



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# Economische effecten van de premiestructuur in de zorg

*Leo van der Geest*



Achtergrondstudie bij het advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg

Den Haag, 2008



---

## Inhoud

|  |    |
|--|----|
| Inleiding  | 5  |
| 1 Internationale verschillen in financiering van de zorg       | 7  |
| 2 Economische effecten van verschillende financieringssystemen | 11 |
| 2.1 Financiering en verticale rechtvaardigheid                 | 11 |
| 2.2 Financiering en horizontale rechtvaardigheid               | 12 |
| 2.3 Financiering en herverdeling                               | 13 |
| 2.4 Financiering en toegang tot de zorg                        | 14 |
| 2.5 Financiering en kostenbeheersing                           | 15 |
| 2.6 Financiering en macro-economische effecten                 | 16 |
| 2.6.1 Arbeidsmobiliteit en arbeidsmarktflexibiliteit           | 16 |
| 2.6.2 Arbeidskosten en internationale concurrentiepositie      | 16 |
| 2.7 Financiering en doelmatigheid                              | 17 |
| 2.7.1 Allocatieve efficiency                                   | 17 |
| 2.7.2 Kosteneffectiviteit                                      | 18 |
| 2.8 De invloed van het verleden (padafhankelijkheid)           | 18 |
| 3 Financiering van de gezondheidszorg in Nederland             | 21 |
| 3.1 Het globale beeld  | 21 |
| 3.1.1 Financiering van de AWBZ                                 | 22 |
| 3.1.2 Financiering van de zorgverzekering                      | 22 |
| 3.1.3 Zorgtoeslag  | 23 |
| 3.1.4 Eigen betalingen   | 24 |
| 3.1.5 Tegemoetkoming buitengewone uitgaven                     | 24 |
| 3.2 Beoordeling van de premiestructuur                         | 25 |
| 3.2.1 Verticale rechtvaardigheid                               | 25 |
| 3.2.2 Horizontale rechtvaardigheid                             | 26 |
| 3.2.3 Herverdeling   | 27 |
| 3.2.4 Toegang tot zorg   | 30 |
| 3.2.5 Kostenbeheersing   | 31 |
| 3.2.6 Macro-economische effecten                               | 33 |
| 3.2.7 Doelmatigheid  | 34 |
| 4 Knelpunten, dilemma's en oplossingsrichtingen                | 37 |
| 4.1 Fiscalisering van de AWBZ                                  | 37 |
| 4.2 Herziening van de werkgeversbijdrage in de Zvw             | 38 |
| 4.3 Geleidelijke verhoging van het eigen risico                | 39 |
| 4.4 Bevordering van gezond gedrag door financiële prikkels     | 39 |
| 4.5 Zorgtoeslag en pgb   | 40 |
| 4.6 Intergenerationele solidariteit                            | 41 |
| 4.7 Zorgaanbieders belonen op basis van resultaat              | 42 |
| 5 Conclusies in hoofdpunten                                    | 44 |
| 6 Literatuur   | 46 |



---

## Inleiding

In de gezondheidszorg gaat zeer veel geld om: in 2007 € 62,7 miljard of wel 11,4% van het bbp.<sup>1</sup> Slechts een klein deel hiervan (ongeveer 8%) wordt door mensen rechtstreeks aan hun eigen gezondheid besteed. Het overgrote deel wordt via heffingen en premies bij de ene persoon geïnd en aan gezondheidszorg voor een andere persoon uitgegeven. Dat is op zich niets bijzonders; dit gebeurt bij elke verzekering. En er is ook maatschappelijk draagvlak voor. Uit tal van onderzoeken en enquêtes blijkt dat er onder de Nederlandse bevolking een grote bereidheid bestaat om mee te betalen aan kwalitatief hoogwaardige en voor ieder toegankelijke gezondheidszorg. In grote lijnen lopen de overdrachten van jong naar oud, van rijk naar arm en van gezond naar ziek.

Aan hoge, verplichte overdrachten kleven echter wel een aantal bezwaren. Uit de economische theorie is bekend dat heffingen en belastingen de optimale allocatie verstoren. Volgens Jacobs gaat van elke euro die wordt herverdeeld, meer dan 30 eurocent verloren aan doelmatigheidsverliezen (*deadweight losses*).<sup>2</sup> Hoewel we in de gezondheidszorg bereid zijn een stukje doelmatigheid op te offeren ten behoeve van meer rechtvaardigheid, omdat ook ouderen, mensen met een smalle portemonnee en mensen met een slechte gezondheid toegang tot goede zorg moeten hebben, geldt tegelijkertijd dat schaarse middelen in de zorg zo doelmatig mogelijk moeten worden ingezet.

Aan de manier waarop de euro's door het zorgstelsel stromen, zitten twee kanten. Enerzijds de financieringskant: waar komen de middelen vandaan? Met andere woorden: wie betaalt wat en is dat rechtvaardig en doelmatig? Anderzijds de bestedingskant: waar gaan de middelen naar toe en vinden de uitgaven op een rechtvaardige en doelmatige manier plaats? In dit essay richten wij ons uitsluitend op het eerste aspect: de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd. Daarbij analyseren wij de effecten die de financieringswijze heeft op verschillende doelstellingen die in de zorg centraal staan en belichten wij dilemma's die zich daarbij voordoen.

Het essay begint met een beknopte beschrijving van verschillen tussen OECD-landen in financiering van de zorg (hoofdstuk 1). Daarbij valt op dat er grote verschillen zijn in de wijze waarop de zorg wordt bekostigd. Blijkbaar is er niet één superieur financieringsmodel, dat overal navolging vindt. Hoofdstuk twee beschrijft wat er uit de internationale literatuur bekend is over de invloed van financieringsalternatieven voor de gezondheidszorg op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Hoofdstuk drie brengt in kaart hoe de gezondheidszorg in Nederland wordt gefinancierd en bespreekt de economische effecten daarvan. In hoofdstuk vier worden enkele knelpunten besproken en suggesties gedaan om de financiering van de zorg doelmatiger en/of rechtvaardiger te maken.

---

<sup>1</sup> Bron: SER, 2008: *Advies langdurige zorg verzekerd*, p. 192. Het genoemde bedrag is inclusief aanvullende verzekering, eigen betalingen, zorgtoeslag en zorguitgaven binnen de WMO. Het is daarmee ruimer dan de uitgaven die onder directe verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS vallen, het zogenaamde Budgettair Kader Zorg.

<sup>2</sup> Jacobs, 2008: *De prijs van gelijkheid*.



---

## 1 Internationale verschillen in financiering van de zorg

Het meest opvallende aan een internationale vergelijking van financieringstelsels voor de gezondheidszorg is de grote diversiteit. Hoewel burgers en overheden in alle landen willen dat hun gezondheidszorgsysteem – en de verschillende onderdelen waaruit dat bestaat – rechtvaardig en doelmatig is, leidt dit niet tot uniformiteit in de wijze van financiering. In beginsel zijn er vier manieren om de zorg te financieren: via belastingen, sociale verzekeringen, private verzekeringen en eigen bijdragen. De meeste landen kennen een of andere mix van publieke en private financiering en van belastingen en (sociale) verzekeringspremies. Ook worden overal – maar wel in verschillende mate – eigen bijdragen gevraagd.

*Belastingen* kunnen progressief zijn (hoge inkomens betalen meer dan evenredig mee aan de zorg) of regressief (hoge inkomens betalen minder dan evenredig). In het algemeen zijn inkomstenbelastingen (licht) progressief, terwijl verbruiksbelastingen, zoals de BTW, regressief zijn omdat hoge inkomens een groter deel van hun inkomen sparen. Sommige verbruiksbelastingen, zoals bijvoorbeeld accijns op tabak, pakken sterk regressief uit omdat mensen met lage inkomens een veel groter deel van hun inkomen aan rookwaren besteden.

Bij *sociale verzekeringen* worden de premies in het algemeen opgebracht door werkenden en aangewend om ook niet-werkenden te verzekeren. Er vindt dus een herverdeling van werkenden naar niet-werkenden plaats. Sociale verzekeringspremies zijn in het algemeen regressief; vaak is er een maximum inkomen waarover de premie wordt geheven (premiegrens). Als sociale verzekeringspremies de vorm aannemen van loonheffingen, betekent dit dat niet-arbeidsinkomen niet wordt belast. De heffingsgrondslag is dus smaller dan bij inkomstenbelastingen.

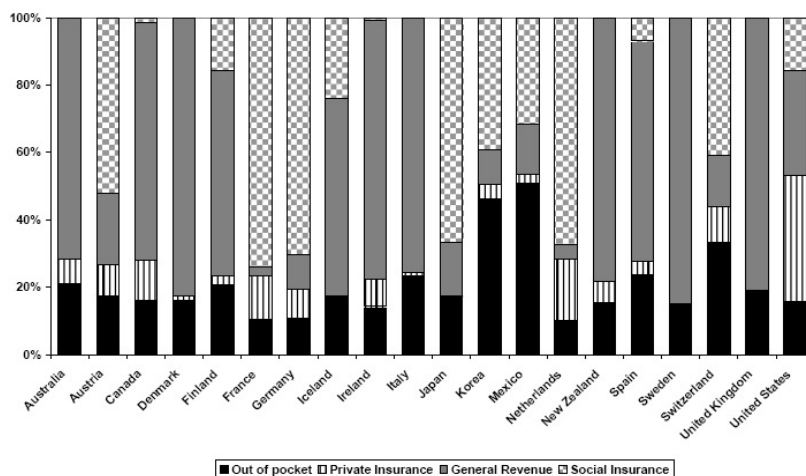
*Private verzekeringen* kunnen de vorm aannemen van individuele contracten of collectieve contracten; de laatste worden dikwijls door de werkgever afgesloten. In beginsel bepalen privaat verzekerden zelf voor welk pakket zorgvoorzieningen zij zich willen verzekeren. De prijs van de verzekering hangt dan af van de omvang van het pakket. In gemengde stelsels, zoals de zorgverzekering in Nederland, is de uitvoering weliswaar in handen van private verzekeraars, maar gelden belangrijke publieke randvoorwaarden, zoals een wettelijke plicht om zich te verzekeren en wettelijke voorschriften welke voorzieningen minimaal binnen het verplichte verzekeringspakket vallen. De (her)verdelingseffecten van zo'n gemengde publiek-private verzekering zijn moeilijk te doorgronden, omdat dan ook moet worden gekeken naar het beroep dat verschillende inkomensgroepen op zorg doen. Naast een verplichte (basis)verzekering kunnen mensen zich vrijwillig aanvullend verzekeren voor extra voorzieningen.

*Eigen bijdragen* zijn rechtstreekse vergoedingen van gebruikers voor ontvangen zorg. Het kan daarbij zowel gaan om volledige vergoedingen voor ontvangen diensten als partiële bijbetalingen in de vorm van eigen bijdragen of eigen risico's. Een stelsel met uitsluitend eigen betalingen zou sterk regressief zijn omdat het beroep op zorg minder dan evenredig met het inkomen toeneemt.

Een belangrijk punt is verder dat premieheffingen en voorzieningengebruik verschillend uitpakken over de levensloop. Jongeren betalen gemiddeld meer dan zij gebruiken; er vindt dus een herverdeling plaats van jong naar oud en van gezond naar ziek. Maar over de levensloop bezien is het herverdelingseffect beperkter: jongeren worden ook oud en gaan dan meer zorg gebruiken. Longitudinale studies laten over het algemeen zien dat de herverdelende werking van de verzorgingsstaat beperkt is. Volgens Hills functioneert de welvaartsstaat meer als een spaarbank dan als een Robin-Hood-achtig herverdelingsmechanisme.<sup>3</sup> Dit geldt tot op zekere hoogte ook voor de gezondheidszorg.

Figuur 1.1 toont voor 20 OECD-landen hoe de gezondheidszorg wordt gefinancierd. De figuur heeft betrekking op het jaar 2000. Sindsdien hebben in diverse landen, waaronder Nederland, belangrijke hervormingen plaatsgevonden in de financiering van de gezondheidszorg. De figuur laat zien dat in de meeste landen ongeveer 20% van de zorg wordt gefinancierd uit rechtstreekse eigen betalingen en de rest via belastingen of verzekeringen. In Australië, Canada, de Scandinavische landen, Ierland, Italië, Nieuw-Zeeland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk wordt de gezondheidszorg vooral uit belastingmiddelen gefinancierd, terwijl andere landen een vorm van (publieke of private) verzekering kennen. Private verzekering speelt alleen een rol van betekenis in de VS, Canada, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Nederland, Zwitserland en Oostenrijk. Eigen betalingen verschillen sterk tussen landen, niet alleen in hoogte, maar ook naar de aard van de voorzieningen waarvoor moet worden betaald en de voorwaarden die daarbij gelden, zoals inkomens- en vermogenstoetsen.<sup>4</sup>

Figuur 1.1 Bekostiging van de gezondheidszorg in OECD-landen uit resp. eigen bijdragen, private verzekering, belastingen en sociale verzekering, 2000



Bron: Glied, 2008.

<sup>3</sup> Hills, 1995: 'Funding the welfare state'.

<sup>4</sup> Van Kemenade, 2007: *Health care in Europe 2007*.

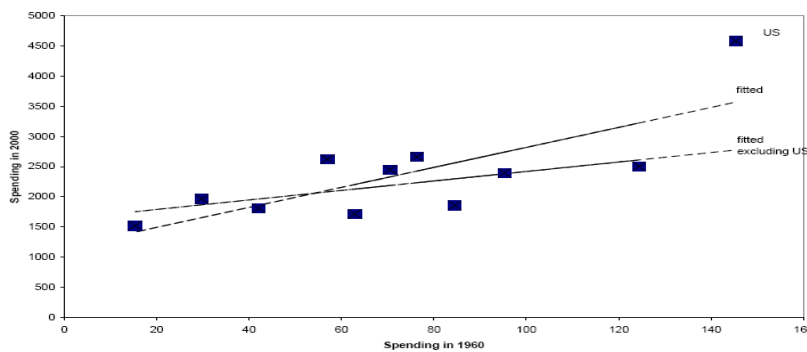


De verschillen tussen landen wat betreft de mix van belastingen, publieke en private verzekeringen en eigen betalingen, weerspiegelen verschillende *tradeoffs* ten aanzien van rechtvaardigheid en doelmatigheid. In het algemeen zijn financieringssystemen doelmatiger naarmate zij minder verstoringen teweegbrengen in individuele keuzen ten aanzien van werk, consumptie, investeringen en dergelijke. Zo bezien zijn private verzekering (zonder overheidsinmenging) en eigen betalingen volledig efficiënt. Natuurlijk wordt de efficiency van het zorgstelsel niet alleen bepaald door de wijze van financiering, maar ook – en in veel sterkere mate – door de manier waarop de levering van zorg is ingericht.

