moet worden dat de effectiviteitswinst van dit instrument (grotendeels) teniet wordt gedaan door hogere administratie- en uitvoeringskosten.

Polis- of pakketdifferentiatie

In het langetermijnperspectief dat in dit rapport wordt gehanteerd, is het wenselijk toekomstige ziekenfondsverzekerden meer ruimte voor eigen preferenties ten aanzien van de pakketomvang te geven. Dit leidt tot de gedachte van polis- of pakketdifferentiatie.

De vraag naar de omvang en samenstelling van het verplichte ziekenfondspakket heeft – vooral naar aanleiding van de ‘trechter van de Commissie-Dunning’ – de afgelopen jaren tot veel discussies geleid. De Commissie-Dunning onderscheidt vier criteria waaraan zorgverlening moet voldoen om in de verplichte ziektekostenverzekering te worden opgenomen¹¹⁵. Het moet gaan om noodzakelijke zorg, waarvan de werkzaamheid bewezen en gedocumenteerd is. Verder is een ondergrens van doelmatigheid nodig en moet sprake zijn van een toespitsing op die zorg die niet voor eigen rekening en verantwoording kan komen.

In beleidsmatige zin staat polis- of pakketdifferentiatie al langere tijd op de politieke agenda. Een beperkte vorm van polisdifferentiatie vormde een essentieel element van de begin jaren negentig beoogde basisverzekering (plan-Simons) om tot een gepaste (dat wil zeggen werkzame en doelmatige) zorgverlening te komen¹¹⁶. In het regeerakkoord 1998 is opgenomen dat binnen de bestaande ziekenfondsverzekering zal worden geëxperimenteerd met een zogenoemde gepaste-zorgpolis. Het onderscheid tussen de reguliere ziekenfondsverzekering en de gepaste-zorgpolis betreft niet een verschil in verstrekkingspakket, zo vermeldt het regeerakkoord, maar in de toepassing van de verstrekkingen en in het gedrag van de verzekerden, verzekeraars en aanbieders.

Door de thans gevolgde aanpak kan op basis van experimenten worden bepaald of polisdifferentiatie in de vorm van een gepaste-zorgpolis tot een effectiever en doelmatiger zorggebruik zal leiden.

115 In de toenmalige discussie hadden de criteria betrekking op de basisverzekering. Zie: Commissie-Dunning, *Kiezen of delen*, 1991.

116 Begin jaren negentig werd meer de term *functionele pakketomschrijving* dan polisdifferentiatie gehanteerd.

Cruciaal in deze aanpak is het bevorderen van afspraken tussen ziekenfondsen en specifieke, op doelmatigheid geselecteerde zorgaanbieders. Die ZFW-verzekerde die gebruikmaakt van deze doelmatige zorgaanbieders zou hiervoor dan moeten worden beloond, bijvoorbeeld in de vorm van een bonus.

In aanvulling hierop zou als vervolgstap kunnen worden overwogen om het algemeen verplichtende karakter van het ZFW-verstrekkingspakket los te laten en hierin ook enige keuzevrijheid toe te staan, zodat ook ontwikkelingen in de richting van pakketdifferentiatie in de ZFW mogelijk worden.

4.6.4 Derde oplossingsrichting: vorming van een kapitaalreserve

Gelet op het grote beroep op de intergenerationele solidariteit die met de huidige omslagfinanciering samenhangt, rijst de vraag of zorgfinanciering door middel van (gedeeltelijke) kapitaaldekking aantrekkelijke perspectieven biedt. Hierbij dringt zich de analogie op met de oudedagsvoorziening (aanvullende arbeidspensioenen, lijfrenten etc.).

Door de vorming van een kapitaalreserve kunnen de generaties jonger dan een bepaalde leeftijd (bijvoorbeeld 65 jaar) anticiperen op de zorgkosten die optreden op hogere leeftijd door een uitkeringsrecht op te bouwen. Aldus komt de verzekeringsgedachte in de ziektekostenverzekeringen meer naar voren. De WRR is in dat kader van mening dat vorming van een kapitaalreserve op zich overweging verdient; hij werkt dit overigens niet uit in concrete voorstellen¹¹⁷.

In navolgende uitwerking van deze oplossingsrichting worden twee invalshoeken onderscheiden:

1. vormen van individuele kapitaalvorming;
2. vormen van collectieve kapitaalvorming.

Ad 1: individuele kapitaalvorming

Een mogelijke modaliteit is het individueel opbouwen van kapitaalreserves ten behoeve van toekomstige zorguitgaven. Daarbij zijn twee varianten denkbaar: het verplicht opleggen van individuele kapitaalvorming, dan wel het op vrijwillige basis bevorderen hiervan.

Verplichte kapitaalvorming zou gedurende een lange reeks van jaren tot een lastenverzwaring van de burgers – met mogelijke afwentelingsrisico's – lei-

¹¹⁷ WRR, *Ouderen voor ouderen*, op.cit., inz. p. 200.

den¹¹⁸. Naast de financiering van de lopende zorguitgaven zou immers tevens een kapitaalreserve moeten worden opgebouwd. Mede gelet op de reeds omvangrijke gedwongen besparingen op individueel niveau in Nederland (via de verplichte deelname aan pensioenregelingen) ligt zo'n variant minder voor de hand. Van verdere uitwerking hiervan wordt hier daarom afgezien.

Bij de *vrijwillige variant* zouden – naar analogie van de huidige kapitaalverzekeringen – de waarde van het opgebouwde vermogen en het rendement daarvan binnen bepaalde grenzen kunnen worden vrijgesteld van belastingheffing, onder de conditie dat het eindkapitaal alleen kan worden gebruikt ter bekostiging van genoemde zorguitgaven. Aldus heeft de (vrijwillige) fiscaal begeleide kapitaalopbouw een bestemmingsgebonden karakter, te weten de verzorging van de oudedag.

Op individueel niveau wordt op deze wijze een geormerkt en persoonsgebonden 'spaarpotje' opgebouwd, dat uiteraard onaangetast blijft bij een verandering van ziektekostenverzekeraar. Zo'n overgang zou voor (toekomstige) ouderen met een spaarpotje aldus kunnen worden vergemakkelijkt. Na het bereiken van een eerder bepaalde leeftijd zou de opgebouwde reserve bijvoorbeeld kunnen worden aangewend voor een lagere ziektekostenpremie of voor aanvullende ('luxere') zorgvoorzieningen. Zo'n geormerkte reservering zal het gevoel van zekerheid over de (kwaliteit van de) toekomstige zorgvoorzieningen verhogen.

Er zijn echter ook nadelen. Zo zal op deze wijze een extra voorziening worden gecreëerd naast al bestaande (fiscaal gefaciliteerde) mogelijkheden gericht op het financieel zekerstellen van de oudedag ('pensioensparen'). Anders gezegd: naast vormen van inkomensverzekeringen vallend onder de fiscale oudedagparaplu¹¹⁹ – bij uitkering na belastingaftrek vrij te besteden – zou dan een risicoverzekering worden geïntroduceerd, die specifiek moet worden aangewend voor toekomstige zorguitgaven. Het moet worden betwijfeld of zo'n zorgrisicoverzekering van de grond zou komen, aangezien de inkomensverzekeringen (in verschillende vormen) waarschijnlijk aantrekkelijker zullen worden gevonden.

118 Er wordt wel gesteld dat alleen als de (meeste) verzekerden deze hogere lasten in het heden wegstrepen tegen de lagere lasten in de verre toekomst de negatieve gevolgen beperkt zullen blijven. Betrokkenen zullen dan een tijdlang minder sparen en zo nodig kredieten opnemen, waardoor hun consumptie min of meer op peil kan blijven. Hierbij is sprake van het zogenoemde Ricardiaanse equivalentietheorema. Zie de discussie hierover naar aanleiding van het artikel van H.S. van der Knoop, Kapitaaldekking voor de ziektekostenverzekering, in: *ESB*, 28 juni 1995, pp. 600-603.

