



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg

Mevrouw drs. S.S. Baldewsing

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2013



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
	Inleiding	10
<b>1</b>	<b>De inkomsten en uitgaven in de zorg</b>	<b>13</b>
1.1	Ontwikkeling van de stijgende zorgkosten in de langdurige zorg en curatieve zorg	13
1.2	Inkomsten en uitgaven van de langdurige zorg en curatieve sector	15
1.3	Kosten in internationaal perspectief	18
1.4	Kostenuitgaven van ziekten	20
1.5	Kosten in de ouderenzorg	20
1.6	Kosten die voortkomen uit een ongezonde leefstijl	24
1.7	Wat betaalt de burger?	27
1.8	Eigen betalingen van de burger	31
1.9	Vergelijking van kosten en eigen betalingen	32
1.10	Bij wie komen de overheidsuitgaven terecht?	35
1.11	Gevolgen van de risicoverevening	37
1.12	Solidariteit in de sociale zekerheid	38
1.13	Toekomstscenario's	39
1.14	Samenvatting en conclusie	41
<b>2</b>	<b>Demografische ontwikkeling</b>	<b>43</b>
2.1	Levensverwachting stijgt	43
2.2	Bevolkingssamenstelling verandert	44
2.3	Gezondheid van 65-jarigen mannen en vrouwen	45
2.4	Leefstijl: roken en obesitas	47
2.5	Sociaaleconomische status en gezondheid	47
2.6	Samenvatting en conclusie	50
<b>3</b>	<b>Ontwikkeling van ziekten</b>	<b>51</b>
3.1	Cijfers over 65 jarigen gerelateerd aan gezondheid en arbeid	51
3.2	Invloed van technologie op leeftijd en leefstijl	53
3.3	Verwachtingen van soort ziekten in de toekomst	55
3.4	Samenvatting en conclusie	56
<b>4</b>	<b>Opvattingen van de Nederlandse bevolking over solidariteit</b>	<b>57</b>
4.1	Leeftijd- en leefstijlsolidariteit	57
4.2	Verwant voelen met anderen en de eigen norm belangrijk voor solidariteit	59
4.3	Opvattingen over de kosten en besparingen in de zorg	60
4.4	Bedreigingen voor solidariteit	61
4.5	Conclusie	62
	<b>Conclusie</b>	<b>63</b>



### **Samenvatting**

In deze achtergrondstudie worden de belangrijkste kwantitatieve gegevens bij elkaar gebracht over de feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg. Deze dienen ter onderbouwing voor het advies over het belang van wederkerigheid. Er is gekozen om in te zoomen op risicosolidariteit, met name op leefstijl- en leeftijdsolidariteit. Risicosolidariteit in de gezondheidszorg gaat over de verdeling van de zorguitgaven. Niet iedereen is in staat de noodzakelijke zorg voor zichzelf en zijn gezin te betalen. Individuele zorgkosten komen met onvoorspelbare pieken en dalen. Risicosolidariteit bij de Nederlandse zorgverzekeringen wordt de premiedifferentiatie naar risicoprofiel afgezwakt of zelfs niet toegepast. Iedereen is voor dezelfde premie verzekerd, ongeacht de voorspelbare verschillen in zorgvraag en zorgkosten. Wat betreft de leefstijlsolidariteit is het bekend dat veel ziektelast gerelateerd is aan omgevingsfactoren en gedrag. Risicofactoren die hier mee te maken hebben zijn bijvoorbeeld roken, stress, te weinig bewegen en ongezond voedsel. Het betreft vaak mensen met een lage opleiding of inkomen lage sociaal economische status (ses). Wat betreft de leeftijdsolidariteit is er sprake van een dubbele vergrijzing. Ten eerste hebben de komende cohorten ouderen een grote omvang (babyboomers). Ten tweede zullen deze cohorten gemiddeld een veel hogere leeftijd bereiken dan voorgaande cohorten. De zogenoemde grijze druk zal daardoor in 2040 een recordhoogte bereiken. Wat betekenen deze twee verschillende ontwikkelingen voor de feitelijke en gewenste solidariteit van de zorg?

In deze achtergrondstudie zijn gegevens verzameld over leefstijl-, leeftijdsolidariteit en opvattingen van burgers over solidariteit. Het biedt de lezer veel informatie, maar geeft geen (kritische) analyse van de gegevens. De analyse is opgenomen in het advies over het belang van wederkerigheid.