Bij het beoordelen van de rechtvaardigheid van de financiering kijken we hoe de lasten zijn verdeeld. Daarbij kunnen we kijken naar horizontale of verticale rechtvaardigheid. Bij verticale rechtvaardigheid gaat het om de vraag of mensen met hoge inkomens meer of minder dan evenredig aan de bekostiging van de zorg bijdragen. Bij horizontale rechtvaardigheid is de vraag of mensen met een zelfde inkomen (eventueel vermogen) in gelijke mate meebetalen aan de bekostiging van de zorg. Om het totale (her)verdelingseffect van het zorgstelsel te beoordelen, moeten we ook kijken bij welke groepen de zorg terechtkomt.

Figuur 1.2 laat zien dat er een vrij sterke samenhang is tussen de voor koopkracht gecorrigeerde uitgaven aan zorg in 1960 en de uitgaven in 2000, ondanks grote verschillen in de wijze van financiering. Landen waar in 1960 al relatief veel werd uitgegeven aan zorg, geven in 2000 nog steeds veel uit en omgekeerd. Er lijkt dus geen sterk verband te bestaan tussen de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd en de mate waarin zorguitgaven per hoofd zich ontwikkelen (gecorrigeerd voor koopkracht).

Figuur 1.2 Landen waar in 1960 relatief veel werd uitgegeven aan gezondheidszorg, geven in 2000 nog steeds relatief veel uit\*



\*Voor koopkracht gecorrigeerde uitgaven per hoofd van de bevolking

Bron: Glied, 2008.

Glied concludeert daaruit dat er geen systematische relatie is tussen de wijze van financiering en kostenbeheersing. Zorguitgaven nemen in alle OECD-landen toe en dat leidt overal tot debat en hervormingen, maar daaruit ontstaat

vooralnog geen consensus over de optimale financiering en inrichting van de gezondheidszorg.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Glied, 2008: *Health care financing, efficiency, and equity*.

---

## 2 Economische effecten van verschillende financieringsystemen

Dit hoofdstuk bespreekt ervaringen die in verschillende landen met verschillende financieringsystemen zijn opgedaan. In navolging van Mossialos en Dixon onderscheiden wij zeven mogelijke invalshoeken om de effecten van het financieringsstelsel in de gezondheidszorg te beoordelen.<sup>6</sup>

- Verticale rechtvaardigheid
- Horizontale rechtvaardigheid
- Herverdelende werking
- Toegankelijkheid van de zorg
- Kostenbeheersing
- Macro-economische effecten
- Allocatieve en technische efficiency

De eerste vier aspecten hebben betrekking op de rechtvaardigheid van het financieringsstelsel, de laatste drie op de doelmatigheid van de financiering.

---

### 2.1 Financiering en verticale rechtvaardigheid

Zoals hierboven toegelicht, gaat het bij verticale rechtvaardigheid om de vraag of mensen met hogere inkomens meer dan evenredig, proportioneel of minder dan evenredig aan de kosten van de zorg meebetalen. Er zijn verschillende maatstaven ontwikkeld om verticale rechtvaardigheid te meten. De meest gebruikte is de Kakwani Progressiviteits Index. In een progressief stelsel is de Kakwani index positief, in een proportioneel stelsel is hij 0 en in een regressief stelsel is hij negatief.<sup>7</sup>

Als de zorguitgaven voornamelijk worden gefinancierd uit belastingen, wordt de verticale rechtvaardigheid bepaald door de drukverdeling van de belastingheffing. In landen waar belastingen de belangrijkste financieringsbron van de zorg zijn, is de overall belastingdruk in het algemeen licht progressief (tussen de 0,04 en 0,06 op de Kakwani index).<sup>8</sup>

Dit ligt anders wanneer de zorg wordt gefinancierd via een *sociale verzekering*. Inkomensherverdeling is meestal geen primaire doelstelling van een ziektekostenverzekering. In de praktijk pakken sociale ziektekostenverzekeringen vaak regressief uit omdat er alleen premies worden geheven over arbeidsinkomen en overig inkomen sterker geconcentreerd is bij hogere inkomensgroepen. Wagstaff et al. toonden aan dat de ziektekostenverzekering in Duitsland, Nederland en Spanje een regressief karakter had.<sup>9</sup> In Nederland werd dat veroorzaakt doordat mensen met een hoger inkomen buiten het ziekenfonds vielen en zich vaak goedkoper particulier konden verzekeren. Daardoor ontstond een concentratie van lage inkomens en

---

<sup>6</sup> Mossialos en Dixon, 2002, 'Funding health care in Europe: weighing up the options'.

<sup>7</sup> Kakwani, 1977: 'Measurement of tax progressivity: an international comparison'

<sup>8</sup> Mossialos en Dixon, 2002: 'Funding health care in Europe: weighing up the options', p. 274.

<sup>9</sup> Wagstaff, Van Doorslaer en Van den Burg, 1999: 'The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries'.

hoge risico's in het ziekenfonds. Om te grote premieverschillen tegen te gaan werden particulier verzekerden verplicht een premie af te dragen voor ouderen en hoge risico's (de wettelijke MOOZ- en WIZ-bijdragen). Na de stelselherziening waarbij ziekenfonds- en particuliere verzekering zijn samengevoegd, zijn deze verschillen verdwenen.

Bij *private verzekeringen* is de ervaring met verticale progressiviteit gemengd. Wagstaff et al. vonden dat private verzekeringen regressief zijn in landen waar zij een relatief belangrijke financieringsbron vormen (de VS en Zwitserland (tot 1996)). Ook in Frankrijk, Ierland en Spanje waren zij regressief. In Finland waren de premies proportioneel en in Denemarken, Duitsland, Italië, Nederland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk waren zij progressief.<sup>10</sup>

Eigen betalingen kunnen de doelmatigheid van de zorg verbeteren. Het is echter moeilijk een systeem van eigen betalingen te ontwerpen dat bijdraagt aan verticale rechtvaardigheid. Omdat eigen betalingen zwaarder drukken op mensen met een slechte gezondheid en omdat slechte gezondheid meer voorkomt bij mensen met een laag inkomen, pakken eigen betalingen meestal regressief uit. Wagstaff et al. vinden een sterk regressief effect van eigen betalingen (waarden tussen -0,4 en 0 op de Kakwani index).<sup>11</sup> Vooral in landen waar eigen bijdragen relatief hoog zijn, zoals in Portugal, Zwitserland en de VS, dragen zij sterk bij aan de *overall* regressiviteit van het stelsel.

---

## 2.2 Financiering en horizontale rechtvaardigheid

Onder horizontale rechtvaardigheid wordt verstaan dat mensen met een zelfde inkomen (en vermogen) een gelijke bijdrage aan de financiering van de zorg leveren. In landen waar de gezondheidszorg vooral uit belastingen wordt gefinancierd, kunnen verschillen in belastingheffing tussen werknemers en zelfstandigen tot horizontale ongelijkheid leiden.

Horizontale ongelijkheid kan ook ontstaan als verschillende (publieke of private) verzekeraars verschillende premies heffen. Dit doet zich bijvoorbeeld voor als er speciale verzekeringen voor bepaalde beroepsgroepen zijn. De verzekering voor 'gezonde' beroepsgroepen zal dan voordeliger zijn dan die voor 'ongezonde' beroepen. Vóór 1996 kende bijvoorbeeld Duitsland een verzekeringsstelsel dat naar beroepsgroepen was gesegmenteerd. Een belangrijke doelstelling van de Gesundheitsstrukturgesetz van 1993 was om een vrije keuze van verzekeraar mogelijk te maken en premieverschillen tussen verzekeraars te verminderen.<sup>12</sup> Ook de Zorgverzekeringswet (2004) in Nederland had mede ten doel om premieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden te doen verdwijnen. Wanneer verzekeraars met elkaar concurreren, zijn er in het algemeen minder horizontale ongelijkheden dan wanneer verzekeringen regionaal of naar beroepsgroep zijn georganiseerd (zoals in Oostenrijk).

---

<sup>10</sup> Idem.

<sup>11</sup> Idem.

<sup>12</sup> Busse, 2000: *Health care systems in transition: Germany*.

Bij zuiver private verzekeringen zijn de premies gebaseerd op actuariële berekeningen van het ziekterisico en de te verwachten schadelast. Deze risico's zijn niet aan inkomen gebonden, zodat mensen met een gelijk inkomen, maar een verschillend risicoprofiel, een verschillende premie betalen. Op schaderisico gebaseerde premies zijn dus strijdig met de horizontale gelijkheid. Afwijzing van risicoselectie, zoals in de Nederlandse en Duitse ziektekostenverzekering, impliceert een sterke herverdeling omdat er grote verschillen in gebruik van zorg zijn.

Veel landen zonderen bepaalde groepen uit van eigen betalingen om ongewenste inkomenseffecten te voorkomen. Als hiervoor inkomens- of vermogenstoetsen worden toegepast, neemt het regressieve karakter van eigen betalingen af. Maar als andere criteria worden gehanteerd, zoals leeftijd of (chronische) ziekte, kan de horizontale ongelijkheid toenemen.

Horizontale ongelijkheid kan ook voortvloeien uit verschillende keuzen die mensen maken, bijvoorbeeld om wel of geen aanvullende verzekering af te sluiten die eigen betalingen dekt (bijvoorbeeld een tandartsverzekering).

---

### **2.3 Financiering en herverdeling**

De (her)verdelingseffecten van het zorgstelsel hangen voor een deel af van de financiering (zoals hierboven besproken), maar daarnaast ook van het gebruik van zorg. De precieze herverdelingseffecten zijn dikwijls moeilijk te achterhalen, omdat gezondheidszorg in beginsel in natura wordt geleverd en niet in de vorm van financiële vergoedingen. Om een zuiver beeld te verkrijgen zijn longitudinale analyses nodig van de verdeling van lasten en 'lusten' van het zorgstelsel over de levensloop.

Uit diverse studies blijkt dat het gebruik van gezondheidszorg ongelijkmatig verdeeld is over sociale groepen.<sup>13</sup> Allereerst is er een vrij sterke samenhang tussen inkomen (opleiding) en gezondheid: hoger opgeleiden zijn in het algemeen gezonder en doen minder beroep op de gezondheidszorg. Tegelijkertijd blijkt echter ook dat hoger opgeleiden die in de gezondheidszorg terechtkomen, intensievere en duurdere behandelingen claimen en ook krijgen. Een verklaring daarvoor is dat hoger opgeleiden ondanks formeel gelijke toegang tot zorg, er vaak beter in slagen om intensieve (duurdere) zorg te bemachtigen.

Zoals eerder opgemerkt, is het belangrijk om bij de verdelingseffecten van het zorgstelsel een levensloop-perspectief in acht te nemen. Wanneer men slechts kijkt naar één tijdstip, is het evident dat er een herverdeling plaatsvindt van jonge, gezonde, welvarende premiebetalers naar oude, minder gezonde en minder welvarende zorggebruikers. Maar over de levensloop bezien verandert de herverdelende werking van het stelsel omdat de jongeren van nu de ouderen van de toekomst zijn. De intergenerationele herverdeling wordt groter naarmate

---

<sup>13</sup> RIVM, 2008: *Monitor gezondheidsachterstanden*; Mackenbach et al., 2008: 'Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries'.

het aantal ouderen ten opzichte van het aantal jongeren toeneemt (vergrijzing). Volgens Hinrichs geldt voor alle generaties die na 1960-1970 geboren zijn, dat zij meer betalen aan de gezondheidszorg dan dat zij ervan zullen profiteren.<sup>14</sup> Dit kan de solidariteit in de gezondheidszorg onder druk zetten.<sup>15</sup>

De herverdelende werking van het zorgstelsel wordt versterkt wanneer kinderen (tot 18 jaar) en niet-werkende partners gratis worden meeverzekerd. Er is dan sprake van een herverdeling van tweeverdieners naar alleenverdieners en van alleenstaanden en samenwonenden zonder kinderen naar gezinnen met kinderen.

---

## 2.4 Financiering en toegang tot de zorg

De wijze van financiering kan enerzijds van invloed zijn op de toegang tot de zorgverzekering (verzekeraarbaarheid), anderzijds op de toegang tot medische voorzieningen. Vooral landen met een zuiver private verzekering kampen met een problematiek van onverzekerden. In de Verenigde Staten is 15% van de bevolking niet verzekerd voor ziektekosten, waaronder veel mensen met chronische ziekten.<sup>16</sup> Het grootste deel van de niet-verzekerden zijn personen die niet in loondienst zijn (zelfstandigen) of werknemers van kleine bedrijven.

Problemen met verzekeraarbaarheid kunnen zich ook voordoen bij private verzekeringen voor langdurige ouderenzorg. Ongeveer een derde van de personen boven 65 jaar krijgt problemen met de gezondheid of klachten aan het bewegingsapparaat. Omdat dit ook de leeftijd is waarop de meeste mensen aan een verzekering voor langdurige zorg beginnen te denken, blijkt dat veel mensen worden uitgesloten of tegen torenhoge premies aanlopen. Dergelijke problemen zouden kunnen worden voorkomen als verzekeringen al op een jongere leeftijd werden afgesloten, maar jongeren hebben te weinig oog voor de risico's van het ouder worden om dergelijke verzekeringen te overwegen.

Concurrentie tussen verzekeraars vergroot het risico dat verzekeraars mensen met een slechte gezondheid willen weren en alleen gezonde premiebetalers accepteren (*cream skimming*). Dit kan worden tegengegaan door een acceptatieplicht en daarnaast door risicoverevening tussen verzekeraars, zoals in de Nederlandse zorgverzekering. Ervaringen in Frankrijk suggereren dat risicoselectie geen belangrijke rol speelt bij de toegang tot aanvullende verzekeringen.<sup>17</sup> Ook in Nederland zijn tot nog toe weinig problemen geconstateerd voor mensen met een ziekteverleden of verhoogd ziektekostenrisico om tegen gelijke condities toegang tot aanvullende verzekeringen te verkrijgen.<sup>18</sup>

Eigen bijdragen kunnen een negatieve invloed hebben op de gewenste gelijke toegang tot zorg. Empirische studies laten zien dat eigen bijdragen een

---

<sup>14</sup> Hinrichs, 1997: *Social insurances and the culture of solidarity*.

<sup>15</sup> RVZ, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*.