119 In het nieuwe belastingstelsel wordt in een geïntegreerde fiscale behandeling voorzien van de elementen die onder die pensioenparaplu vallen: lijfrente, kapitaalsverzekeringen, oudedagsspaar- en beleggingsregelingen en de aanvullende arbeidspensioenen.

Daarbij speelt tevens dat een fiscaal gefacilieerde zorgvoorziening vanuit de overheidsfinanciën bezien als zwaarwegend nadeel heeft dat – anders dan bij vormen van pensioensparen – tegenover de fiscale aftrekfaciliteit tijdens de jaren van de vermogensopbouw geen belastingheffing plaatsvindt op het moment dat het vermogen vrijkomt voor aanwending in de zorgsector. Uitkeringen in natura worden immers niet belast. Het creëren van een zorgfaciliteit draagt aldus bij aan een versmalling van de belastinggrondslag, terwijl in het licht van de mitigering van de ‘kosten van de vergrijzing’ het streven er juist op gericht moet zijn de belastingbasis – mede tegen de achtergrond van het EMU-tekort – te versterken.

Mocht toch voor een fiscale zorgfaciliteit worden gekozen, dan zou kunnen worden overwogen deze faciliteit onder te brengen bij de fiscale oudedagparaplu. Technisch is zo’n integratie mogelijk, zij het dat dit de complexiteit van deze regeling vergroot. Een aparte compartimentering binnen de fiscale oudedagparaplu voor de zorgrisicoverzekering zou waarschijnlijk eveneens weinig effectief zijn, zolang het risico-element niet voor de andere bestanddelen van de paraplu geldt en de kapitaalvorming via deze kanalen nog niet uitgeput is.

Ad 2: collectieve kapitaalvorming

Om de verwachte hogere zorglasten tijdens de ‘vergrijzingshobbel’ op te kunnen vangen, zou een collectief zorgfonds kunnen worden gevormd, dat beoogt de premielasten geleidelijker in de tijd te spreiden.

Bij de creatie van een zorgspaarfonds dat uit algemene middelen wordt gevoed, dringt zich de analogie met het AOW-spaarfonds op. Een belangrijk verschil is wel dat het bij de AOW om een volksverzekering gaat die is verankerd in het socialezekerheidsstelsel, terwijl het bij de gezondheidszorg gaat om zorgvoorzieningen (in natura), die tot stand komen in een sector, waarin zowel publieke als particuliere actoren actief zijn. Dit bemoeilijkt de afbakening en leidt tot de vraag voor welk deel van de zorg een eventueel zorgfonds bestemd zou moeten zijn. Een toespitsing op het verplichte, collectieve voorzieningenpakket ligt dan voor de hand, hoewel op dit moment niet kan worden aangegeven hoe dit pakket – onder invloed van de medisch-technologische vooruitgang – er over enkele decennia zal uitzien.

De creatie van een zorgspaarfonds zou kunnen worden gezien als een specifieke invulling van het streven naar een reductie van de overheidsschuld in de eerstkomende jaren teneinde de hogere collectieve uitgaven door de toekomstige vergrijzing op te vangen. Hiermee zou het zorgspaarfonds hetzelfde doel

hebben als het bestaande AOW-spaarfonds¹²⁰. De middelen voor het fonds worden dan door het Rijk gestort op een aparte (zorg)spaarrekening. Fondsvorming heeft zowel voor- als nadelen ten opzichte van schuldreductie 'pur sang' (zie tabel 4.2)¹²¹. Verder concurreert een dergelijke constructie met andere beleidsopties, zoals een lastenverlichting op de korte termijn, waarmee het productief vermogen van de nationale economie – mede met het oog op de toekomst – zou kunnen worden versterkt.

Tabel 4.2 – Voor- en nadelen van een spaarfonds ten opzichte van schuldreductie

Voordelen	Nadelen
herkenbaar reserveren en zekerstellen van financiële middelen	compartimentering van de begroting vermindert budgettaire flexibiliteit
'sparen voor de toekomst'-element	kan rigiditeiten in de (zorg)arrangementen bevorderen
rentebaten voortvloeiend uit fonds worden aan fonds toegevoegd	precedentwerking
	voortijdige aanwending dan wel aanwending voor andere doeleinden
	legt deel van begrotingsruimte lange tijd vast

Bron: Tiende rapport Studiegroep Begrotingsruimte, op.cit., pp. 42 en 43.

De meerwaarde van een extra spaarfonds lijkt beperkt. Als ervoor wordt gekozen om via de weg van de (uit algemene middelen gefinancierde) fondsvorming de 'kosten van de vergrijzing' te mitigeren, dan zou het meer voor de hand liggen de daarvoor vrijgemaakte middelen te concentreren en te bestemmen voor het reeds bestaande AOW-spaarfonds.

120 De storting van rijksmiddelen in het AOW-spaarfonds beïnvloedt het EMU-tekort niet: tegenover een afname van het tekort staat een even grote toename van het vorderingenstelsel van de sociale fondsen. In feite wordt een deel van de toekomstige AOW-uitgaven (de 'meeruitgaven' als gevolg van de vergrijzingshobbel) gefiscaliseerd: via de fondsconstructie komen de extra AOW-uitgaven niet ten laste van de AOW-premiebetaler (via het eerste schijftarief van de inkomstenbelasting, exclusief 65-plussers), maar betaalt de belastingbetaler (inclusief tweede en derde schijftarief en 65-plussers). Zie: A.H.J. Kolnaar, Vergrijzing, in: *Maandschrift Economie*, nr. 2, 1999, pp. 81-83.

121 Zie hierover ook: SER-advies, *Werken aan zekerheid*^{II}, publicatienr. 97/05, Den Haag 1997, pp. 457-462.

4.7 Conclusies

In dit hoofdstuk stond de beleidsmatige invalshoek centraal. Het huidige beleid in de gezondheidszorg is erop gericht via incrementele aanpassingen in het bestaande stelsel zowel uitgavenbeheersing tot stand te brengen als inhoudelijke knelpunten (zorgvernieuwing) op te lossen. Deze elementen krijgen ook een belangrijke plaats in de langetermijnoplossingsrichtingen die de CSED in dit hoofdstuk nader heeft uitgewerkt.

De verkenning van toekomstige knelpunten in de gezondheidszorg (paragraaf 4.4) mondt uit in de conclusie dat in het langetermijnperspectief van dit rapport de vergrijzing vooral in de ouderen- en thuiszorg tot specifieke knelpunten zal leiden; ook met betrekking tot de financiering en betaalbaarheid van de toekomstige gezondheidszorg zouden zich knelpunten kunnen voordoen. In de respectieve paragrafen 4.5 en 4.6 zijn oplossingsrichtingen voor deze knelpunten in kaart gebracht (zie hierna).

Dit rapport schetst geen oplossingsrichtingen voor de curatieve somatische zorg en voor de genees- en hulpmiddelen. In beide sectoren zal vergrijzing weliswaar in een groeiend beroep op de desbetreffende zorgvoorzieningen resulteren, maar mogelijke knelpunten zullen waarschijnlijk sterker aan andere achtergronden dan de vergrijzing moeten worden toegeschreven. Te denken valt aan de medisch-technologische vooruitgang waar het gaat om de curatief-somatische zorg en aan internationalisering en informatisering waar het gaat om de geneesmiddelen. Het aandragen van oplossingsrichtingen waarin deze specifieke aspecten worden meegenomen, valt buiten het bestek van deze studie.