<sup>16</sup> U.S. Census Bureau.

<sup>17</sup> Bocognano et al., 2000: *Which coverage for whom?*

<sup>18</sup> NZA, 2007: *Monitor Zorgverzekeringsmarkt, de balans 2007*.

remmende werking hebben op het gebruik van zorg, vooral onder lage-inkomensgroepen.<sup>19</sup> In Frankrijk bleken er grotere verschillen tussen sociaal-economische groepen te zijn in het gebruik van (huis)artsen en medicijnen dan in het gebruik van ziekenhuiszorg. Dit werd toegeschreven aan het feit dat huisartsen en medicijnen niet volledig worden vergoed en ziekenhuiszorg wel.<sup>20</sup> In Zweden bleek dat na een sterke verhoging van de eigen bijdragen het zorggebruik ongelijker werd, ten gunste van meer welvarende groepen.<sup>21</sup>

De remmende werking van eigen bijdragen treft zowel noodzakelijke als overbodige zorg. Wanneer eigen bijdragen ten koste gaan van noodzakelijke (kosteneffectieve) zorg, functioneert het zorgstelsel slechter in termen van geleverde gezondheidskwaliteit.

---

## 2.5 Financiering en kostenbeheersing

In landen waar de gezondheidszorg hoofdzakelijk gefinancierd wordt uit belastingen, zijn de macro-uitgaven aan zorg in het algemeen lager dan in landen met een sociaal verzekeringssysteem. Daar worden verschillende verklaringen voor aangedragen.<sup>22</sup>

Eén mogelijke verklaring is dat verhogingen van zorgpremies minder weerstand onder de bevolking oproepen dan belastingverhogingen, omdat duidelijker is waar de lastenverzwaring voor is bedoeld. Mensen accepteren een premieverhoging gemakkelijker als zij van mening zijn dat de zorg doelmatig en doeltreffend is. In Duitsland blijken premieverhogingen minder weerstand op te roepen dan beperkingen van het verzekerde pakket of verhogingen van eigen bijdragen.<sup>23</sup>

Een tweede verklaring is dat sociale verzekeringspremies geormerkt geld zijn en daardoor minder gevoelig zijn voor politiek ingrijpen. In België, waar de gezondheidszorg voor ongeveer de helft wordt gefinancierd uit belastingen en voor de helft uit sociale premies, waren de jaarlijkse schommelingen in beschikbaar komende belastingmiddelen veel groter dan de schommelingen in premie-inkomsten.<sup>24</sup> Nonneman en Van Doorslaer schrijven dat toe aan de 'grilligheid van overheden'. Wisselende kabinetten en coalities hebben verschillende doelstellingen en reageren verschillend op wisselende omstandigheden. Financiering door middel van belastinginkomsten in plaats van sociale premies maakt het stelsel dus misschien wel goedkoper, maar ook minder stabiel.

Een derde verklaring voor de hogere uitgaven onder een sociaal verzekeringssysteem is dat verzekerden een groter beroep op zorg doen omdat zij

---

<sup>19</sup> Newhouse, 1993: *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment Group*.

<sup>20</sup> Jourdain, 2000: *Equity of a health system*.

<sup>21</sup> Whitehead et al., 1997: *As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?*

<sup>22</sup> Mossialos en Dixon, 2002: 'Funding health care in Europe: weighing up the options'.

<sup>23</sup> Hinrichs, 1995: 'The impact of German health insurance reforms on redistribution and the culture of solidarity'.

<sup>24</sup> Nonneman en Van Doorslaer, 1994: 'The role of the sickness funds in the Belgian health care market'.

‘waar’ willen ontvangen voor de betaalde premies. Als de zorg gefinancierd wordt uit belastingen is de link tussen lasten en lusten minder duidelijk.

Ten slotte kunnen de hogere uitgaven onder een (sociaal) verzekeringsstelsel te maken hebben met verschillen in de inkoop van zorg en vergoedingen voor zorgaanbieders. In een belasting-gefinancierd stelsel is alle inkoopmacht geconcentreerd bij de centrale overheid; dit zou kunnen leiden tot lagere prijzen. Er is echter weinig empirisch bewijs dat het lagere uitgavenpeil te maken heeft met de inkoopmacht van de overheid.

---

## 2.6 Financiering en macro-economische effecten

---

### 2.6.1 Arbeidsmobiliteit en arbeidsmarktflexibiliteit

Bij zowel private als beroepsgebonden sociale verzekeringen kan gelden dat werknemers bij het wisselen van baan hun ziektekostenverzekering verliezen of tegen veel ongunstiger condities bij een nieuwe werkgever aanlopen. Dit kan ertoe leiden dat de ziektekostenverzekering werknemers als het ware ‘opsluit’ in hun baan (*job-lock*). Als werknemers moeilijker doorstromen naar de banen waarin zij het meest productief zijn, is dat schadelijk voor de economie. Met name in de VS, waar bijna alle ziektekostenverzekeringen via de werkgever lopen, zijn heftige discussies gevoerd over dit vraagstuk. Omdat kleine werkgevers in het algemeen minder uitgebreide en betaalbare verzekeringen kunnen bieden dan grote werkgevers en de overheid, zou dat de mogelijkheden voor kleine werkgevers schaden om goed personeel aan te trekken. Schattingen wijzen uit dat de arbeidsmobiliteit onder mensen die via hun werkgever verzekerd zijn, 25-30% minder is dan gemiddeld onder de gehele beroepsbevolking.<sup>25</sup>

In Duitsland, waar werknemers tot 1996 niet vrij waren in de keuze van verzekeraar en er soms flinke premieverschillen tussen fondsen bestonden, is ook onderzoek gedaan naar de effecten hiervan op de arbeidsmobiliteit, maar kon geen verband worden aangetoond. Holtz-Eakin waarschuwt dat een ziektekostenverzekeringssstelsel ook niet moet worden beoordeeld op zijn secundaire effecten op de arbeidsmarkt, maar vooral op zijn primaire effecten: de toegankelijkheid en de doelmatigheid in de levering van verzekerde zorg.<sup>26</sup>

---

### 2.6.2 Arbeidskosten en internationale concurrentiepositie

Een andere belangrijke discussie is dat stijgende (sociale) verzekeringspremies zorgen voor minder werkgelegenheid, omdat hoge arbeidskosten de internationale concurrentiepositie aantasten. Om die reden hebben industriële werkgevers in de VS zich lange tijd heftig verzet tegen verplichte ziektekostenverzekering door werkgevers. Empirische studies in de VS laten echter weinig of geen effect zien van

---

<sup>25</sup> Gruber 1998: *Health insurance and the labour market*.

<sup>26</sup> Holtz-Eakin, 1994: ‘Health insurance provision and labor market efficiency in the United States and Germany’.



door werkgevers verstrekte ziektekostenverzekeringen op de werkgelegenheid.<sup>27</sup> Ook in Duitsland wordt geen verband gevonden tussen de ontwikkeling van de werkgelegenheid en de hoogte van de ziektekostenverzekeringspremies. Op basis daarvan concluderen Bauer en Riphaen dat de werkloosheid niet kan worden verminderd door de ziektekostenpremies te verlagen en het verzekeringspakket uit te kleden.<sup>28</sup>

Als oplopende ziektekostenpremies niettemin als een probleem worden ervaren, is het mogelijk om werknemersbijdragen in plaats van werkgeversbijdragen te verhogen. Dit komt in feite neer op een loonsverlaging. Of dat acceptabel is, hangt af van de vraag of er elders extra voordelen tegenover staan die opwegen tegen de lagere lonen. In de meeste Europese landen laten cao-onderhandelingen weinig ruimte voor loonsverlaging. Toen werkgevers in Duitsland zich verzetten tegen een verplichte verzekering voor langdurige ouderenzorg omdat dat de arbeidskosten te veel zou verhogen, hebben werknemers er mee ingestemd om ter compensatie een dag langer per jaar te werken in plaats van het loon te verlagen.<sup>29</sup>

Summers en anderen hebben er op gewezen dat loon- en niet-loon elementen deel uitmaken van één onderhandelingspakket over de arbeidsvoorwaarden en onderling uitwisselbaar zijn.<sup>30</sup> De uitkomst hangt af van de relatieve onderhandelingspositie van werknemers en werkgevers. In die optiek verhogen private ziektekostenverzekeringen niet de arbeidskosten, maar beïnvloeden zij alleen de samenstelling van het totale arbeidsvoorwaardenpakket.

---

## 2.7 Financiering en doelmatigheid

---

### 2.7.1 Allocatieve efficiency

De doelmatigheid van de financiering speelt op ten minste drie niveaus een rol: (1) hoe worden middelen tussen gezondheidszorg en andere sectoren van de economie verdeeld? (2) hoe worden middelen tussen diverse sectoren binnen de gezondheidszorg verdeeld? en (3) hoe worden middelen aan specifieke medische voorzieningen toebedeeld: welke medicijnen worden bijvoorbeeld vergoed en welke niet? Op al deze punten bestaan er grote verschillen tussen landen, maar geaggregeerde data wijzen niet op een systematische samenhang met de wijze van financiering.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Gruber 1998: *Health insurance and the labour market*.

<sup>28</sup> Bauer en Riphaen, 1998: *Employment effect of payroll taxes – An empirical test for Germany*.

<sup>29</sup> Evers 1996: 'The new long term care Insurance in Germany: characteristics, consequences and perspectives'.

<sup>30</sup> Summers, 1989: 'Some simple economics of mandated benefits'.

<sup>31</sup> OECD, 2006: *Health data 2006*; Docteur en Oxley: *Health-care systems: Lessons from the reform experience*.

---

## 2.7.2 Kosteneffectiviteit

In de gezondheidszorg is het (net als in andere sectoren) van groot belang of de middelen doelmatig worden ingezet, met andere woorden of er waar voor het geld wordt geleverd. In beginsel hebben kosteneffectiviteit en de wijze van financiering weinig met elkaar te maken. Of de geleverde zorg kosteneffectief is, hangt vooral af van de zorginkoop. Met name als de zorg wordt gefinancierd uit belastingen en sociale verzekeringen, is er meestal een scheiding tussen de belasting- en premie-inning en de inkoop van zorg en zijn er geen sterke prikkels voor een doelmatige zorginkoop. Bij private verzekeringen in een concurrerende markt zijn premieheffing en zorginkoop wel verenigd in een zelfde organisatie en zijn er sterkere prikkels om kosteneffectief in te kopen.

Vergelijking van OECD-landen wat betreft de inzet van medische inputs laat grote verschillen zien, bijvoorbeeld in de verhouding tussen het aantal artsen en verpleegkundigen.<sup>32</sup> Deze verhouding lijkt primair bepaald te worden door het beschikbare aanbod van artsen: als er meer artsen zijn, doen zij werk dat elders door verpleegkundigen wordt gedaan. Verschillen in de verhouding tussen huisartsen en specialisten in EU-landen blijken geen systematische samenhang te vertonen met de wijze van financiering.

Ook het beleid om prijzen van medicijnen te beheersen en generieke geneesmiddelen voor te schrijven staat grotendeels los van de financieringswijze van de zorg. Het voorschrijfgedrag heeft meer te maken met de beloningsstructuur en (financiële) prikkels voor voorschrijvende artsen en apothekers. Het vergoedingstelsel (*fee-for-service* of praktijkvergoedingen op basis van het aantal ingeschreven patiënten) is ook van invloed op internationale beloningsverschillen tussen artsen; de premiestructuur is niet van invloed.

Administratieve kosten zijn hoger in een stelsel met private verzekeringen. Private verzekeraars moeten hogere kosten maken voor het opstellen van polissen, winsttopslag en marketinginspanningen.

---

## 2.8 De invloed van het verleden (padafhankelijkheid)

Mossialos en Dixon wijzen ook op de opmerkelijke stabiliteit in financieringssystemen voor de gezondheidszorg. Mogelijkheden voor hervormingen worden beperkt door gevestigde instituties. Onder invloed van lokale omstandigheden en specifiek beleid ontstaat een institutionele setting waarin bepaalde belangen gedijen, die op hun beurt deze setting in stand houden.<sup>33</sup> Er zijn wel veranderingen mogelijk, maar dat zijn vooral kleine aanpassingen in de bestaande

---

<sup>32</sup> OECD, 2006: *OECD Health data 2006*.

<sup>33</sup> Mossialos en Dixon, 2002: 'Funding health care in Europe: weighing up the options', p. 290.

structuur; radicale hervormingen zijn zeer zeldzaam. Een voorbeeld van een radicale hervorming was de oprichting van de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk na de tweede wereldoorlog. De algehele ontredde schiep toen een klimaat voor drastische hervorming van de welvaartsstaat met een veel grotere rol van de overheid in het economisch leven. Latere pogingen om de publieke gezondheidszorg in het VK te ontmantelen, zijn allemaal gestrand, ook onder het Conservatieve bewind van mevrouw Thatcher, die pleitte voor meer individuele verantwoordelijkheid en een minimale rol van de staat. Toen Thatcher zag dat het haar niet zou lukken de populaire NHS te ontmantelen, besloot zij de hervormingen op de organisatie van de zorg te richten in plaats van op de financiering.



### 3 Financiering van de gezondheidszorg in Nederland

Tegen deze achtergrond is het interessant de financiering van de gezondheidszorg in Nederland te bekijken. We schetsen eerst het globale beeld en gaan daarna in op de economische effecten.

#### 3.1 Het globale beeld

Tabel 3.1 toont de totale zorguitgaven in 2007 en laat ook zien hoe de lasten over huishoudens, bedrijven en algemene middelen zijn verdeeld.

Tabel 3.1 Financiering zorguitgaven in miljarden euro's, 2007

| Regeling  | Kosten                   | Financiering  | Verdeling   |
|---|--------------------------|---|---|
| <b>AWBZ</b>   | <b>20</b>                | AWBZ-premie: 13,6<br>Eigen betalingen: 1,8<br>Rijksbijdrage BIKK: 4,6   | <b>Totaal: 20</b><br>Huishoudens: 15,4<br>Alg. middelen: 4,6  |
| <b>Zvw*</b>   | <b>30</b>                | Ink. afh. premies: 14,9<br>Zorgtoeslag*: 2,7<br>Nominale premies:<br>11,1 - 2,7 = 8,4<br>Eigen betalingen: 2,1<br>Rijksbijdrage kinderen*:<br>1,9 | <b>Totaal: 30</b><br>Huishoudens: 18,4<br>Werkgevers: 10,2<br>Alg. middelen: 1,4<br><i>In verdeling meegenomen:</i><br>Loonheffing over werkgeversbijdrage: 4,1 |
| <b>Totaal AWBZ + Zvw</b>                            | <b>50</b>                |   | <b>Totaal: 50</b><br>Huishoudens: 33,8<br>Werkgevers: 10,2<br>Alg. middelen: 6,0  |
| <b>Voorheen AWBZ</b><br>- opleidingskosten<br>- WMO | <b>1,9</b><br>0,6<br>1,3 | Algemene middelen   | Alg. middelen: 1,9  |
| <b>Overige zorguitgaven VWS*</b>                    | <b>7,4</b>               | Algemene middelen   | Alg. middelen: 7,4  |
| <b>Uitgaven derde compartiment</b>                  | <b>3,4</b>               | Premies aanvullende verz.<br><i>pm overige eigen betalingen</i>   | Huishoudens: 3,4  |
| <b>Aftrekpost bijzondere uitgaven</b>               | Pm                       | <i>pm algemene middelen: -</i><br>1,6   | Alg. middelen: -1,6<br>Huishoudens: 1,6   |

|   |             |  |   |
|---|-------------|--|---|
| <b>Totaal overige zorguitgaven</b>  | <b>12,7</b> | Algemene middelen<br>Premies aanvullende verz.<br>Overige eigen betalingen | <b>Totaal: 12,7</b><br>Huishoudens: 1,8<br>Alg. middelen: 10,9                      |
| <b>Totaal zorguitgaven**</b><br>(incl, zorgtoeslag, WMO en aanv. ziektekosten-verz) | <b>62,7</b> |  | <b>Totaal: 62,7</b><br>Huishoudens: 35,6<br>Werkgevers: 10,2<br>Alg. middelen: 16,9 |

\* Op de begroting VWS 2007 vallen de zorgtoeslag en de rijksbijdragen kinderen beide onder de begrotingsgefinancierde zorguitgaven. De rijksbijdrage kinderen hoort wel bij het budgettair kader zorg, de zorgtoeslag niet. In deze tabel zijn de beide posten aan de Zvw toegewezen.

\*\* In dit overzicht is geen rekening gehouden met de financiering van de ggz aan volwassenen in een strafrechtelijk kader die onder Justitie valt.

Bron: SER, 2008.

### 3.1.1 Financiering van de AWBZ

Iedereen die in Nederland inkomen ontvangt, betaalt premie voor de AWBZ. In 2008 bedraagt de AWBZ-premie 12,15% over het inkomen in de eerste twee belastingschijven (max. € 31.589) van het belastbaar inkomen uit werk en woning (box 1). De premies worden ingehouden door de werkgever (inhoudingsplichtige) en afgedragen aan de Belastingdienst. Voor niet aan inhouding onderworpen inkomsten wordt de premie via aanslagregeling geheven (gecombineerd met de aanslag inkomstenbelasting). In totaal gaven huishoudens in 2007 € 15,4 miljard aan de AWBZ uit, inclusief eigen betalingen van € 1,8 miljard. De overheid draagt uit de algemene middelen € 4,6 miljard aan AWBZ-zorg bij. In totaal bedragen de kosten van de AWBZ € 20 miljard.

### 3.1.2 Financiering van de zorgverzekering

De totale uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet bedragen volgens bovenstaande tabel in 2007 € 30 miljard. Hierbij geldt de volgende systematiek:.

- Alle verzekerden boven 18 jaar betalen een nominale premie aan hun verzekeraar; deze premie kan per verzekeraar verschillen. De gemiddelde nominale premie (standaardpremie) in 2007 is € 1059. Iedereen met dezelfde polis betaalt dezelfde premie. De totale nominale premies bedragen € 11,1 miljard.
- Daarnaast kent de Zorgverzekeringswet een inkomensafhankelijke bijdrage die is verschuldigd over het loon en daarmee gelijkgestelde inkomensbestanddelen. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt door werkgevers ingehouden op het loon en afgedragen aan de Belastingdienst. Werkgevers betalen een verplichte vergoeding aan hun werknemers ter grootte van deze premies. De werkgeversbijdragen worden gestort in een vereveningsfonds, waaruit verzekeraars uitkeringen ontvangen op basis van objectieve criteria met betrekking tot de samenstelling

van hun verzekerdenbestand. Het totaal van de inkomensafhankelijke bijdragen is vastgesteld op 50% van de macro-premielast. Werkgevers vergoeden in 2008 7,2% over een maximaal bijdrage-inkomen van € 31.231. De totale werkgeversbijdragen zijn € 10,2 miljard. Werknemers betalen een loonheffing over de werkgeversbijdrage omdat deze tot het loon wordt gerekend.

- Ter financiering van de premie voor kinderen jonger dan 18 jaar stort de overheid een rijksbijdrage in het vereveningsfonds. Het gaat hier om een bedrag van € 1,9 miljard.
- Tot 2007 hadden verzekerden die geen beroep deden op zorg, recht op een no-claim korting van € 255. In 2008 is deze systematiek vervangen door een verplicht eigen risico van maximaal € 150. Gemiddeld komen hierdoor in 2008 € 103 zorgkosten voor eigen rekening van de verzekerde. Chronisch zieken ontvangen een compensatie van € 47 in 2008.
- Verzekerden kunnen binnen wettelijk vastgestelde grenzen kiezen voor een hoger eigen risico in ruil voor premiekorting.
- Verzekerden kunnen een aanvullende verzekering afsluiten. In 2007 had 93% van de verzekerden een aanvullende verzekering, waarvan de premie kan variëren van enkele tientjes tot € 1000 per jaar. De totale premies voor de aanvullende verzekering bedroegen in 2007 € 3,4 miljard.

---

### 3.1.3 Zorgtoeslag

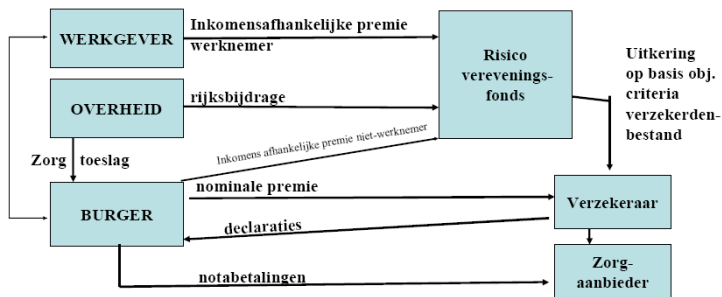
Verzekerden voor wie de premielast uitgaat boven een wettelijke vastgesteld percentage van het inkomen, ontvangen een zorgtoeslag. Dit norm-premiepercentage is 3,5% voor alleenstaanden en 5% voor samenwonenden en geldt tot een maximum inkomen van (in 2007) € 26.071 voor alleenstaanden en € 41.880 voor samenwonenden. In 2007 ontvingen premieplichtigen via de Belastingdienst zorgtoeslagen tot een totaal bedrag van € 2,7 miljard. In 2009 komen 5,5 van de 8,8 miljoen (fiscale) huishoudens in aanmerking voor een zorgtoeslag.<sup>34</sup>

Per saldo betaalden huishoudens in 2007 € 18,4 miljard aan de Zvw (incl. zorgtoeslag en loonheffing over de werkgeversbijdrage (40%)); werkgevers € 10,2 miljard en kwam uit de algemene middelen € 1,4 miljard.

Onderstaande figuur vat de financieringssystematiek van de Zvw samen.

---

<sup>34</sup> CPB, 2008: *MEV 2009*. Economisch beeld 2008-2009, p. 14.



### 3.1.4 Eigen betalingen

Een kleine 8% van de zorguitgaven in het kader van AWBZ en Zvw wordt gefinancierd door middel van eigen betalingen. De eigen betalingen in de Zvw bedragen in 2007 € 2,1 miljard; de eigen betalingen in de AWBZ € 1,8 miljard.

Zoals hierboven beschreven, hadden verzekerden die geen beroep deden op zorg, in 2007 recht op een no-claim korting van € 255. In 2008 is deze systematiek vervangen door een verplicht eigen risico van € 150. Het is nog niet duidelijk wat het effect hiervan is op de zorguitgaven. In de AWBZ worden eigen bijdragen gevraagd voor verpleging, persoonlijke verzorging en verblijf in een AWBZ-instelling. De hoogte van deze eigen bijdragen hangt af van de leeftijd, het inkomen en de gezinssamenstelling. Kinderen jonger dan achttien jaar betalen geen eigen bijdragen.

### 3.1.5 Tegemoetkoming buitengewone uitgaven

Mensen met hoge uitgaven wegens ziekte kunnen deze boven een bepaalde drempel aftrekken van hun belastbaar inkomen. De aftrek van de zogeheten buitengewone uitgaven is bedoeld voor chronisch zieken en gehandicapten, maar de regeling is geleidelijk uitgedijd, waardoor steeds meer belastingplichtigen er gebruik van zijn gaan maken. In 2007 was met deze aftrekpost (belastinguitgave) een bedrag gemoeid van € 1,6 miljard ten laste van de algemene middelen. Het kabinet heeft in het voorjaar van 2008 aangekondigd hierin verandering te willen brengen. Premies voor de ziektekostenverzekering zijn vanaf dit jaar niet meer aftrekbaar; premies voor de aanvullende verzekering zijn vanaf 1 januari 2009 niet meer aftrekbaar. Ook kosten van bijvoorbeeld een bril, de tandarts en bepaalde medicijnen zijn niet meer aftrekbaar. In plaats hiervan introduceert het kabinet een speciale tegemoetkoming van € 100 tot 450 per jaar voor chronisch zieken en gehandicapten, waarmee deze groep gecompenseerd wordt voor extra



kosten. Voor de nieuwe regeling is € 1,8 miljard beschikbaar, waarvan € 1,1 miljard is bedoeld voor chronisch zieken en gehandicapten.

---

## **3.2 Beoordeling van de premiestructuur**

---

### 3.2.1 Verticale rechtvaardigheid

Inkomensherverdeling is geen expliciete doelstelling van de AWBZ en de Zvw. Dat is verstandig, omdat inkomensherverdeling beter via andere instrumenten kan worden bereikt, zoals de belastingheffing. Dat neemt niet weg dat inkomenseffecten een belangrijke rol spelen in politieke discussies over de premiehoogte en premiestructuur.

De nominale premies in de Zvw zijn sterk regressief. Via zorgtoeslagen wordt echter voorkomen dat de noodzakelijke uitgaven aan zorg voor lage-inkomensgroepen een te grote aanslag op het inkomen betekenen. Met behulp van de zorgtoeslagen is het mogelijk ongewenste inkomenseffecten van de ziektekostenverzekering nauwkeurig te corrigeren. Zorgtoeslagen impliceren wel dat veel geld (€ 2,7 miljard) wordt rondgepompt, wat gepaard gaat met doelmatigheidsverliezen. Als de zorgkosten harder stijgen dan het inkomen, zoals structureel het geval is, lopen de zorgtoeslagen steeds hoger op.

De premies voor de AWBZ en de inkomensafhankelijke werkgeversbijdragen voor de Zvw zijn licht regressief. Dat komt omdat maxima aan het premieplichtige inkomen gelden. Deze maxima liggen rond het modale inkomen. Zowel werkenden in loondienst als zelfstandigen betalen Zvw- en AWBZ-premies.

Omdat voor kinderen onder de 18 jaar geen Zvw-premie wordt geheven, vindt een zekere herverdeling plaats van alleenstaanden en samenwonenden zonder kinderen naar gezinnen met kinderen.

Eigen betalingen drukken zwaarder op lage inkomens dan op hogere inkomens. Omdat eigen risico en eigen betalingen in Nederland relatief laag zijn, is het regressieve effect hiervan beperkt. Bij buitengewone ziektekosten zorgt de tegemoetkoming buitengewone uitgaven voor lastenverlichting.

Aanvullende verzekeringen zijn regressief, maar het is ieders vrije keuze om al dan niet een aanvullende verzekering af te sluiten. Het verplichte basispakket waarborgt dat iedereen voor noodzakelijke zorg is verzekerd.

Al met al levert de huidige premiestructuur geen grote knelpunten op vanuit een oogpunt van verticale rechtvaardigheid.

Er kunnen wel problemen met de verticale rechtvaardigheid ontstaan als het verzekerde (basis)pakket om wat voor reden dan ook (sterk) wordt ingeperkt of als eigen betalingen fors zouden worden verhoogd. Grote groepen van de bevolking kunnen zich dan genoodzaakt voelen om extra aanvullende verzekeringen af te sluiten, waarvan de premies veel sterker variëren dan voor de basisverzekering.

---

### 3.2.2 Horizontale rechtvaardigheid

Zvw- en AWBZ-premies worden geheven over alle vormen van inkomen; dit voorkomt dat er horizontale ongelijkheid ontstaat tussen bijvoorbeeld werknemers in loondienst en zelfstandigen. Omdat mensen vrij zijn zelf een verzekeraar te kiezen, zijn er wel verschillen mogelijk in nominale premies voor de Zvw. De concurrentie tussen verzekeraars en de hoge mate van verevening zorgen er echter voor dat premieverschillen zeer beperkt zijn. In 2008 liggen de nominale premies van alle grote zorgverzekeraars binnen een marge van enkele tientallen euro's op jaarbasis.

Horizontale ongelijkheid kan ontstaan door risicoselectie in de zorgverzekering. Mensen met een ziekteverleden of verhoogd ziekterisico worden in dat geval geconfronteerd met veel hogere verzekeringspremies. In het Nederlandse zorgstelsel is risicoselectie in de basisverzekering uitgesloten door de acceptatieplicht voor verzekeraars. Daarnaast zorgt het stelsel van risicoverevening er voor dat prikkels voor verzekeraars om op risico te selecteren, worden geminimaliseerd. Perfecte (ex ante) risicoverevening is echter niet mogelijk; daarom blijft scherp toezicht op het acceptatiebeleid van verzekeraars geboden. In onderzoek van de NZa zijn tot dusver geen aanwijzingen gevonden voor risicoselectie op de verzekeringsmarkt.<sup>35</sup> Op dit moment vindt een deel van de risicoverevening nog achteraf (ex-post) plaats op basis van werkelijk gemaakte kosten. Dit gaat ten koste van doelmatigheidsprikkels bij verzekeraars.<sup>36</sup> Het is de bedoeling de ex-post verevening stapsgewijs af te schaffen. Voor wat betreft de aanvullende verzekeringen hebben verschillende verzekeraars publiekelijk aangekondigd om ook daar geen risicoselectie toe te passen.