De noodzaak van een adequaat sociaal-economisch beleid

Van groot belang is dat het algehele sociaal-economische beleid nadrukkelijk rekening houdt met de gevolgen van de vergrijzing in den brede. Daarbij gaat het niet alleen om de uitgaven voor gezondheidszorg, maar ook om het beleid ten aanzien van de AOW en het aanvullend arbeidspensioen. In paragraaf 4.2 heeft de CSED een viertal elementen aangeduid die de kosten van de vergrijzing kunnen helpen mitigeren; het versterken van het productieve vermogen van de economie, het optimaal benutten van het arbeidspotentieel, het verder terugdringen van de EMU-schuld en het EMU-tekort en het doorvoeren van verdere verbeteringen in het stelsel van ouderdomspensioenen.

Het adequaat inzetten op deze vier beleidsterreinen biedt op zich een goede uitgangspositie om de kosten van de vergrijzing (inclusief de gezondheidszorg) op te kunnen vangen.

Hogere uitgaven en maatschappelijke preferenties

Op voorhand acht de CSED het van belang om op te merken dat uitgavenbeheersing geen doel op zichzelf kan zijn. Zo is het heel wel denkbaar dat in een vergrijzende samenleving een hogere prioriteit zal worden toegekend aan gezondheidszorg dan thans het geval is. Hogere uitgaven zijn dan een weerspiegeling van veranderende maatschappelijke preferenties. Zolang het gaat om kwalitatief goede zorg die ook nog doelmatig en effectief wordt geleverd, zullen de hogere uitgaven juist bijdragen aan de nationale welvaart. In deze context zou een beleid gericht op uitgavenbeheersing dus resulteren in welvaartsverlies, omdat legitieme maatschappelijke preferenties onvoldoende kunnen worden gehonoreerd.

Om deze reden heeft de CSED gemeend om naast eventuele financiële ook de inhoudelijke knelpunten in de gezondheidszorg centraal te moeten stellen. Het gaat dan met name om de gebrekkige aansluiting tussen vraag en aanbod in de collectief gefinancierde ouderenzorg. De CSED signaleert dat dit type ouderenzorg bij ongewijzigd beleid dreigt vast te lopen.

Om de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg voor brede lagen van de oudere bevolking meer aantrekkingskracht te geven, zou een brede inhaalslag moeten worden gemaakt, met name op het gebied van wonen en welzijn (thuiszorg). Om ook voor de (hogere) middenklassen interessant te worden, is echter een grote inspanning vereist. Het verhogen van de bestaande kwaliteit op het gebied van zorg, wonen en welzijn tot een (hogere)middenklassennorm zal echter leiden tot een uitgavenstijging die niet in de eerder genoemde ramingen is verwerkt. Aan de andere kant betekent het afzien van deze inhaalslag dat de ouderenzorg de (hogere) middengroepen niet goed kan bedienen. Dit komt op de langere termijn de legitimiteit van de financieringsbron (AWBZ) niet ten goede. Bij ongewijzigd beleid dreigt een situatie te ontstaan waarbij de collectief gefinancierde ouderenzorg steeds duurder wordt, zonder dat (toekomstige) ouderen de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Drie oplossingsrichtingen inzake de ouderenzorg

Tegen deze achtergrond heeft de CSED een aantal oplossingsrichtingen verkend die de inhoudelijke knelpunten in de ouderenzorg kunnen verlichten en de sector beter in staat stellen in te spelen op de pluriforme wensen van (toekomstige) ouderen. Bij deze oplossingsrichtingen staat dus in eerste instantie niet de uitgavenbeheersing voorop, maar het honoreren van maatschappelijke preferenties. Voorzover dit (mede door de vergrijzing) tot gevolg heeft dat de rekening eenzijdig bij bepaalde categorieën terecht komt (jongeren, werkenden), zijn nadere afwegingen nodig op het gebied van de lastenverdeling.

De drie door de CSED verkende oplossingsrichtingen hebben gemeen dat de vraagzijde een groter gewicht in de schaal moet kunnen leggen. De oplossingsrichtingen verschillen in de manier waarop dit streven wordt ingevuld.

De *eerste oplossingsrichting* sluit aan bij de huidige prijs- en aanbodregulering in het kader van de AWBZ en bij de bestaande AWBZ-instellingen. De mogelijkheden om in deze variant tot meer vraagsturing te komen zijn beperkt. Uitgangspunt is dat het rijk bij het vaststellen van het zorgbudget zich meer gelegen laat liggen aan het wegwerken van knelpunten die door lagere overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en (organisaties van) cliënten worden gesignaleerd. De positie van de cliënt zou verder kunnen worden versterkt door hem meer inspraak te geven op het niveau van het zorgkantoor, het indicatiorgaan, de regiovisie en de landelijke meerjarenafspraken. Toch biedt dit, zeker op de lange termijn, waarschijnlijk onvoldoende mogelijkheden om de pluriforme wensen van ouderen te kunnen honoreren.

In haar *tweede oplossingsrichting* heeft de CSED een drietal varianten naast elkaar gepresenteerd, zoveel mogelijk uitgaande van collectief gefinancierde arrangementen op het gebied van ouderenzorg.

In variant 2a gaat het om een flexibilisering van de aanspraken in het kader van de AWBZ en om meer speelruimte voor AWBZ-instellingen om producten te leveren waar behoefte aan is.

Variant 2b onderscheidt zich doordat de functies wonen en welzijn uit de AWBZ worden weggehaald om ondergebracht te worden bij de aanpalende beleidsterreinen van gemeenten en volkshuisvesting.

In variant 2c wordt een groot deel van de ouderenzorg overgeheveld van het eerste naar het tweede en (eventueel) het derde compartiment. Doordat de drie beschreven invalshoeken elkaar niet uitsluiten, ontstaat een groot aantal mogelijke combinaties. Dit sluit aan bij het streven van de CSED geen blauwdruk te presenteren, maar te komen tot handreikingen voor het te voeren beleid.

In de *derde oplossingsrichting* wordt de ouderenzorg grotendeels losgekoppeld van de AWBZ. Het tegemoet komen aan de pluriforme vraag van ouderen op het gebied van zorg, wonen en welzijn wordt dan – waar dit mogelijk is – aan de markt overgelaten.

De CSED is van mening dat er goede argumenten zijn om ook binnen deze oplossingsrichting langdurige en intensieve vormen van (intramurale) ouderenzorg binnen het kader van de volksverzekering te behouden. Te denken valt aan langdurige verpleeghuiszorg voor ouderen met ernstige somatische en psychogeriatrische klachten. Genoemde aanspraak betreft een klein deel van de huidige AWBZ-gefinancierde ouderenzorg.

Tevens zijn er argumenten om voor bepaalde categorieën van ouderen, bijvoorbeeld ouderen met hoge gezondheidsrisico's en/of lage inkomens, een vangnet te spannen. Zo'n vangnet kan, afhankelijk van politieke voorkeuren, op verschillende manieren worden vormgegeven. Te denken valt aan een subsidie voor het afsluiten van een verzekering voor ouderenzorg. Een andere mogelijkheid is een gemeentelijke voorziening zoals de Wet voorzieningen gehandicapten en de bijzondere bijstand.

De CSED verwacht dat de eerste twee oplossingsrichtingen (1, 2a, 2b en 2c) per saldo tot hogere collectieve uitgaven zullen leiden. Bij het afsplitsen van de functies wonen en welzijn is wel sprake van een verbreding van de financiële basis voor de zorguitgaven. Immers, de uitgaven voor wonen en welzijn zullen dan voor rekening komen van de algemene middelen, hetgeen een lagere AWBZ-premie met zich meebrengt.

Van evengroot belang is evenwel dat een kader wordt geschapen waarbinnen hogere particuliere uitgaven (dan wel eigen bijdragen) op het gebied van zorg, wonen en welzijn binnen het collectieve bestel kunnen plaatsvinden, zonder dat deze uitgaven meegenomen worden bij de vaststelling van collectieve uitgavenkaders. Oplossingsrichting 2 biedt hiervoor een groot aantal handvatten. Bij het verstrekken van een persoonsgebonden budget (variant 2a) zou de ontvangende partij bijvoorbeeld vrij moeten zijn om naar eigen inzicht een duurdere of goedkopere vorm van zorg in te kopen. In variant 2b staat het betrokkenen vrij om meer te betalen voor meer comfort op het gebied van wonen en welzijn. En in variant 2c zou een ontevreden cliënt een andere zorgverzekeraar kunnen selecteren en/of een aanvullende verzekering afsluiten.