Mensen met buitengewone uitgaven wegens ziekte, zoals chronisch zieken, komen in aanmerking voor een speciale belastingaftrek, de tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU). Dit bevordert de horizontale rechtvaardigheid. Bezwaar is dat elke compensatieregeling *dead-weight losses* en risico voor oneigenlijk gebruik meebrengt. Ook bij de TBU bleek dat het beroep op de regeling voortdurend groeide en dat middelen niet terecht kwamen bij groepen voor wie ze bedoeld waren. Het kabinet heeft in het voorjaar van 2008 voorstellen gedaan

---

<sup>35</sup> NZa, 2007: *Monitor Zorgverzekeringsmarkt, de balans 2007*.

<sup>36</sup> NYFER, 2004: *Gezondheidszorg en welvaart*.

om de tegemoetkoming beter toe te snijden op de doelgroep waarvoor zij bedoeld is.<sup>37</sup>

Concluderend kan worden gesteld dat de belangrijkste risico's voor horizontale ongelijkheid in de premiesfeer adequaat worden ondervangen door de acceptatieplicht en het verbod op risicoselectie in de verplichte basisverzekering. Mensen met buitengewone kosten worden (gedeeltelijk) gecompenseerd in de belastingsfeer. Naarmate meer ziektekostenrisico's worden overgeheveld naar de vrijwillige aanvullende verzekering, neemt de kans op horizontale ongelijkheid toe.

---

### 3.2.3 Herverdeling

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Om de (her)verdelingseffecten van het zorgstelsel compleet in het vizier te krijgen, moet ook worden gekeken naar het gebruik van zorg en naar zorguitkomsten. Uit onderzoek blijkt dat er grote sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn.<sup>38</sup> Mensen met een hogere opleiding en dito inkomen hebben, zoals opgemerkt, een aanzienlijk langere levensverwachting dan mensen met een lagere opleiding. Ook de incidentie van allerlei ziekten ligt hoger bij laagopgeleiden.

Hoewel dit een groot maatschappelijk probleem is, is onduidelijk welke rol de premiestructuur zou kunnen spelen bij het reduceren van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Gezondheidsverschillen moeten worden tegengegaan door een gerichte inzet van middelen voor groepen die achterblijven in gezonde levensjaren, bijvoorbeeld door preventie, educatie en programma's gericht op het verbeteren van de leefstijl. Dit staat los van de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd.

Regionale verschillen in zorggebruik

Naast verschillen in gezondheid zijn er ook duidelijke verschillen in zorggebruik, bijvoorbeeld tussen regio's.<sup>39</sup> Deze verschillen kunnen niet worden verklaard uit regionale verschillen in de samenstelling van de bevolking (leeftijd, geslacht, etnische samenstelling of andere gezondheidsindicatoren). Zij lijken vooral samen te hangen met regionale verschillen in aanbod van bijvoorbeeld specialisten en ziekenhuizen.

Regionale verschillen in zorggebruik en zorgkwaliteit kunnen niet worden tegengegaan door veranderingen in de premiestructuur. Zij wijzen op gebrekkige marktwerking en ondoelmatigheden in de zorginkoop. In een zorgverzekering die wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars, is zorginkoop de taak van private verzekeraars. Onderlinge concurrentie moet er voor zorgen dat dit effectief gebeurt. De NZa heeft er op gewezen dat effectieve zorginkoop nog

---

<sup>37</sup> Ministerie van VWS, 2008: Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

<sup>38</sup> Mackenbach et al., 2008: 'Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries'.

<sup>39</sup> Van Rijen en Ottes, 2004: 'Regionale verschillen in het gebruik van zorg'.

onvoldoende van de grond komt.<sup>40</sup> Als redenen hiervoor worden genoemd dat er nog heel weinig ruimte is voor verzekeraars om te onderhandelen bij de inkoop van zorg: slechts een beperkt deel van de markt voor ziekenhuiszorg (in 2008 20%) is geliberaliseerd.<sup>41</sup> Bovendien zorgt de wijze van risicoverevening ervoor dat verzekeraars nog weinig risico lopen op de zorginkoop, waardoor de prikkels om scherp te onderhandelen, worden afgezwakt. Ten derde zijn verzekeraars nog huiverig om cliënten naar voorkeursaanbieders te geleiden, omdat dat gemakkelijk kan worden uitgelegd als een ongewenste inmenging in de keuzevrijheid van patiënten. Naarmate de transparantie toeneemt en de zorgmarkt verder wordt geliberaliseerd, mag worden aangenomen dat regionale verschillen in de prijs/kwaliteitsverhouding van geleverde zorg verminderen.

Ook bij de AWBZ-zorg komen belangrijke regionale verschillen in de prijs/kwaliteitsverhouding voor. Daar wordt vooral gepoogd om via kwaliteitsmeting en meer transparantie verbetering te bereiken.<sup>42</sup> Van de inkoop van AWBZ-zorg via zorgkantoren gaan geen prikkels uit om doelmatig in te kopen en een zo hoog mogelijke prijs/kwaliteitsverhouding te realiseren.<sup>43</sup> Het recente SER-advies over de toekomst van de AWBZ beveelt aan om herstelgerichte AWBZ-zorg over te heleven naar de Zvw. Dit kan leiden tot meer concurrentie in de uitvoering en kan helpen om regionale verschillen in aanbod en kwaliteit van zorg te verminderen. Overheveling van delen van de AWBZ naar de Zvw heeft uiteraard gevolgen voor de premiestructuur.

#### Intergenerationele ongelijkheid

Een belangrijk verdelingsvraagstuk is de verdeling van zorgkosten en -baten tussen generaties. Jonge, gezonde verzekerden betalen premie voor oudere, minder gezonde zorggebruikers. Deze bereidheid om te betalen is gebaseerd op een impliciet sociaal contract tussen generaties. Elke generatie betaalt mee aan de zorg voor kwetsbare ouderen in de verwachting dat zij, als zij zelf oud en behoeftig is geworden, vergelijkbare zorg ontvangt van de dan levende, jongere generatie. Om de intergenerationele solidariteit niet te overbelasten, is het essentieel dat er een zekere wederkerigheid is tussen wat elke generatie betaalt en wat zij ontvangt.<sup>44</sup> In een situatie van vergrijzing verslechtert de verhouding tussen jonge, gezonde premiebetalers en oude, behoeftige zorggebruikers en kan het sociale contract onder druk komen te staan.

De intergenerationele solidariteit houdt beter stand naarmate duidelijker is dat uitsluitend 'noodzakelijke' zorg wordt vergoed en geen 'luxe' voorzieningen op kosten van de jongere generatie. Met name in de AWBZ zijn in de afgelopen jaren steeds meer voorzieningen gefinancierd die buiten de eigenlijke gezondheidszorg

<sup>40</sup> NZa, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes*.

<sup>41</sup> In 2009 gaan voor ongeveer 34% van de markt voor ziekenhuiszorg vrije prijzen gelden.

<sup>42</sup> Onlangs is een landelijk, openbaar systeem van kwaliteitsindicatoren voor verpleging, verzorging en thuiszorg ingevoerd. Zie [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

<sup>43</sup> CPB, 2006: *Handle with care*.

<sup>44</sup> RVZ, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*.

vallen, zoals voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en maatschappelijke participatie. Daardoor is de AWBZ-premie veel sterker opgelopen dan overeenkomt met demografische en epidemiologische ontwikkelingen. De financiering van de AWBZ is daarmee niet generatiebestendig. In het recente SER-advies over de toekomst van de AWBZ is dit probleem onderkend en worden voorstellen gedaan om het functioneren van de AWBZ te verbeteren.<sup>45</sup> In hoofdstuk 4 gaan wij daar nader op in.

De solidariteit loopt ook tegen grenzen op wanneer mensen zelf (mede)verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van 'schade' (ziektelast).<sup>46</sup> Bij overmatig alcoholgebruik bijvoorbeeld, is men veel minder geneigd medicijnen zoals statines en antidepressiva te vergoeden uit het basispakket van de zorgverzekering. In zijn rapport *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* heeft de RVZ het debat over de vraag in hoeverre 'verwijtbaarheid' een rol zou mogen spelen in de premieheffing op de agenda gezet. Vooralsnog is er weinig politiek draagvlak voor prikkels voor gezond gedrag in de premiesfeer. Discussie en experimenten hoe via prikkels en beloningen de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor gezond gedrag kan worden ondersteund, blijven niettemin nodig, niet alleen vanuit een oogpunt van kostenbeheersing, maar ook in het licht van houdbare solidariteit. Een belangrijke beperking is dat hogere premies en eigen betalingen bij ongezonde leefstijl ten koste kunnen gaan van de verticale rechtvaardigheid.

#### Premiedifferentiatie

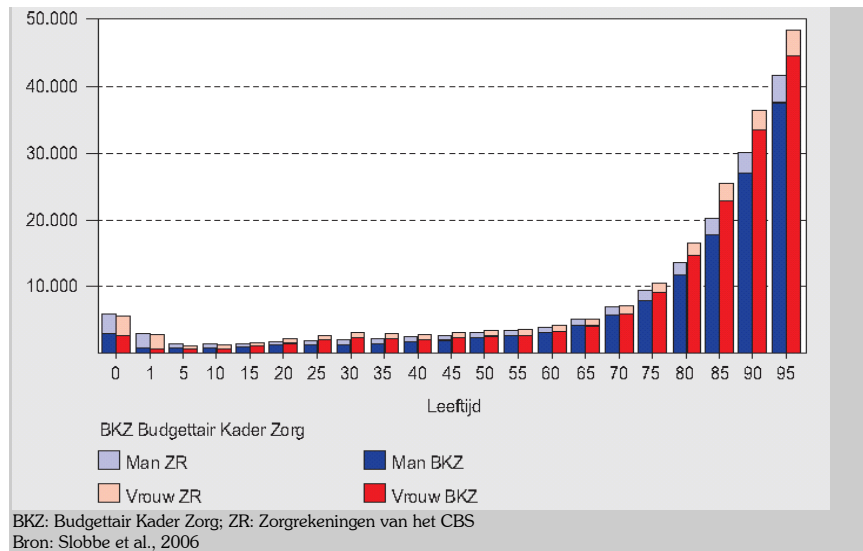
Zorguitgaven zijn zeer ongelijk verdeeld over de levensloop (zie figuur 3.1). Daarom wordt soms voorgesteld premies te differentiëren naar leeftijd.<sup>47</sup> Aan premiedifferentiatie kleven echter bezwaren. Zoals hiervoor uiteengezet, berust de financiering van de gezondheidszorg op een sociaal contract, waarbij jongeren betalen voor ouderen in de verwachting dat ook zij zorg zullen ontvangen als zij oud en behoeftig zijn. Een boekhoudkundige benadering van risico's en kosten naar leeftijd doorkruist het intergenerationele contract en kan de solidariteit tussen generaties aantasten.

Figuur 3.1 De gemiddelde zorguitgaven per leeftijd en geslacht in 2003 volgens Zorgrekeningen van het CBS en het Budgettair Kader Zorg (in €)

<sup>45</sup> SER, 2008: *Advies langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*.

<sup>46</sup> Arts, Ter Meulen en Muffels, 2005: 'Solidariteit in de gezondheidszorg'.

<sup>47</sup> RVZ, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*.



Aan de andere kant kunnen bepaalde vormen van premiedifferentiatie het sociale contract juist ondersteunen door *moral hazard* te beperken. Dit geldt met name als er sprake is van beïnvloedbare risico's. Als mensen door roekeloos gedrag hun gezondheid in gevaar brengen en de samenleving voor de mogelijke kosten daarvan opdraait, kan het zowel rechtvaardiger als doelmatiger zijn een groter deel van de rekening bij de veroorzaker van de schade neer te leggen (zie verder hoofdstuk 4).

Conclusie

Het belangrijkste knelpunt met betrekking tot de verdeling van lusten en lasten is de intergenerationele herverdeling. Voor de premiestructuur impliceert dit dat moet worden nagegaan hoe de premieheffing beter vergrijzingsbestendig kan worden gemaakt. Hoofdstuk 4 gaat daar dieper op in.

### 3.2.4 Toegang tot zorg

Vooral in private verzekeringsstelsels bestaat het risico dat een deel van de bevolking onverzekerd blijft, zo blijkt uit internationale ervaringen. In Nederland is dit probleem ondervangen doordat er voor iedere inwoner een verzekeringsplicht geldt en voor iedere verzekeraar een acceptatieplicht. Desalniettemin is er ook in ons land sprake van een onverzekerdenproblematiek. Het CBS schat het aantal onverzekerden op 240.000. Voor een deel gaat het hier om illegale vreemdelingen en daklozen. Daarnaast zijn er 190.000 wanbetalers (1,5% van de volwassen bevolking), die wel een zorgverzekering hebben afgesloten maar hun premies niet, of niet op tijd, betalen.

Behalve selectie op de verzekeringsmarkt kan er ook sprake zijn van ongelijke toegang tot de zorgmarkt. Voor sommige aandoeningen zijn er nog steeds wachtlijsten, maar die hebben eerder te maken met capaciteitstekorten dan met risicoselectie. Voor de levering van zorg

geldt de ongeschreven wet dat gelijke gevallen gelijk worden behandeld en dat alleen medische criteria bepalen welke behandeling iemand ontvangt. Deze code functioneert in het algemeen goed. Wanneer patiënten vinden dat zij onrechtvaardig zijn behandeld en onvoldoende zorg hebben ontvangen, zijn er klachtenprocedures en beroepsmogelijkheden.

Ondanks formeel gelijke behandeling is het mogelijk (zelfs waarschijnlijk) dat mensen die mondiger zijn, betere zorg bemachtigen. Dit risico kan worden beperkt door keuzeondersteunende maatregelen en door duidelijker te definiëren welke kwaliteit van zorg elke zorgvrager mag verwachten. NYFER heeft in dit verband gepleit voor de ontwikkeling van zorgstandaards die voor de meest voorkomende aandoeningen inzicht bieden in wat goede zorg is vanuit patiëntenperspectief.<sup>48</sup>

Ten slotte kunnen eigen betalingen een barrière vormen voor toegang tot goede zorg. Over de mate waarin dit in Nederland een rol speelt, is geen onderzoek bekend. De relatief lage eigen betalingen suggereren dat het risico beperkt is.

Al met al is het totaalbeeld op dit punt positief: er zijn geen evidente knelpunten voor wat betreft de toegankelijkheid van de zorg, noch in de verzekerings sfeer (selectie aan de poort), noch in de toegang tot medische behandeling (selectie achter de voordeur).<sup>49</sup> Er is dan ook geen reden om vanuit dit perspectief te pleiten voor veranderingen in de premiestructuur.

---

### 3.2.5 Kostenbeheersing

Zoals in hoofdstuk twee beschreven, slagen landen met een zorgstelsel dat voornamelijk uit belastingen wordt gefinancierd, er beter in de (macro) uitgaven aan gezondheidszorg te beheersen dan landen waar het zorgstelsel gefinancierd wordt via een publieke of private verzekering. Een belangrijke reden hiervoor is dat bij financiering uit de algemene middelen er elk jaar tijdens de begrotingsbesprekingen afwegingen moeten worden gemaakt over de budgettaire ruimte voor zorguitgaven. Budgettaire krapte en concurrentie met andere prioriteiten zorgen voor een neerwaartse druk op de zorguitgaven. Voor premies geldt dit minder. Omdat premie-inkomsten geoormerkt zijn voor zorguitgaven, vindt geen afweging plaats met andere begrotingsposten. Kostenstijgingen kunnen relatief eenvoudig, dat wil zeggen zonder veel politieke pijn, worden afgewenteld op premiebetalers. Het ontbreken van harde budgetrestricties wordt in de

---

<sup>48</sup> NYFER, 2006: *Zorgstandaards*.

<sup>49</sup> Stronks en Hulshof, 2001: *De kloof verkleinen: Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*.

economische literatuur als een belangrijke oorzaak van gebrekkig kostenbesef aangemerkt.<sup>50</sup>

Dit euvel lijkt ook in het Nederlandse zorgstelsel een rol te spelen. In de afgelopen tien jaar zijn de AWBZ-premies veel sneller gestegen dan overeenkomt met de demografische ontwikkeling. Er bleek een voortdurende uitbreiding van aanspraken mogelijk zonder dat daar vanuit een macro-verantwoordelijkheid voor de collectieve lastendruk effectief tegenwicht tegen werd geboden. Ook op inkoopniveau waren er weinig prikkels voor kostenbeheersing: de inkoop van zorg was uitbesteed aan zorgkantoren zonder belang bij doelmatige inkoop.<sup>51</sup> Dit is een belangrijke oorzaak van de kostenstijgingen en daarmee ook een knelpunt in de financieringsstructuur.

Een zelfde knelpunt doet zich voor bij de verplichte werkgeversbijdrage in de Zvw. Werkgevers zijn verplicht 50% van de macro-premielast te vergoeden aan hun werknemers zonder dat zij invloed op de ontwikkeling van de kosten kunnen uitoefenen. Dit probleem zal nog toenemen als delen van de AWBZ worden overgeheveld naar de Zvw, zoals voorgesteld in het SER-advies over de AWBZ. Voortdurende premiestijgingen kunnen risico's inhouden voor de werkgelegenheid en de internationale concurrentiepositie. In paragraaf 3.2.6. wordt hier dieper op ingegaan.

Een veelvuldig genoemd instrument om kosten in de zorg te beheersen zijn eigen betalingen. Uit onderzoek blijkt dat eigen betalingen van invloed zijn op de vraag naar zorg, maar dat hun effectiviteit niet moet worden overschat. Een recente studie van het CPB laat zien dat elasticiteiten van eigen betalingen in de zorg tussen -0,04 en -0,4 liggen afhankelijk van het type zorg (zie tabel 3.2).<sup>52</sup> Het meest effectief zijn eigen betalingen voor huisartsenzorg. Het opnemen van huisartsenzorg onder het eigen risico zou bij een eigen risico van € 150 tussen de € 120 en € 180 miljoen per jaar besparen. Zoals bekend, zijn eerdere voorstellen om het bezoek aan de huisarts onder het eigen risico te brengen, politiek niet haalbaar gebleken.

Tabel 3.2 Eigen-betalingen-elasticiteit van de uitgaven naar type zorg

| Type zorg     | Elasticiteit |
|---------------|--------------|
| Huisartsen    | - 0,40       |
| Fysiotherapie | - 0,32       |
| Medicijnen    | - 0,08       |
| Specialist    | - 0,12       |
| Ziekenhuis    | - 0,04       |

<sup>50</sup> Komai, Roland en Maskin, 2003: 'Understanding the soft budget constraint'.

<sup>51</sup> CPB, 2006: *Handle with care*

<sup>52</sup> CPB, 2008: *Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw*.



Overig  
– 0,12

Bron: CPB, gebaseerd op Van Vliet (2004), Tabel 7.

### 3.2.6 Macro-economische effecten

Dank zij de vrije keuze van verzekeraar en de acceptatieplicht speelt het probleem van de *job-lock* op de Nederlandse arbeidsmarkt geen rol. Het wordt wel als een probleem ervaren dat de collectieve lasten oplopen en dat de zorgkosten relatief zwaar op arbeid drukken. Dat kan ten koste gaan van de arbeidsparticipatie en de investeringen in menselijk kapitaal. Zoals vermeld in hoofdstuk 2, kwam uit Amerikaanse en Duitse studies geen duidelijke samenhang tussen de ontwikkeling van ziektekostenpremies en de werkgelegenheid naar voren. Toch kunnen daarmee niet alle macro-economische risico's worden weggewuifd.

#### Collectieve lastendruk

Over het verband tussen lastendruk en economische groei zijn de meningen onder economen verdeeld. Er is geen eenduidig verband tussen de belasting- en premiedruk in een land en de economische prestaties.<sup>53</sup> Landen die te weinig investeren in goede voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs en infrastructuur lopen een economische achterstand op. Maar landen die te veel belastingen en premies heffen, schaden ook de economische ontwikkeling, onder meer doordat bedrijven en kenniswerkers naar andere oorden vertrekken. De internationalisering van de economie leidt tot een toenemende belastingconcurrentie tussen landen en dwingt overheden hun uitgaven in het gareel te houden. Een te groot beslag van de zorguitgaven op de overheidsfinanciën gaat linksom of rechtsom ten koste van andere belangrijke overheidstaken, zoals onderwijs, infrastructuur of veiligheid. Dat er grenzen zijn aan het tempo waarin de publieke zorguitgaven kunnen toenemen, geldt te meer omdat ook de AOW zorgt voor extra uitgaven naarmate de bevolking vergrijst.

#### Armoedeval en vermindering arbeidsparticipatie

Misschien nog belangrijker dan het niveau van de collectieve lastendruk is de mate waarin belastingen en premies op arbeid drukken: de zogenoemde 'wig' of micro-lastendruk. Als arbeid duurder wordt doordat belastingen en premies stijgen, wordt het voor werkgevers minder aantrekkelijk om mensen in dienst te nemen. Voor werknemers wordt het minder aantrekkelijk om aan de slag te gaan, extra uren te maken, overwerk te verrichten e.d., omdat er van hun brutoloon netto minder overblijft. De arbeidsparticipatie neemt dus af, terwijl deze juist toe moet nemen om de effecten van de vergrijzing op te vangen.

<sup>53</sup> Easterly en Rebelo, 1993: *Fiscal policy and economic growth*.

Volgens berekeningen van het CPB leidt een verhoging van de marginale druk voor werknemers met 8% tot een daling van het arbeidsaanbod in uren met 5,25%. De effecten van een hoge ‘wig’ zijn het sterkst bij partners van kostwinners en alleenstaanden.<sup>54</sup> Een hogere wig staat haaks op het beleid ter bevordering van arbeidsparticipatie om de kosten van de vergrijzing op te vangen.

Lagere nettolonen betekenen ook dat investeringen in menselijk kapitaal (opleiding, scholing, werkervaring) minder opleveren. Het wordt dus minder aantrekkelijk om zich goed te scholen, vakkennis op te doen enz.<sup>55</sup> Dat is een groot gevaar omdat menselijk kapitaal de belangrijkste productiefactor is in een kenniseconomie. Als mensen minder bereid zijn daarin te investeren, tast dat het productieve vermogen van de economie aan.

De overheid wil niet alleen kwalitatief hoogwaardige, maar ook voor eenieder toegankelijke (betaalbare) zorg bieden. Daarom compenseert de overheid mensen met lage inkomens door middel van zorgtoeslagen en inkomensafhankelijke premies. Een nadeel van inkomensafhankelijke regelingen is dat deze de ‘armoedeval’ verscherpen. Mensen die aan een uitkering of laag inkomen proberen te ontsnappen door (meer) te gaan werken en in zichzelf te investeren, worden daartoe ontmoedigd omdat dit nauwelijks iets oplevert.

---

### 3.2.7 Doelmatigheid

#### Allocatieve efficiency

Op macro-niveau is de vraag of er voldoende middelen beschikbaar worden gesteld voor kwalitatief hoogwaardige zorg die voor iedereen betaalbaar en toegankelijk is. Welk niveau van zorg een samenleving wenst en wat zij daarvoor overheeft, is primair een politieke afweging. De afweging wordt bemoeilijkt doordat een duidelijk afwegingskader ontbreekt. Goede gezondheidszorg kost veel, maar draagt ook aantoonbaar bij aan de welvaart in de samenleving.<sup>56</sup> Om de afweging te verbeteren is het belangrijk meer inzicht te verkrijgen in de maatschappelijke baten van de gezondheidszorg. Zolang dit ontbreekt, worden de zorguitgaven bepaald in een politiek onderhandelingspel. Premies zijn daarin volgend, niet sturend.

Op meso-niveau is het de vraag of de middelen in de juiste sectoren terecht komen. Met name de ‘knip’ in de financiering tussen *care* (AWBZ) en *cure* (Zvw) belemmert een doelmatige allocatie. Door de sterke toename van chronische ziekten zijn *care* en *cure* steeds moeilijker te scheiden. Voor de financiering betekent dit dat Zvw en AWBZ logisch in elkaar moeten overvloeien. Het schottenprobleem kan (gedeeltelijk) worden opgelost door delen van de *care* die op genezing zijn gericht, naar de Zvw over te hevelen. In hoofdstuk vier wordt hier dieper op ingegaan.

---

<sup>54</sup> Evers, De Mooij en Van Vuuren, ‘Arbeidsaanbodelasticiteit en beleid’, in: *ESB*, 23 maart 2007.

<sup>55</sup> Voor een analyse van de versturende invloed van belastingen op menselijk kapitaal zie Jacobs, *Public finance and human capital*.

<sup>56</sup> NYFER, 2004: *Gezondheidszorg en welvaart*.

Op micro-niveau zijn (financiële) prikkels het belangrijkste instrument voor doelmatige allocatie, zowel op de zorginkoopmarkt als in de zorgverlening zelf. Uit onderzoek blijkt steeds duidelijker hoe belangrijk financiële prikkels en beloningsstructuren zijn voor de organisatie en doelmatigheid van de zorg.<sup>57</sup> Hoewel de (macro) premiestructuur niet rechtstreeks van invloed is op micro-doelmatigheidsprikkels, kan zij wel bevorderen dat adequate prikkels op deelmarkten tot stand komen. Dit is de basisfilosofie achter hervormingen in het zorgstelsel, die niet alleen in Nederland maar in tal van andere landen plaatsvinden. In hoofdstuk 4 worden enkele suggesties uitgewerkt om efficiëncyprikkels voor zorgvragers en zorgaanbieders te versterken.

#### Kosteneffectiviteit

Kennis over kosteneffectiviteit van bijvoorbeeld geneesmiddelen, medische behandelingen, inzet van apparatuur en dergelijke is in de gezondheidszorg nog mondjesmaat aanwezig. Beter inzicht hierin kan de doelmatigheid in de zorg sterk verbeteren, al kan kosteneffectiviteit nooit het enige criterium zijn voor het beoordelen van de inzet van zorg. Meer sturing op kosteneffectiviteit verbetert de inzet van middelen, maar staat los van de manier waarop deze middelen worden ingezameld (premiestructuur).

---

<sup>57</sup> PWC, 2008: *You get what you pay for*.



---

## 4 Knelpunten, dilemma's en oplossingsrichtingen

In het vorige hoofdstuk is de premiestructuur in de Nederlandse gezondheidszorg geanalyseerd in het licht van uiteenlopende doelstellingen die in de zorg een rol spelen. Daarbij kwamen verschillende knelpunten naar voren. De gesignaleerde knelpunten liggen niet zozeer op het gebied van de toegankelijkheid en (individuele) betaalbaarheid van de zorg, als wel op het punt van de doelmatigheid en de daarmee samenhangende macro-premiedruk. Daarnaast zijn er risico's met betrekking tot de houdbaarheid van de financiering in het licht van de intergenerationele verdeling van lusten en lasten. Onderstaand worden enkele suggesties besproken die zich op deze knelpunten richten.

---

### 4.1 Fiscalisering van de AWBZ

De uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het bbp nemen in alle OECD-landen al decennialang toe en zullen blijven toenemen, niet alleen vanwege de vergrijzing, maar vooral onder invloed van technologische ontwikkelingen.<sup>58</sup> Nieuwe behandelmethoden, technologieën, hulpmiddelen en medicijnen maken voor veel mensen een langer en gezonder leven mogelijk, maar gaan ook gepaard met hoge kosten.<sup>59</sup> De combinatie van snelle technologische vooruitgang, een onverzadigbare vraag naar gezondheid (kwaliteit van leven) en de mogelijkheid de kosten daarvan via een publieke verzekering op anderen af te wentelen staat garant voor snelle premiestijgingen.<sup>60</sup>

Het is belangrijk dat uitgavenstijgingen in de zorg niet sluipenderwijs worden geabsorbeerd in premieverhogingen, maar dat heldere politieke en maatschappelijke afwegingen plaatsvinden over de gewenste kwaliteit en kosten van de gezondheidszorg. Dergelijke politieke afwegingen horen thuis in het parlement. Financiering via sluipende premieverhogingen verzwakt de parlementaire afweging. Dit is een belangrijke reden waarom voortdurende uitbreidingen van de zorganspraken in het kader van de AWBZ zijn gepasseerd zonder veel budgettaire tegendruk, dus ook zonder scherpe financiële afweging. Hoewel de prikkels om AWBZ-uitgaven te beheersen met name op micro- en meso-niveau moeten worden aangescherpt, zal ook op macro-niveau de band tussen bepalen en betalen moeten worden aangehaald. Dit kan vorm krijgen door verdere fiscalisering van de AWBZ.<sup>61</sup>

Het is belangrijk dat de voorgestelde fiscalisering niet andere noodzakelijke hervormingen doorkruist die zijn geadviseerd door de SER. Het betreft met name de voorgestelde overheveling van herstelgerichte zorg naar de Zvw, de overheveling van sociale hulp en

---

<sup>58</sup> Newhouse, 1992: 'Medical care costs: how much welfare loss'.