De derde oplossingsrichting (waar mogelijk vrije marktwerking) biedt per saldo het meeste perspectief om meer vraagsturing te combineren met een beheerste ontwikkeling (mogelijk zelfs een daling) van de collectieve uitgaven op het gebied van ouderenzorg. Veel zal echter afhangen van de manier waarop het eerder genoemde vangnet wordt vormgegeven.

Drie oplossingsrichtingen inzake de financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg

De toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg worden uiteraard door meer dan de uitgavenontwikkeling in de ouderenzorg bepaald. In paragraaf 4.6 is gezien in hoeverre collectieve uitgavenverhogingen – ook als deze aansluiten bij maatschappelijke preferenties – ongewenste neveneffecten kunnen hebben en hoe deze het best kunnen worden ondervangen. In concreto gaat het dan om het risico dat de hogere zorguitgaven als gevolg van de gekozen financieringsstructuur eenzijdig bij 65-minners en werkenden terecht zouden komen.

Uitgaande van de huidige systematiek zouden hogere zorguitgaven immers met name neerslaan in de vorm van hogere AWBZ- en ZFW-premies alsmede in hogere omslagbijdragen voor de MOOZ en de WTZ. Dit zou het maatschappelijke draagvlak voor de hogere zorguitgaven kunnen ondermijnen, nog los van de mogelijke negatieve gevolgen voor de werking van de arbeidsmarkt.

In navolging van de WRR heeft de CSED drie mogelijke oplossingsrichtingen verkend om een ongewenst groot beroep op intergenerationele solidariteit te voorkomen.

Eerste oplossingsrichting: andere lastenverdeling

De eerste oplossingsrichting gaat ervan uit dat hogere uitgaven in het licht van de vergrijzing op zich geen probleem hoeven te zijn, mits de daarmee gemoeide lasten maar op een evenwichtige manier kunnen worden verdeeld, onder meer door de categorie 65-plussers een groter deel van hun zorguitgaven zelf te laten betalen. Een belangrijke mogelijkheid om van (toekomstige) ouderen een hogere bijdrage te vragen is gelegen in de *volledige fiscalisering van de volksverzekeringen* (in casu AWBZ en AOW-premies). Op deze manier worden de lasten van de vergrijzing uit de algemene middelen opgebracht waardoor, afhankelijk van de verdere invulling, 65-plussers een grotere bijdrage kunnen leveren.

Binnen de AWBZ-verstrekkings kan voorts gedacht worden aan *hogere eigen bijdragen* voor ouderen. Dit spoor is echter alleen begaanbaar als deze eigen bijdragen aansluiten bij de specifieke (kwaliteits)behoeften die bij ouderen leven, bijvoorbeeld op het gebied van wonen en welzijn. Indien dit onvoldoende het geval is, zullen hogere eigen bijdragen ertoe leiden dat ouderen het collectief gefinancierde aanbod mijden. Dit zou de legitimiteit van de AWBZ als volksverzekering niet ten goede komen.

Ten aanzien van het tweede compartiment kan gedacht worden aan een *hogere ziekenfondspremie* voor ouderen. Dit sluit aan bij de gedachte dat een zekere (zij het beperkte) bandbreedte in de hoogte van ZFW-premiepercentage tussen 65-minners en 65-plussers op zijn plaats is, gezien het veel hogere zorggebruik van 65-plussers. Er zijn echter ook andere mogelijkheden om ouderen in het tweede compartiment om een hogere bijdrage te vragen (toepassing van het equivalentieprincipe) zonder de gewenste solidariteit tussen jong en oud uit het oog te verliezen.

Zo bestaat de mogelijkheid om zorgverzekeraars een marktconforme premie te laten doorberekenen en daarnaast een solidariteitsfonds te creëren dat wordt gevuld met inkomensafhankelijke solidariteitsheffingen. Uit dit fonds kunnen personen voor wie de (risicoafhankelijke) premie onbetaalbaar is een inkomensafhankelijke subsidie ontvangen.

Een derde mogelijkheid betreft de maximumpremie voor de *standaardpakketpolis* voor ouderen met een particuliere polis. Ook voor deze categorie zou het equivalentiebeginsel in hogere mate kunnen gaan gelden. Daarbij kan worden aangetekend dat op dit gebied ook ingezet kan worden op het binnenhalen van kostenbesparingen. Doordat verzekeraars momenteel bij de uitvoering van de standaardpakketpolis geen enkel financieel risico lopen, worden ze ook niet geprikkeld tot doelmatig handelen. Tegen deze achtergrond blijven de voorstellen actueel, die de MDW-werkgroep Risico in de WTZ in 1998 in haar rapport over de WTZ-problematiek heeft gedaan.

Tweede oplossingsrichting: herijking collectief gefinancierde zorgaanspraken
De tweede oplossingsrichting om de zorglasten op een andere manier te verdeelen kan gezocht worden in het herijken van de collectief gefinancierde aanspraken in de AWBZ en de Ziekenfondswet.

In het voorgaande zijn binnen het kader van de AWBZ al de nodige voorbeelden met betrekking tot de ouderenzorg genoemd. Ook voor de *Ziekenfondswet* valt te denken aan pakketverkleining¹²². Dit raakt de discussie over de afbakening – en de daarbij te hanteren criteria – van het standaardpakket, waarop in dit rapport niet verder wordt ingegaan. In de eerder beschreven variant 2c binnen de oplossingsrichtingen inzake de ouderenzorg wordt er bovendien van uitgegaan dat delen van de ouderenzorg aan het tweede compartiment worden toegevoegd.

In plaats van een van hogerhand opgelegde pakketverkleining in de ziekenfondswet heeft de CSED gekeken naar mogelijkheden voor (vrijwillige) eigen bijdragen, polisdifferentiatie en pakketdifferentiatie. Deze drie vormen hebben gemeen dat de verzekerde eigen afwegingen kan maken ten aanzien van de inhoud van zijn zorgaanspraken en de daarbij horende premiehoogte. *Vrijwillige eigen bijdragen* vergroten de eigen verantwoordelijkheid van de ZFW-verzekerde en kunnen tot een verlaging van de desbetreffende ziektekosten leiden. Tegenover het financiële nadeel van de eigen bijdrage van betrokkene staat dan het voordeel van een lagere ziekenfondspremie.

Polisdifferentiatie maakt deel uit van het huidige kabinetsbeleid in de vorm van de zogenoemde gepaste-zorgpolis. Door de thans gevolgde aanpak kan op basis van experimenten worden bepaald of de gepaste-zorgpolis tot een effectiever en doelmatiger zorggebruik zal leiden. In de kern moet het erom gaan dat de ZFW-verzekerde die gebruik maakt van benoemde doelmatige zorgaanbieders hiervoor financieel wordt beloond. In aanvulling hierop zou ook enige keuze-

122 Wat hier over het ziekenfondspakket wordt opgemerkt, geldt grosso modo ook voor particulier verzekerde ouderen met een standaardpakketpolis.

vrijheid in het ZFW-verstrekkingenpakket kunnen worden toegestaan, zodat tevens ontwikkelingen in de richting van pakketdifferentiatie in de ZFW mogelijk worden.

Derde oplossingsrichting: kapitaalvorming

Een derde mogelijke oplossingsrichting inzake de toekomstige financiering en betaalbaarheid van de gezondheidszorg heeft als invalshoek de hogere toekomstige zorguitgaven op te vangen door daar in een vroeg stadium voor te gaan sparen. Dit vereist kapitaalvorming op individueel dan wel collectief niveau. De CSED heeft beide mogelijkheden bekeken en komt tot de slotsom dat deze route weinig meerwaarde biedt. Individuele kapitaalvorming voegt weinig toe aan de bestaande en komende faciliteiten op het gebied van pensioensparen (de fiscale oudedagparaplu). Een vergelijkbare redenering geldt voor collectieve kapitaalvorming ten behoeve van toekomstige zorguitgaven ten opzichte van het reeds bestaande AOW-spaarfonds.

Bijlagen bij rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige
vergrijzing

Samenstelling van de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen (CSED)

leden

plaatsvervangende leden

Kernleden

prof.dr. L.F. van Muiswinkel (voorzitter)
prof.dr. A.F.P. Bakker (DNB)
prof.dr. F.J.H. Don (CPB)
prof.dr. K.P. Goudswaard
prof.dr. A.H.J. Kolnaar
prof.dr. F. Leijnse

drs. A.A. van der Werff
dr. E.W.M.T. Westerhout

Aanvullende leden

dr. H. van Dalen (NIDI)
dr. R.M.A. Jansweijer
prof.dr. P.A.H. van Lieshout
R.L.O. Linschoten
drs. J.P.M. Timmermans (SCP)
prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

Secretariaat

drs. C.A. van der Wijst
drs. A.R.G.J. Zwiers

Overzicht van relevante wetten en regelingen

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten heeft tot doel de gehele bevolking te verzekeren tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij om geneeskundige risico's die niet via het ziekenfonds of de normale ziektekostenverzekering gedekt zijn, zoals verblijf in een inrichting, instellingen voor gehandicapten, ziekenhuiszorg langer dan een jaar en dergelijke.

Voor ouderen gaat het met name om thuiszorg en verpleeghuiszorg. Verzorgingshuiszorg is momenteel een voorziening die via een overgangsregeling uit de AWBZ wordt gefinancierd. Het kabinet is voornemens om verzorgingshuizen met ingang van 2001 integraal in de AWBZ op te nemen.

Verzekerd zijn alle ingezetenen, ongeacht hun leeftijd of nationaliteit.

De premie (10,25% in 1999) wordt geheven over de eerste belastingschijf. Voor werknemers en uitkeringsgerechtigden wordt de premie ingehouden op het loon of de uitkering. Naast de AWBZ-premie is er bij het gebruik van bepaalde voorzieningen sprake van (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen (zie kader in paragraaf 2.5 van dit rapport). In 1999 worden deze geraamd op 3,3 miljard gulden; het grootste deel hiervan (2,5 miljard) komt voor rekening van de ouderenzorg en thuiszorg.

De met de AWBZ gemoeide uitgaven, inclusief eigen bijdragen, belopen 30 miljard gulden in 1999; ongeveer de helft hiervan (15,7 miljard gulden) komt voor rekening van de ouderenzorg en thuiszorg.

ZFW

De ziekenfondswet heeft tot doel werknemers, (vervroegd) gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden met een inkomen beneden de loon- of inkomensgrens een goede geneeskundige verzorging te waarborgen. Het ziekenfondspakket bestaat grosso modo uit (kortdurende) curatieve verstrekkingen in natura (bijvoorbeeld huisarts, verloskundige hulp, geneesmiddelen, ziekenhuisopname voor maximaal één jaar).

In 1999 bedraagt de loongrens voor werknemers 64.300 gulden per jaar. Partners (tot 65 jaar) en kinderen (voor wie recht bestaat op kinderbijslag) zijn over het algemeen meeverzekerde.

De ziekenfondspremie bestaat uit twee delen; een nominale premie van gemiddeld 345 gulden per jaar die door de ziekenfondsen autonoom wordt vastge-

steld en een inkomensafhankelijke premie. Voor werknemers en uitkeringsgerechtigden bedraagt de inkomensafhankelijke premie 7,4 procent over ten hoogste 210 gulden per dag. Hiervan komt 5,85 procent voor rekening van de werkgever; de resterende 1,55 procent wordt ingehouden op het loon dan wel de uitkering.

Voor vervroegd gepensioneerden en verzekerden van 65 jaar en ouder geldt een afwijkende premieheffing. Vervroegd gepensioneerden betalen 7,4 procent over de VUT-uitkering. Verzekerden van 65 jaar en ouder betalen aan premie 7,4 procent over de AOW-uitkering en 5,4 procent over het aanvullend arbeidspensioen en eventuele inkomsten uit arbeid.

In 1999 is met de ZFW-premies een bedrag gemoeid van 25,9 miljard gulden.

MOOZ

De MOOZ (Medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden) betreft een wettelijke omslagbijdrage die particulier verzekerden betalen als bijdrage in de kosten van de oververtegenwoordiging van 65-plussers in het ziekenfonds.

De oververtegenwoordiging wordt jaarlijks vastgesteld. Per 1 januari 1998 ging het om 218.508 personen.

Tegelijkertijd wordt jaarlijks gezien wat de gemiddelde meerkosten zijn van oudere (65-plus) ten opzichte van jongere ziekenfondsverzekerden. De meerkosten in 1997 bedroegen gemiddeld 3.958,41 gulden per persoon.

De jaarlijkse bijdrage van particuliere verzekeraars aan de ziekenfondsen wordt berekend door de berekende oververtegenwoordiging te vermenigvuldigen met de gemiddelde meerkosten per 65-plusser. Dit bedrag (865 miljoen gulden in 1998) moeten de particuliere verzekeraars over hun verzekerden omslaan. Verzekerden ouder dan 20 jaar betalen de volledige wettelijke omslagbijdrage. Verzekerden tot 20 jaar betalen de helft.

Standaardpakketpolis/WTZ

Wie niet ziekenfondsverzekerd is en niet tegen de 'normale' voorwaarden door een particuliere zorgverzekeraar wordt geaccepteerd, kan een beroep doen op de standaardpakketpolis. In 1999 bedraagt de maximumpremie voor verzekerden jonger dan 65 jaar 239,70 gulden per maand (119,85 gulden per maand voor kinderen). Voor 65-plussers bedraagt de premie 234,10 gulden per maand. De verzekerde aanspraken komen grosso modo overeen met die van het ziekenfondspakket.

Aangezien de standaardpakketpolis niet kostendekkend is, moeten de particuliere verzekeraars voor het kostennadeel worden gecompenseerd. De Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998) bepaalt onder meer

dat de meerkosten worden omgeslagen over de overige particulier verzekerden jonger dan 65 jaar. In 1997 bedroeg het WTZ-omslagtekort circa 1,3 miljard gulden. Dit leidde in 1998 tot een WTZ-omslagbijdrage van 360 gulden per jaar voor personen van 20 jaar en ouder. Personen jonger dan 20 jaar zijn de helft van de wettelijke omslagbijdrage verschuldigd.

CENTRAAL PLANBUREAU

NOTITIE

Nummer : 99/30
 Datum : 2 juli 1999
 Aan : Secretariaat CSED van de SER

Lange Termijnramingen Zorg

In hoofdstuk 3 van dit rapport worden diverse analyses opgevoerd naar de kosteneffecten van vergrijzing. Met name gaat het hierbij om de LT-studie van het CPB¹, het tiende rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte², de VTV-studie van het RIVM³, demoberekeningen van het CPB ten behoeve van het CSED-rapport⁴, generatieberekeningen van het CPB⁵ en de analyse van Nelissen in het tijdschrift *Bevolking en Gezin*⁶. Deze bijlage zet de verschillende studies naast elkaar en beoogt de verschillen in uitkomsten te duiden in termen van de achterliggende veronderstellingen. In de bijgevoegde tabel worden de verschillende studies cijfermatig samengevat.