<sup>59</sup> Jones, 2002: *Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?*

<sup>60</sup> NYFER, 2008: *Van later zorg? Financiering van de zorg op lange termijn.*

<sup>61</sup> Zie ook Stevens, 2008: *Naar een solidaire participatiemaatschappij.*

dienstverlening naar de WMO en het beëindigen van de vergoeding van woondiensten binnen de AWBZ. Vermoedelijk wordt het dan nog resterende AWBZ-pakket daardoor zo klein dat dit in zijn geheel kan worden gefiscaliseerd. Morele en financiële afwegingen met betrekking tot niveau en kwaliteit van langdurige zorg voor kwetsbare groepen krijgen dan de plaats die zij verdienen: in het parlement. Vooruitlopend daarop kan de AWBZ-premie worden bevroren.

---

## 4.2 Herziening van de werkgeversbijdrage in de Zvw

In de Zvw speelt min of meer hetzelfde probleem bij de verplichte werkgeversbijdragen. Ook hier is sprake van afwenteling van premies zonder effectieve tegendruk. Via de verplichte bijdragen betalen werkgevers voor 50% mee aan de financiering van de curatieve zorg. Daartegenover staan geen mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het aanbod en de doelmatigheid van zorg. Werkgevers hebben uiteraard groot belang bij een gezonde (beroeps)bevolking.

Een doelmatig alternatief voor de volautomatische storting van bijdragen in het vereveningsfonds is om onderscheid te maken tussen het economische belang dat werkgevers hebben bij een gezonde bevolking in het algemeen en bij gezonde werknemers in het bijzonder. Het *algemene* belang moet zoveel mogelijk gefinancierd worden uit publieke middelen, dat wil zeggen belastinggelden. In het parlement kunnen dan afwegingen worden gemaakt van de kosten en baten van een goede gezondheidszorg en kan worden bepaald welk bedrag beschikbaar wordt gesteld voor een kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Het *specifieke* belang van werkgevers bij de veiligheid en gezondheid van hun werknemers komt tot uitdrukking in de collectieve contracten die zij voor hun werknemers afsluiten. In de sociale zekerheid zijn directe financiële prikkels voor werkgevers zeer effectief gebleken. Werkgevers zijn zich veel bewuster geworden van de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid en hebben maatregelen genomen om deze kosten te beheersen. Met succes! Ook in de gezondheidszorg kan het aanscherpen van de band tussen verantwoordelijkheid en financiering ondernemers aansporen om meer in preventie, snelle behandeling e.d. te investeren, waardoor de gezondheid van werknemers en hun productiviteit verbetert. Voor werkgevers in het MKB, voor wie het vanwege de hoge transactiekosten moeilijk is passende contracten met verzekeraars te sluiten, zou dat op bedrijfstakniveau kunnen worden georganiseerd en bijvoorbeeld worden gecombineerd met de arbodienstverlening.

Fiscalisering van een deel van de Zvw draagt bij tot beperking van de lasten op arbeid en vermindering van de wig, met positieve effecten voor de arbeidsparticipatie en economische groei. Om geleidelijk naar een situatie met stijgende overheidsbijdragen toe te groeien, zou de werkgeversbijdrage kunnen worden bevroren.

Los hiervan verdient het aanbeveling om de gekunstelde werkgeversvergoeding te vervangen door een werkgeversheffing. De verschillende loonbegrippen die worden gehanteerd voor de premieheffing van de werknemersverzekeringen en de Zvw-bijdrage veroorzaken hoge administratieve lasten voor het bedrijfsleven.<sup>62</sup>

---

### 4.3 Geleidelijke verhoging van het eigen risico

Moreel risico speelt een belangrijke rol in de zorgverzekering, zo blijkt onomstotelijk uit wetenschappelijk onderzoek.<sup>63</sup> Eigen betalingen in zorgverzekeringen kunnen welvaartsverhogend zijn, omdat ze onnodig en oneigenlijk gebruik van zorgvoorzieningen beperken.<sup>64</sup> Het is belangrijk dit te erkennen en in het premiebeleid tot uitdrukking te brengen in de vorm van eigen betalingen en eigen risico in de zorgverzekering.

Het is de vraag of Nederland optimaal gebruik maakt van het instrument van eigen betalingen. In internationale vergelijking valt het relatief lage niveau op. De recente invoering van een eigen risico in de Zvw ter vervanging van eigen betalingen is een goede zaak. Het eigen risico van € 150, zoals dat dit jaar is ingevoerd, ligt echter beduidend onder de optimale omvang, zoals die uit modelberekeningen naar voren komt; deze ligt op € 600 per verzekerde.<sup>65</sup> Geleidelijke verhoging van het eigen risico tot dat niveau is vanuit doelmatigheidsoverwegingen aan te bevelen.

Aan verhoging van het eigen risico kleven bezwaren. Eigen risico's en eigen betalingen zijn sterk regressief. Daarom zal zorgvuldig naar de verticale rechtvaardigheid moeten worden gekeken. Een ander gevaar is dat het eigen risico niet alleen overbodige, maar ook noodzakelijke zorg afremt, wat tot welvaartsverliezen leidt. De precieze vormgeving luistert dan ook nauw. Wanneer wijzigingen worden doorgevoerd, zal nauwkeurig moeten worden gevolgd wat de precieze effecten van het eigen risico op de vraag naar zorg zijn. In het aanvullende pakket, dat minder noodzakelijke vormen van zorg bevat, kan de rol van eigen bijdragen groter zijn dan in het basispakket.

---

### 4.4 Bevordering van gezond gedrag door financiële prikkels

Een andere (aanvullende) optie is de bevordering van gezond gedrag door financiële prikkels. Dit bevordert niet alleen de doelmatigheid, maar versterkt ook de (intergenerationele) solidariteit. Ongezonder

---

<sup>62</sup> Recent hebben ook Stevens en De Kam voorstellen gelanceerd voor een uniform loonbegrip dat de administratieve lasten voor het bedrijfsleven sterk vermindert. Zie: Belastingstelsel voor bedrijven kan snel veel eenvoudiger, in *Het Financieele Dagblad*, 18 september 2008.

<sup>63</sup> Zweifel en Manning, 2000: 'Moral hazard and consumer incentives in health care'.

<sup>64</sup> Westerhout en Folmer, 2007: *Co-payment systems in health care: between moral hazard and risk reduction*.

<sup>65</sup> Idem.

gedrag veroorzaakt hoge zorguitgaven op latere leeftijd. Bevordering van gezond gedrag door de overheid of verzekeraars kan daarom aanzienlijke effecten hebben op de ontwikkeling van de zorguitgaven. De afgelopen jaren is de overheid er onder meer door hogere belastingheffing en reclameverboden in geslaagd om het aandeel rokers in onze samenleving terug te brengen van 37% in 1990 tot 29,6% in 2006. Er kan verder worden geëxperimenteerd met financiële en gedragsprikkelers om gezond gedrag te stimuleren.

Uit onderzoek van Arts en Muffels blijkt dat de meeste Nederlanders vinden dat gedragsaspecten een rol mogen spelen bij de beoordeling of iemand toegang heeft tot zorg en tegen welke prijs.<sup>66</sup> Er is dus draagvlak voor maatregelen om gezond gedrag te belonen en ongezond gedrag (financieel) te bestraffen, bijvoorbeeld door middel van premiedifferentiatie en eigen betalingen. Omdat de causale relatie tussen gedrag en zorgkosten vaak niet erg duidelijk is, is het echter niet gemakkelijk om daar concrete inhoud aan te geven. Ook de sociale context waarbinnen gedrag plaatsvindt, blijkt van groot belang voor het feitelijke gedrag. Beleid moet daar rekening mee houden, wil het effectief zijn.

Stimulering van gezond gedrag door middel van financiële prikkelers heeft niet alleen als voordeel dat mensen gezonder gaan leven waarmee de oplopende kosten in de zorg worden beteugeld, maar zorgt er ook voor dat het solidariteitsbeginsel in de zorg beter houdbaar is.<sup>67</sup> De financiering van de zorg wordt rechtvaardiger geacht als mensen met een gezonde levensstijl minder betalen dan mensen die ongezond leven. De stimulering van gezond gedrag door middel van prikkelers heeft daarnaast nog als voordeel dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid voelen voor hun gezondheid en zorg. Het effect hiervan op de ontwikkeling van de zorguitgaven moet echter niet worden overdreven.

---

## 4.5 Zorgtoeslag en pgb

Zorgtoeslagen dragen bij aan een rechtvaardige verdeling van de kosten van de zorg. Zij gaan echter onvermijdelijk gepaard met *deadweight losses*. Vermoedelijk zijn veel mensen, ook met lage inkomens, bereid een groter deel van hun inkomen aan zorg te besteden dan de norm die geldt voor de zorgtoeslag. Compensatie door middel van zorgtoeslagen is dan ondoelmatig. Dit pleit ervoor de zorgtoeslag in stapjes af te bouwen, in lijn met de stijging van de welvaart. Op die manier kan worden voorkomen dat de herverdelingscarousel in de zorg steeds harder moet gaan draaien ten koste van de doelmatigheid.

In dit kader verdienen ook de uitgaven aan persoonsgebonden budgetten aandacht. Het persoonsgebonden budget is een waardevol instrument om

---

<sup>66</sup> Arts en Muffels, 2005: 'Solidariteit in de gezondheidszorg'

<sup>67</sup> Van der Geest, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*.



keuzevrijheid te vergroten en verantwoordelijkheid voor de inkoop van zorg neer te leggen waar die thuishoort: bij mensen zelf. Dit kan in hoge mate bijdragen aan kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Het gaat echter mis als het pgb een nieuwe blanco cheque voor ‘gratis’ zorg wordt. Daarom is het – ook bij het pgb – noodzakelijk dat er altijd sprake van een eigen bijdrage is. Het risico van doelmatigheidsverlies wordt nog groter als zorg die door familieleden wordt verstrekt, binnen het pgb wordt vergoed (monetarisering van de mantelzorg).

---

#### **4.6 Intergenerationele solidariteit**

Intergenerationele solidariteit veronderstelt een zekere wederkerigheid tussen wat mensen betalen en mensen ontvangen. In een vergrijzende samenleving is volledige wederkerigheid tussen generaties moeilijk haalbaar. Des te belangrijker is het dat de publiek gefinancierde zorg ontdaan wordt van alle franje. De publieke zorg moet zich beperken tot strikt noodzakelijke voorzieningen, waaraan iedereen meebetaalt en die voor iedereen toegankelijk zijn. Wie meer wil, kan dit uit eigen beurs betalen of zich hiervoor aanvullend verzekeren.

Dit geldt in het bijzonder voor de ouderenzorg. Ouderen zullen in de toekomst gemiddeld welvarender zijn dan ouderen nu. Dit opent mogelijkheden om private middelen een belangrijker rol te laten spelen in de financiering van de zorg. Vanwege diverse vormen van marktfalen komen private besparingen en private verzekeringen voor langdurige ouderenzorg echter moeilijk van de grond.<sup>68</sup> Het spannen van een vangnet voor onverzekerbare risico's en als minimumvoorziening voor ouderen met onvoldoende eigen middelen, blijft dan ook een belangrijke overheidstaak. Dit vangnet voor ouderenzorg is een uitdrukking van de solidariteit tussen generaties. Tegelijkertijd geldt dat het publieke vangnet geen ‘luke’ karakter kan hebben, omdat dan elke prikkel om middelen voor de oude dag opzij te zetten, wordt weggenomen.

Als de overheid zich garant stelt voor basisvoorzieningen voor ouderen, kan zich daarnaast een private verzekeringsmarkt voor ouderenzorg ontwikkelen. Het is onvermijdelijk dat daarbij een differentiatie in premies en pakketten ontstaat. Dit bevordert doelmatigheid en doet recht aan verschillende risicovoorkoren en wensen ten aanzien van de hoeveelheid en kwaliteit van de geleverde zorg. De markt kan op de behoefte aan ouderenzorgverzekering inspelen met nieuwe financieringsproducten zoals de ‘omgekeerde hypotheek’. Ook combinatie van pensioen- en ouderenzorgverzekering kan aantrekkelijke mogelijkheden bieden.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> Van der Geest, 2005: *Blijvende zorg. Economische aspecten van langdurige ouderenzorg.*

<sup>69</sup> Idem.

---

## 4.7 Zorgaanbieders belonen op basis van resultaat

In dit rapport is reeds enkele malen benadrukt dat de mogelijkheden om de zorg rechtvaardiger en doelmatiger te maken via veranderingen in de (macro) premiestructuur beperkt zijn. Wij onderschrijven de conclusie van Glied dat de sleutel voor doelmatigheidswinst niet zozeer ligt bij de (macro) premiestructuur, als wel bij versterking van prikkels op microniveau.<sup>70</sup>

In het nieuwe zorgstelsel vervullen zorgverzekeraars een sleutelrol: via de inkoop van zorg moeten zij voor kwaliteit en doelmatigheid zorgen. De mogelijkheden van verzekeraars om rechtstreeks in de organisatie van het zorgproces in te grijpen, zijn echter beperkt. Verzekeraars staan meestal te ver af van beslissingen in de spreekkamer om effectief invloed op de levering van zorg uit te kunnen oefenen. Het is ook niet hun natuurlijke taak om zich met beslissingen over medische behandelingen bezig te houden en wanneer zij dat wel doen, roept dat zowel bij patiënten als zorgverleners een groot wantrouwen op. Dit maakt het noodzakelijk dat concurrentieprikkels op de zorginkoopmarkt worden aangevuld met kwaliteits- en doelmatigheidsprikkels op de zorgverleningsmarkt. Met andere woorden, ook zorgvragers en -aanbieders moeten er rechtstreeks belang bij krijgen om doelmatig met de beschikbare middelen om te springen.

Hierboven is al aandacht besteed aan de rol van eigen betalingen voor zorgvragers. Maar ook aan de aanbodzijde worden keuzen mede bepaald door financiële overwegingen. Zorgaanbieders hebben op basis van de uitgevoerde diagnose en hun medische kennis vaak een informatievoorsprong op patiënten en kunnen die voorsprong benutten om de vraag naar zorg te beïnvloeden (*supply induced demand*). Uit empirisch onderzoek blijkt dat dit ook daadwerkelijk gebeurt.<sup>71</sup> Verschillende motieven kunnen daarbij een rol spelen. Zorgaanbieders kunnen er financieel belang bij hebben om voor bepaalde (dure) behandelingen te kiezen, ook al dragen die niet bij tot betere gezondheidsresultaten voor hun patiënten. Uit onderzoek in de VS bleek dat gynaecologen die hun inkomsten zagen teruglopen door een dalend geboortecijfer, significant meer keizersneden uitvoerden dan collega's die niet met een daling van het geboortecijfer werden geconfronteerd.<sup>72</sup> Een andere reden voor aanbodgedreven zorg kan zijn dat het de status van artsen en andere behandelaars bevordert als zij gebruik maken van de nieuwste en duurste technieken. Ook kunnen zorgverleners zich genoodzaakt voelen om extra verrichtingen uit te voeren (bijvoorbeeld *second opinions*) om zich daarmee in te dekken tegen het risico van medische fouten en de dreiging van juridische claims die daaruit voort kunnen vloeien.<sup>73</sup>

Zolang het vergoedingstelsel nog in hoge mate gebaseerd is op afzonderlijke verrichtingen (*fee-for-service*), worden zorgaanbieders niet geprikkeld om op een doelmatige manier met de middelen om te

---

<sup>70</sup> Glied, 2008: *Health care financing, efficiency, and equity*

<sup>71</sup> Cutler en Zeckhauser, 2000: 'The anatomy of health insurance'.

<sup>72</sup> Gruber en Owings, 1994: *Physicians financial incentives and cesarean section delivery*.

<sup>73</sup> Dijkman, 2004: 'Overconsumptie door claimcultuur?'.

gaan. Meer verrichtingen leiden in dit systeem tot een hoger inkomen voor de aanbieder. Betere zorg, die leidt tot minder diagnostische tests, doktersbezoeken of ziekenhuisdagen, wordt in zo'n beloningsstructuur niet gewaardeerd, maar juist afgestraft. Daarmee is het verrichtingenstelsel een perverse prikkel voor doelmatigheid en kwaliteit in de zorg.<sup>74</sup>

Ervaringen in het buitenland wijzen uit dat het wel degelijk mogelijk is prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid bij zorgaanbieders neer te leggen. De beloning van zorgverleners moet dan worden gekoppeld aan gezondheidsresultaten in plaats van verrichtingen.<sup>75</sup> In de Verenigde Staten hebben de verzamelde *Centres for Medicare and Medicaid Services* (CMS) onder druk van de sterk oplopende zorguitgaven en achterblijvende kwaliteitsverbeteringen een reeks benaderingen ontwikkeld om goede prestaties te belonen en prikkels in te bouwen voor kwaliteitsverbeteringen.<sup>76</sup> Deze initiatieven zijn samengebracht onder de noemer 'pay for performance' (P4P). Hoewel P4P nog een betrekkelijk nieuw fenomeen is, lijkt het goede mogelijkheden te bieden in de gezondheidszorgsector, waar vergoedingen traditioneel gebaseerd zijn op de levering van diensten en patiënten vaak niet in staat zijn kwaliteit te onderscheiden.<sup>77</sup>

---

<sup>74</sup> Cutler en Zeckhauser, 2000: 'The anatomy of health insurance'.

<sup>75</sup> Di Piero en Sanders, 2005: 'Condition based payment: improving care of chronic illness'.

<sup>76</sup> Sorian, 2006: *Measuring, reporting, and rewarding performance in health care*.

<sup>77</sup> Rosenthal, 2005: *Examining pay-for-performance measures and other trends in employer-sponsored health care*.

---

## 5 Conclusies en aanbevelingen in hoofdpunten

### Conclusies

- Er zijn grote internationale verschillen in de manier waarop de gezondheidszorg wordt gefinancierd. Uit internationale vergelijking blijkt geen duidelijke samenhang tussen de wijze van financiering en doelmatigheid of kostenbeheersing.
- Noodzakelijke zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet en AWBZ is voor iedereen toegankelijk en betaalbaar. Via zorgtoeslagen en fiscale tegemoetkoming voor buitengewone uitgaven worden ongewenste inkomenseffecten voorkomen. Het Nederlandse zorgstelsel scoort – ook in internationaal perspectief – goed op het punt van rechtvaardige lastenverdeling.
- Belangrijke knelpunten in het zorgstelsel betreffen eerder de kwaliteit en doelmatigheid dan de rechtvaardigheid. Grote regionale verschillen in zorggebruik en kwaliteit van de geleverde zorg suggereren dat er aanzienlijke mogelijkheden tot verbetering van kwaliteit en doelmatigheid zijn. De invloed van de premiestructuur hierop is echter beperkt.
- Uitgavenstijgingen in de *care* en *cure* zijn niet het gevolg van zorgvuldige afwegingen van kosten en baten, maar komen tot stand op basis van *ad hoc* beslissingen. De financiële gevolgen worden voor een belangrijk deel opgevangen door verhoging van AWBZ-premies en werkgeversbijdragen in het kader van de Zvw. Effectieve mechanismen om tegenwicht te bieden tegen sluipende uitgavenstijgingen ontbreken.
- Nederland valt internationaal op door lage eigen betalingen en/of eigen risico. Economische modelberekeningen suggereren dat verhoging van eigen bijdragen welvaartswinst oplevert.
- De onderlinge concurrentie geeft zorgverzekeraars een prikkel om op risico te selecteren. De acceptatieplicht en het stelsel van risicoverevening moeten de toegang tot noodzakelijke zorg voor iedereen openhouden. Vooral nog werkt dit afdoende. Voortdurend toezicht blijft echter geboden om risico's op dit vlak uit te sluiten.
- De ongelijke verdeling van lusten en lasten over generaties vormt een risico voor de solidariteit in het zorgstelsel.

## Aanbevelingen

- Ga over tot geleidelijke fiscalisering van de AWBZ; dit draagt bij tot scherpere prioriteitsstelling in de uitgaven voor langdurige zorg.
- Verander de systematiek van werkgeversbijdragen in de Zvw zodanig dat werkgevers uitsluitend verantwoordelijk worden voor kosten die samenhangen met de gezondheid van hun eigen werknemers.
- Verhoog het verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet geleidelijk van € 150 naar € 600 per jaar.
- Laat de normpremiepercentages voor de zorgtoeslag in kleine stapjes stijgen, in lijn met de stijging van de welvaart en de bereidheid van mensen om voor kwalitatief hoogwaardige en voor ieder toegankelijke zorg te betalen.
- Beperk het basispakket tot strikt noodzakelijke zorg, mede ter ondersteuning van de solidariteit tussen generaties.
- Bevorder de ontwikkeling van een private markt voor ouderenzorg, waarin mensen kunnen kiezen voor meer kwaliteit en variatie. Waarborg als overheid een goede publieke basisvoorziening, maar voorkom dat alle prikkels voor private besparingen en verzekeringen voor de oude dag worden weggenomen.
- Stimuleer gezond gedrag met financiële prikkels. Monitor experimenten met gedragsprikkels zeer zorgvuldig om ongewenste neveneffecten op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te minimaliseren.
- Beloon zorgaanbieders mede op basis van bereikte gezondheidsresultaten in plaats van uitsluitend verrichtingen.

---

## Literatuur

- Arts, W.A., R. ter Meulen en R.J.A. Muffels, 2005: 'Solidariteit in de gezondheidszorg', Themanummer *Sociale Wetenschappen*, jg. 48, nr. 1-2.
- Bauer, T. en R.T. Riphagen, 1998: *Employment effect of payroll taxes – An empirical test for Germany*, IZA, Bonn
- Bocognano, A., A. Couffinhal, S. Dumesnil en M. Grignon, 2000: *Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France*, Paper presented to the European Public Health Association Congress, Paris, 14–16 December 2000
- Busse, R., 2000: *Health care systems in transition: Germany*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen
- CPB, 2006: *Handle with care*, CPB Document 122, CPB, Den Haag
- CPB, 2008: *Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw*, CPB Notitie
- Cutler, D.M. en R. Zeckhauser, 2000: 'The anatomy of health insurance', in A.J. Culyer en J.P. Newhouse, 2000: *Handbook of health economics*, vol. 1A, p. 563-643
- Di Piero, A., en D.G. Sanders, 2005: 'Condition based payment: improving care of chronic illness', in: *British Medical Journal*, vol. 330, p. 654-657
- Dijkman, J., 2004: 'Overconsumptie door claimcultuur?', in: RVZ, *Met het oog op gepaste zorg*, RVZ, Zoetermeer
- Docteur, E. en H. Oxley, 2003: *Health-care systems: Lessons from the reform experience*, OECD Health Working Papers no. 9, OECD, Paris
- Easterly, W. en S. Rebelo, 1993: *Fiscal policy and economic growth. An empirical investigation*, NBER Working Papers no 4499
- Evers, A., 1996: 'The new long term care insurance in Germany: characteristics, consequences and perspectives', in T. Harding, B. Meredith en G. Wistow (eds), *Options for long term care: economic, social and ethical choices*, HMSO, London
- Evers, M., R. de Mooij en D. van Vuuren, 2007: 'Arbeidsaanbodelasticiteit en beleid', in: *ESB*, jg. 92, nr. 4506
- Geest, L. van der, 2005: 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Schipperen tussen rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid',

- in: RVZ, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Essays en maatschappelijk debat*, RVZ, Zoetermeer
- Glied, S.A., 2008: *Health care financing, efficiency, and equity*, NBER Working Paper 13881
- Gruber, J., 1998: *Health insurance and the labour market*, NBER Working Paper 6762
- Gruber, J. en M. Owings, 1994: *Physicians financial incentives and cesarean section delivery*, NBER Working Paper 4933
- Hills, J., 1995: 'Funding the welfare state', in: *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 11, no 3, pp. 27-43
- Hinrichs, K., 1995: 'The impact of German health insurance reforms on redistribution and the culture of solidarity', in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20(3): pp. 653-94
- Hinrichs, 1997: *Social insurances and the culture of solidarity. The moral infrastructure of interpersonal redistributions – with special reference to the German health care system*, Centre for Social Policy Research, University of Bremen, Bremen
- Holtz-Eakin, D., 1994: 'Health insurance provision and labor market efficiency in the United States and Germany', in R.M. Blank (ed.), University of Chicago Press, Chicago
- Jacobs, B., 2002: *Public finance and human capital*, Thela Thesis/Tinbergen Institute, Amsterdam
- Jacobs, B., 2008: *De prijs van gelijkheid*, Bert Bakker, Amsterdam
- Jones, C.I., 2002: *Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?*, NBER Working papers nr. 9325
- Jourdain, A., 2000: 'Equity of a health system', in: *European Journal of Public Health*, vol. 10(2), pp. 138-42.
- Kakwani, 1977: 'Measurement of tax progressivity: an international comparison', in: *Economic Journal*, vol. 87 (March), pp. 71-80
- Kemenade, Y.W. van, 2007: *Health care in Europe 2007. The finance and reimbursement systems of 11 European countries*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen
- Kornai, J, G. Roland en E.S. Maskin, 2003: 'Understanding the soft budget constraint', in: *Journal of Economic Literature*, vol. 41 (4), pp. 1095-1136

Mackenbach, J.P., I. Stirbu, A-J.R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu en A.E. Kunst, 2008: 'Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries', in: *New England Journal of Medicine*, vol. 358, no 23, pp. 2468-2481

Ministerie van VWS, 2008: Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Mossialos, E. en A. Dixon, 2002, 'Funding health care in Europe: weighing up the options', in: E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras en J. Kutzin (ed.), 2002: *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham/Philadelphia, Ch. 12, pp. 272-300

Newhouse, J.P., 1992: 'Medical care costs: how much welfare loss?', in: *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6 (3), pp. 3-21

Newhouse, 1993: *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment Group*, Harvard University Press, Cambridge, MA

Nonneman en Van Doorslaer, 1994: 'The role of the sickness funds in the Belgian health care market', in: *Social Science and Medicine*, vol. 39(10), pp. 1483-95

NYFER, 2004: *Gezondheidszorg en welvaart*, NYFER, Breukelen

NYFER, 2006: *Zorgstandaards. Instrument voor kwaliteit en transparantie in de gezondheidszorg*, NYFER, Breukelen

NYFER, 2008: *Van later zorg? Financiering van de zorg op lange termijn*, te verschijnen

NZa, 2007: *Monitor Zorgverzekeringsmarkt, de balans 2007*, NZa, Utrecht

NZa, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes*, NZa, Utrecht

OECD, 2006: *Health data 2006*, OECD, Paris

PWC, 2008: *You get what you pay for: a global look at balancing demand, quality, and efficiency in healthcare payment reform*, PWC Health Research Institute, New York

Rijen, A.J.G. van en L. Ottes, 2004: 'Regionale verschillen in het gebruik van zorg', in: RVZ, *Met het oog op gepaste zorg*, RVZ, Zoetermeer

RIVM, 2008: *Monitor gezondheidsachterstanden*, RIVM, Bilthoven



Rosenthal, M.B., 2005: *Examining pay-for-performance measures and other trends in employer-sponsored health care*, The Commonwealth Fund, New York

RVZ, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, RVZ, Zoetermeer

SER, 2008: *Advies Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*, SER-publicatie 2008/3, SER, Den Haag

Slobbe, L.C.J., G.J.Kommer, J.M. Smit, J. Groen, W.J. Meerding en J.J. Polder, 2006, *Kosten van ziekten in Nederland 2003: Zorg voor euro's*, RIVM, Bilthoven

Sorian, R., 2006: *Measuring, reporting, and rewarding performance in health care*, The Commonwealth Fund

Stevens, L.G.M., 2008: *Naar een solidaire participatiemaatschappij. Belastingbeginselen en fiscale instrumenten als concretiseringsmogelijkheden*, Kluwer, Deventer

Stronks, K. en J. Hulshof, 2001: *De kloof verkleinen: Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*, Koninklijke Van Gorcum, Assen

Summers, L. 1989: 'Some simple economics of mandated benefits', in: *American Economic Review*, vol. 79(2), pp. 177–183

Vliet, R.C.J.A. van, 2004: Deductibles and health care expenditures: empirical estimates of price sensitivity based on administrative data, in: *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 4(4), pp. 283-305

Wagstaff, A. en E. van Doorslaer en H. van der Burg, 1999: 'Equity in the finance of health care: some further international comparisons', in: *Journal of Health Economics*, vol. 18, nr. 3, pp. 291-314

Westerhout, E. en K. Folmer, 2007: *Co-payment systems in health care: between moral hazard and risk reduction*, CPB Discussion Paper no. 78, CPB, Den Haag

Whitehead et al., 1997: As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?, in: *British Medical Journal*, vol. 315 (7114), pp. 1006–9

Zweifel, P. en W.G. Manning, 2000: 'Moral hazard and consumer incentives in health care', in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, p. 409-459