De LT-studie van het CPB onderscheidt drie scenario's: Divided Europe (DE), European Coordination (EC) en Global Competition (GC). Deze scenario's geven elk een eigen invulling aan vijf belangrijke trends, te weten de internationale economisch-politieke ontwikkelingen, demografie, sociaal-culturele factoren, technologie en economie. Ook de invulling van het overheidsbeleid verschilt tussen de drie scenario's. Het aandeel van zorguitgaven in het BBP - hierna aan te duiden als zorguitgavenquote - loopt in de drie scenario's op van 8,7% in 1995 tot 12,2%, 11,4% respectievelijk 9,9% in 2020. Gecombineerd met de gehanteerde prognoses voor de jaarlijkse BBP-groei in de drie scenario's (1,5%, 2,7% respectievelijk 3,3%), kan de reële groei in zorguitgaven per jaar op 2,9%, 3,8% en 3,8% worden becijferd voor achtereenvolgens het DE-scenario, het EC-scenario en het GC-scenario.

In de LT-studie worden in elk van de drie scenario's drie factoren meegenomen in de raming van kosteneffecten. Ten eerste is dat de demografie welke met name het volume van zorguitgaven doet stijgen. Ten tweede wordt het volume van zorguitgaven door overheidsbe-

¹ CPB, *Omgevingsscenario's Lange Termijn Verkenning 1995-2020*, Werkdocument 89, Den Haag, 1996.

² Studiegroep Begrotingsruimte, *Op weg naar begrotingsevenwicht*, Tiende Rapport, Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 400, nr. 1.

³ D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (eindred.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*, RIVM, Bilthoven, 1997.

⁴ CPB, externe notitie, nr. 99/13.

⁵ CPB, *Centraal Economisch Plan 1997*, Den Haag, 1997.

⁶ J.H.M. Nelissen, De toekomstige uitgaven in het kader van de gezondheidszorg, in: *Bevolking en Gezin*, nr. 1, 1997, pp. 29-42.

	Periode	Demografische	Baumol-effect	Overig	Totaal		BPP	Zorguitgavenquote	
					Zorguitgaven	(Reëel)		in procentpunten	95/20
LT-studie CPB	DE	95/20	0,8	1	1,1	2,9	1,5	3,5	
	EC	95/20	1,1	1,2	1,5	3,8	2,7	2,7	
	GC	95/20	1	0,8	2	3,8	3,3	1,2	
10e rapport Studiegroep Begrotingsruimte	demo-variant	95/40	1,5	1,2	0	2,7	2,2		2
	welvaartsvariant	95/40	0,9	2,2*		3,1	2,2		4,5
VTV -studie RIVM		99/15	1	0,3	1,1	2,4			
Demoberekeningen CPB		99/20	1						
		99/40	1						
Generatie berekeningen CPB	centraal	95/20	0,9		2,0*	2,9	2,5	1,1	
		95/40	1		2,0*	3	2,1		4,5
	variant**	95/20	0,4		2,0*	2,4	2,5	-0,1	
		95/40	0,6		2,0*	2,6	2,1		2,4

* Totaal van Baumol-effect en overig.

** Variant met verschuivend leeftijdsprofiel (CEP 1997, p. 140)

leid beïnvloed. Ten derde wordt de prijsstijging van zorguitgaven hoger ingezet dan de stijging van de BBP-prijs als gevolg van het Baumol-effect.

In tegenstelling tot de scenario's uit de LT-studie van het CPB, maakt het rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte een toekomstraming bij ongewijzigd beleid. Het rapport presenteert twee cijfers voor de stijging van zorguitgaven ten gevolge van demografische ontwikkelingen. De demografische ontwikkelingen en het Baumol-effect zorgen voor een stijging van de zorguitgavenquote in de periode 1995-2040 van 2 procentpunt. Wordt bovendien verondersteld dat de zorguitgaven meegroeien met de welvaart, dan zou de genoemde quotestijging in dezelfde periode 4,5 procentpunt bedragen.

Een 2 procentpunt stijging van de zorguitgavenquote impliceert bij een veronderstelde gemiddelde BBP-groei van 2,2 procent per jaar en een zorguitgavenquote van 8,7% in 1995 een jaarlijkse groei van zorguitgaven van 2,7 procent per jaar. Hiervan komt meer dan de helft (1,5 procent per jaar) voor rekening van demografische factoren; de rest (1,2 procent per jaar) weerspiegelt het Baumol-effect.

Vergelijken we deze raming met het EC-scenario. De rol van demografische factoren wordt verschillend ingeschat, doordat de studiegroep een minder verfijnde methode hanteert om de effecten van demografie te berekenen. Voorts verschillen de twee projecties omdat alleen het CPB overige ontwikkelingen (additioneel beleid, welvaartseffecten bij de ontwikkelingen van de vraag naar zorg, technologische ontwikkelingen etc.) in haar berekeningen verdisconteert.

Het 4,5 procentpunt scenario van de Studiegroep Begrotingsruimte impliceert, wederom uitgaande van 2,2 procent BBP-groei per jaar en een zorguitgavenquote in 1995 van 8,7%, een gemiddelde groei van zorguitgaven van 3,1 procent per jaar. Het 4,5 procentpunt scenario verschilt van het 2 procentpunt scenario in de manier waarop demografie wordt verdisconteerd en de wijze waarop het Baumol-effect wordt ingezet. Het belangrijkste verschil is echter dat alleen in het 4,5 procentpunt scenario de zorguitgaven meegroeien met de welvaart. Dit komt tot uiting in een reële uitgavengroei die gelijk is aan de som van de BBP-groei en de demografische component.

De VTV-studie richt zich op de vraag met hoeveel procent de zorguitgaven jaarlijks moeten stijgen om de vergrijzing op te vangen. Wanneer naar het effect van demografische ontwikkeling én dat van de residuele ontwikkeling (zie hieronder) wordt gekeken, dan resulteert een uitgavenstijging in de periode 1994-2015 van 2,1 procent per jaar. Wordt bovendien een Baumol-effect in de berekeningen verdisconteerd, dan komt het desbetreffende groeicijfer op 2,4 procent per jaar uit.

De residuele ontwikkeling wordt door het RIVM gedefinieerd als de ontwikkeling die zich in het verleden bij de zorguitgaven heeft voorgedaan en die niet aan demografie danwel aan het Baumol-effect kan worden toegeschreven. Het begrip residuele ontwikkeling is dus een mandje van tal van effecten, waaronder ook de effecten van beleid zoals dat in het verleden is gevoerd. Deze residuele ontwikkeling wordt in de raming naar de toekomst doorgetrokken.

In termen van de veronderstelling van het EC-scenario van 2,7 procent BBP-groei per jaar impliceren beide VTV-scenario's een daling van de zorguitgavenquote. Deze uitkomst verschilt drastisch met die uit de hiervoor besproken studies. Dit verschil is niet aan een verschil in inschatting van de rol van demografie toe te schrijven. Ondanks een veelheid aan mogelijke benaderingen ontlopen de effecten van demografie zoals ze door verschillende instituten zijn berekend elkaar niet zoveel. De inschatting van het Baumol-effect lijkt daarentegen bij het RIVM aan de lage kant. De Studiegroep Begrotingsruimte schat het Baumol-effect in op 1,2 procent per jaar. In het EC-scenario wordt van een jaarlijkse arbeidsproductiviteitsstijging van 1,8 procent per jaar uitgegaan (een BBP-groei van 2,7% per jaar minus een groei van de werkgelegenheid met 0,9% per jaar). Gerekend met de factor $2/3$ welke in het rapport van de Studiegroep voor de doorwerking van de lonen in de prijzen van zorg wordt gehanteerd, resulteert eveneens het cijfer 1,2. Zou het door het RIVM veronderstelde Baumol-effect van 0,3 procent per jaar worden vervangen door een verondersteld Baumol-effect van 1,2 procent per jaar, dan zou het VTV-scenario op $2,1+1,2=3,3$ procent per jaar uitkomen. Dit ligt dicht bij de uitkomsten van de hiervoor besproken studies.

De demoberekeningen van het CPB ten behoeve van de CSED beperken zich tot de demografische component. Zij komen uit op een stijging van 0,8 procent per jaar over de periode 1999-2049. Voor de periode 1999-2040 ligt dit cijfer overigens iets hoger: 1,0 procent per jaar. Toevoeging van de inschatting van het Baumol-effect welk op basis van het EC-scenario kan worden gemaakt, doet het cijfer van 1,0 naar 2,2 procent per jaar stijgen. Daarnaast worden in de demo-berekeningen ontwikkelingen in de sfeer van medische technologie, epidemiologie en overheidsbeleid niet meegenomen. Zou dit wel gebeuren, dan zou hoogstwaarschijnlijk een hogere uitkomst resulteren. Zou bij wijze van voorbeeld het RIVM-cijfer van 1,1 procent per jaar worden gekozen, dan zou het cijfer uit de CPB-berekeningen naar 3,3 procent per jaar worden opgehoogd.

De generatieberekeningen van het CPB beogen na te gaan of het huidige budgettair beleid op lange termijn houdbaar is. De generatieberekeningen hanteren de veronderstelling dat alle collectieve uitgaven- en inkomstenposten, waaronder dus ook de zorguitgaven, groeien met het veronderstelde tempo van jaarlijkse arbeidsproductiviteitsgroei. Daarbovenop komen dan de demografische effecten, waarbij in beginsel het leeftijdsprofiel van collectieve uitgaven en inkomsten constant wordt gehouden.

Uitgaande van een zorguitgavenquote van 8,7 procent in 1995 wordt voor 2020 een zorguitgavenquote van 9,8 procent berekend. Voor 2040 ligt de berekende zorguitgavenquote op 13,2 procent. Voor 2020 ligt deze uitkomst tussen de corresponderende cijfers van het EC-scenario en het GC-scenario. Uitgaande van een BBP-groei van 2,5 procent per jaar, ligt het cijfer voor de gemiddelde groei in zorguitgaven voor de periode 1995-2020 op 3,0 procent per jaar. Voor de periode 1995-2040 is met een BBP-groei van 2,1 procent per jaar gerekend en komt de gemiddelde groei in zorguitgaven eveneens uit op 3,0 procent per jaar.

Bij de generatieberekeningen zoals ze in het CEP'97 zijn opgevoerd, wordt overigens ook een variant doorerekend die de demografische component berekent op basis van verschuivende leeftijdsprofielen. Het gegeven dat uitgaven aan gezondheidszorg voor een belangrijk deel gekoppeld zijn aan sterfte, was aanleiding voor een (extreme) variant waarin bij een verlenging van de levensverwachting het leeftijdsprofiel van de zorguitgaven met de levensverwachting naar rechts verschuift. De uitgaveneffecten van vergrijzing komen bij een dergelijke veronderstelling beduidend lager uit. Voor de periode 1995-2040 bijvoorbeeld zakt het cijfer van 3,0 procent uitgavengroei per jaar naar 2,6 procent.

De berekeningen van Nelissen zijn van een ander kaliber dan alle voorgaande studies. Het eerste verschil is dat Nelissen mutaties in premiepercentages berekent in plaats van mutaties in zorguitgaven of zorguitgavenquote. Dit noopt Nelissen om een raming te maken van de grondslagverbreding welke voor de toekomst kan worden verwacht. Twee problemen doemen op. Ten eerste kan de raming van de grondslagverbreding op tal van manieren worden ingevuld. Nelissen gebruikt hiervoor het looninkomen, wat niet aansluit bij de huidige systematiek waarin 65+-ers ook premieplichtig zijn voor de ZFW en de AWBZ. Ten tweede zegt de verwachte stijging van het ZFW- en AWBZ-premiepercentage niet zoveel over de betaalbaarheid van toekomstige zorguitgaven.

Het tweede verschil tussen de analyse van Nelissen en de eerder behandelde studies is dat een gedetailleerde onderbouwing in het artikel ontbreekt. Desondanks lijken de berekeningen van Nelissen demografische effecten, effecten van inkomensstijging, effecten van beleid en Baumol-effecten mee te nemen.

Afsluitend zouden de volgende conclusies kunnen worden getrokken:

- 1) Nadere beschouwing en correctie voor weggelaten factoren brengt de verschillende analyses van de toekomstige groei van de zorguitgaven dichter bij elkaar. De LT-studie, de analyse van de Studiegroep Begrotingsruimte, de VTV-studie, de CPB-generatieberekeningen wijzen in de richting van 2,4 tot 3,8 procent stijging van zorguitgaven per jaar (reëel, d.w.z. afgezien van stijgingen van de prijs van het BBP). Bij een jaarlijkse groei van het BBP van 2,2 procent kan worden geconcludeerd dat de zorguitgavenquote onder invloed van de vergrijzing een duidelijke stijging zal laten zien.
- 2) De demoberekeningen van het CPB maken duidelijk dat vergrijzing in alle andere studies wel heel ruim wordt geïnterpreteerd. Wanneer men enkel de effecten van een veranderende bevolking beschouwt (qua omvang en qua samenstelling), dan is de geraamde groei van zorguitgaven voor de periode tot 2040 zo'n 1,0 procent per jaar. Pas wanneer allerlei factoren die in het verleden de groei van zorguitgaven opstuwden ook in de berekeningen worden verdisconteerd, resulteren de onder 1) genoemde cijfers. In het laatste geval zou de term vergrijzingseffect echter beter kunnen worden vervangen door de term toekomstscenario of iets dergelijks.
- 3) De verschillende berekeningen laten behoorlijk veel variatie zien. Dit heeft niet zozeer te maken met de vergrijzingseffecten zelf (in hun meest letterlijke betekenis). Het heeft des te meer te maken met de problemen rondom het inschatten van de effecten van

veranderingen in medische technologie en ook epidemiologie. Daarnaast zijn ook toekomstige ontwikkelingen in macro-economische variabelen als inkomen en uurloon hoogst onzeker.

Publicatieoverzicht

CSED-rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing 1999, 198 pp., ISBN 90-6587-720-7,	<i>f</i> 25,00	Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg 1998, 198 pp., ISBN 90-6587-695-2, bestelnr. 98/13	<i>f</i> 25,00
Advies Flexibiliteit in leerwegen 1999, 152 pp., ISBN 90-6587-718-5, bestelnr. 99/08	<i>f</i> 17,50	Advies Organisatie uitvoering sociale verzekeringen 1998, 146 pp., ISBN 90-6587-694-4, bestelnr. 98/12	<i>f</i> 17,50
Advies Wijziging Wet Bpf 1999, 92 pp., ISBN 90-6587-717-7 bestelnr. 99/07	<i>f</i> 12,50	Advies Arbeid, Zorg en Economische zelfstandigheid 1998, 218 pp., ISBN 90-6587-689-8, bestelnr. 98/11	<i>f</i> 25,00
Advies Startnota ruimtelijke ordening en Perspectievennota verkeer en vervoer 1999, 84 pp., ISBN 90-6587-701-0, bestelnr. 99/06	<i>f</i> 12,50	Advies Nationaal Milieubeleidsplan 3 1998, 78 pp., ISBN 90-6587-690-1, bestelnr. 98/10	<i>f</i> 15,00
Advies Structuur uitvoering werk en inkomen 1999, 124 pp., ISBN 90-6587-687-1, bestelnr. 99/05	<i>f</i> 15,00	Advies ICT en de consument 1998, 94 pp., ISBN 90-6587-691-X, bestelnr. 98/09	<i>f</i> 15,00
Advies Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan 2000 1999, 97 pp., ISBN 90-6587-716-9, bestelnr. 99/04	<i>f</i> 15,00	Advies Sociaal-economisch beleid 1998-2002 1998, 258 pp., ISBN 90-6587-682-0, bestelnr. 98/08	<i>f</i> 27,50
Advies Fiscale oudedagsparaplu 1999, 110 pp., ISBN 90-6587-713-4, bestelnr. 99/03	<i>f</i> 17,50	Advies Naar een robuust belastingstelsel 1998, 162 pp., ISBN 90-6587-681-2, bestelnr. 98/07	<i>f</i> 20,00
Advies Onverzekerbare risico's 1999, 124 pp., ISBN 90-6587-712-6, bestelnr. 99/02	<i>f</i> 17,50	<i>ALGEMEEN</i>	
Advies Doorberekening van maatschappelijke kosten bij verkeer en vervoer 1999, 67 pp., ISBN 90-6587-708-8, bestelnr. 99/01	<i>f</i> 15,00	SER-adviezen Een jaarabonnement op adviezen die de SER uitbrengt	<i>f</i> 200,00
Advies Europese Sociale Dialoog 1998, 45 pp., ISBN 90-6587-706-1, bestelnr. 98/18	<i>f</i> 12,50	SER-bulletin Maandelijks uitgave met nieuws en informatie over de SER en de Stichting van de Arbeid Abonnement per kalenderjaar	<i>f</i> 55,00
Advies Starten vanuit een uitkeringssituatie 1998, 65 pp., ISBN 90-6587-704-5, bestelnr. 98/17	<i>f</i> 15,00	De Sociaal-Economische Raad belicht (folder)	gratis
Advies Herziening SZW-keuringsregimes arbeidsmiddelen 1998, 58 pp., ISBN 90-6587-698-7, bestelnr. 98/16	<i>f</i> 15,00	Knipselkrant Achtergrondartikelen en commentaren op sociaal-economisch gebied uit de dag- en weekbladen (dagelijks). Jaarabonnement	<i>f</i> 200,00
Advies Kengetallen koopkracht 1998, 98 pp., ISBN 90-6587-697-9, bestelnr. 98/15	<i>f</i> 15,00		
Advies Etnisch ondernemerschap 1998, 92 pp., ISBN 90-6587-696-0, bestelnr. 98/14	<i>f</i> 15,00		

Alle uitgaven zijn te bestellen door overmaking van de vermelde prijs op gironummer 333281 ten name van de SER te Den Haag, onder vermelding van bestelnummer of titel.
Op aanvraag zenden wij u gratis een uitgebreid publicatieoverzicht toe. Telefoon 070 - 3 499 505.

Publicatieoverzicht

CSED-rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing 1999, 198 pp., ISBN 90-6587-720-7,	<i>f</i> 25,00	Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg 1998, 198 pp., ISBN 90-6587-695-2, bestelnr. 98/13	<i>f</i> 25,00
Advies Flexibiliteit in leerwegen 1999, 152 pp., ISBN 90-6587-718-5, bestelnr. 99/08	<i>f</i> 17,50	Advies Organisatie uitvoering sociale verzekeringen 1998, 146 pp., ISBN 90-6587-694-4, bestelnr. 98/12	<i>f</i> 17,50
Advies Wijziging Wet Bpf 1999, 92 pp., ISBN 90-6587-717-7 bestelnr. 99/07	<i>f</i> 12,50	Advies Arbeid, Zorg en Economische zelfstandigheid 1998, 218 pp., ISBN 90-6587-689-8, bestelnr. 98/11	<i>f</i> 25,00
Advies Startnota ruimtelijke ordening en Perspectievennota verkeer en vervoer 1999, 84 pp., ISBN 90-6587-701-0, bestelnr. 99/06	<i>f</i> 12,50	Advies Nationaal Milieubeleidsplan 3 1998, 78 pp., ISBN 90-6587-690-1, bestelnr. 98/10	<i>f</i> 15,00
Advies Structuur uitvoering werk en inkomen 1999, 124 pp., ISBN 90-6587-687-1, bestelnr. 99/05	<i>f</i> 15,00	Advies ICT en de consument 1998, 94 pp., ISBN 90-6587-691-X, bestelnr. 98/09	<i>f</i> 15,00
Advies Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan 2000 1999, 97 pp., ISBN 90-6587-716-9, bestelnr. 99/04	<i>f</i> 15,00	Advies Sociaal-economisch beleid 1998-2002 1998, 258 pp., ISBN 90-6587-682-0, bestelnr. 98/08	<i>f</i> 27,50
Advies Fiscale oudedagsparaplu 1999, 110 pp., ISBN 90-6587-713-4, bestelnr. 99/03	<i>f</i> 17,50	Advies Naar een robuust belastingstelsel 1998, 162 pp., ISBN 90-6587-681-2, bestelnr. 98/07	<i>f</i> 20,00
Advies Onverzekerbare risico's 1999, 124 pp., ISBN 90-6587-712-6, bestelnr. 99/02	<i>f</i> 17,50	<i>ALGEMEEN</i>	
Advies Doorberekening van maatschappelijke kosten bij verkeer en vervoer 1999, 67 pp., ISBN 90-6587-708-8, bestelnr. 99/01	<i>f</i> 15,00	SER-adviezen Een jaarabonnement op adviezen die de SER uitbrengt	<i>f</i> 200,00
Advies Europese Sociale Dialoog 1998, 45 pp., ISBN 90-6587-706-1, bestelnr. 98/18	<i>f</i> 12,50	SER-bulletin Maandelijks uitgave met nieuws en informatie over de SER en de Stichting van de Arbeid Abonnement per kalenderjaar	<i>f</i> 55,00
Advies Starten vanuit een uitkeringssituatie 1998, 65 pp., ISBN 90-6587-704-5, bestelnr. 98/17	<i>f</i> 15,00	De Sociaal-Economische Raad belicht (folder)	gratis
Advies Herziening SZW-keuringsregimes arbeidsmiddelen 1998, 58 pp., ISBN 90-6587-698-7, bestelnr. 98/16	<i>f</i> 15,00	Knipselkrant Achtergrondartikelen en commentaren op sociaal-economisch gebied uit de dag- en weekbladen (dagelijks). Jaarabonnement	<i>f</i> 200,00
Advies Kengetallen koopkracht 1998, 98 pp., ISBN 90-6587-697-9, bestelnr. 98/15	<i>f</i> 15,00		
Advies Etnisch ondernemerschap 1998, 92 pp., ISBN 90-6587-696-0, bestelnr. 98/14	<i>f</i> 15,00		

Alle uitgaven zijn te bestellen door overmaking van de vermelde prijs op gironummer 333281 ten name van de SER te Den Haag, onder vermelding van bestelnummer of titel.
Op aanvraag zenden wij u gratis een uitgebreid publicatieoverzicht toe. Telefoon 070 - 3 499 505.

Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing

De bevolking van Nederland vergrijst en wordt daarmee zorgbehoevender. Oudere mensen hebben over het algemeen meer medische en aanverwante zorg nodig dan jongere. Waar de zorguitgaven voor een gemiddelde tiener te verwaarlozen zijn, lopen deze voor een gemiddelde 85-plusser al gauw op tot vele tienduizenden guldens per jaar. Zal onze gezondheidszorg bij een toenemende vergrijzing daardoor onbetaalbaar worden? En: welke beleidsopties zijn er om het een en ander in goede banen te leiden?

Volgens het rapport Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing van de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen van de SER zijn hogere kosten van de zorg pas problematisch als mensen het geld er niet meer voor over hebben en als de werkzaamheid en de doelmatigheid van de gezondheidszorg te wensen over laten.

Na een knelpunteninventarisatie spitst het rapport zich toe op twee thema's: de toekomstige ouderen- en thuiszorg en – meer algemeen – de financiering en betaalbaarheid van de zorg. Voor beide thema's wordt een aantal oplossingsrichtingen besproken.

Uitgave: Sociaal-Economische Raad
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag

ISBN 90-6587-720-7 / CIP