#### *Feitelijke solidariteit*

Uit de cijfers in deze achtergrondstudie blijkt dat de risicosolidariteit nog steeds groot is. De laatste trend laat zien dat de stijging van de zorgkosten het hoogst is bij de hoge inkomens en jongere mensen. Het is juist de lichtere zorgvraag die groeit. Dit betekent dat de kostenconcentratie minder scheef is geworden omdat meer mensen gebruik maken van de zorg. Ook lijkt het erop dat de kosten van een ongezonde leefstijl zullen toenemen. Het zijn vooral mensen uit de lage ses die ongezonder leven. Ondanks de grote inkomens- en risicosolidariteit zijn de gezondheidsverschillen tussen de hoge en lage ses groter geworden. Verder wordt het beroep op de solidariteit tus-

sen oud en jong groter. Dit heeft te maken met de dubbele vergrijzing en ontgroening.

#### *Gewenste solidariteit*

Uit onderzoeken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)<sup>1</sup> blijkt dat Nederlanders zeer grote voorstanders zijn voor de leeftijdsolidariteit. Maar bij leefstijlsolidariteit denkt men er anders over. De meerderheid van de mensen die niet roken, geen alcohol drinken en wel sporten vindt dat de zorgpremie verhoogd kan worden bij mensen die roken, veel alcohol nuttigen en weinig bewegen. Bij de onderzoeken waar doorgevraagd werd, blijkt dat men moeilijk een grens kan trekken wat precies onder een ongezonde leefstijl valt. De één doet aan gevaarlijke sporten, de andere is een workaholic en weer ander eet te veel of ongezonder. Leeft niet iedereen op zijn eigen manier ongezonder en waar trek je de grens? De conclusie is dat bij de bevolking een groot draagvlak voor risicosolidariteit is. De willingness to pay is er. Verder blijkt dat men bereid is om meer te betalen voor de zorg als het geld goed wordt besteed.

*Overige relevante informatie die als onderbouwing dient om de feitelijke solidariteit te beschrijven.*

#### *Relevante ontwikkelingen voor de zorgsector*

Belangrijke ontwikkelingen voor de zorg zijn:

1. de levensverwachting is gestegen met name door de medische technologie;
2. de bevolkingssamenstelling is veranderd (baby boomers, mensen worden steeds ouder en de blijvende ontgroening);
3. de zorgkosten stijgen in de curatieve en langdurige sector.

#### *Inkomsten en uitgaven in de zorg*

Voor de curatieve sector zijn het de werkgevers, uitkeringsinstanties en burgers die het meest betalen. Voor de langdurige zorg betalen de burgers de meeste premie. De grootste uitgavenpost zit in ziekenhuizen, specialistenpraktijken en ouderenzorg. Ziekten van het hartvaatstelsel vormen de belangrijkste diagnosegroep bij ziekenhuizen en specialistenpraktijken. En psychische stoornissen vormen de belangrijkste diagnosegroep binnen ouderenzorg. Mannen en vrouwen ouder dan de leeftijd van 80 jaar en/of mensen in institutionele huishoudens

---

<sup>1</sup> Gepubliceerd in 2011 en 2012

hebben gemiddeld de hoogste eigen bijdrage (€1000 - €5000) aan de Zvw en AWBZ samen. Het gebruik van lichte zorg neemt toe. De ouderen, arbeidsongeschikten, personen in institutionele huishoudens, verzekerden met een FKG (farmaciekostengroepen) en DKG (diagnosekostengroepen) hebben de hoogste kosten van de somatische zorg. Voor de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) zijn het vooral vrouwen in de leeftijd 18-64 jaar, arbeidsongeschikten, bijstandsontvangers, verzekerden in institutionele huishoudens en verzekerden met een FKG. Door de medische technologie stijgt de volume van patiënten en volume per patiënt. 50% van de kostenstijging is te wijten aan volumestijging veroorzaakt door verruimde indicaties en technologische vooruitgang. Tot slot hebben alle generaties een positief netto profijt<sup>2</sup> en ontvangen zij meer van de overheid dan zij betalen in de vorm van belastingen. Dit is ook de verwachting voor de toekomst.

*Kosten als gevolg van roken en overgewicht en de gezondheid van de lageses*

De kosten van ziekten als gevolg van roken vormen 3.8% van de totale zorgkosten en van overgewicht is dit 2.2%. Mensen uit een lage ses zijn minder gezond. Het zorggebruik komt overeen met de gezondheidsproblemen die ze ervaren. Het verschil in gezondheid tussen de hoge en lage ses is in de afgelopen jaren niet minder geworden. In het signalement Houdbare Solidariteit (RVZ, 2005) werd al opgemerkt dat de toename van de hoeveelheid (risico)solidariteit niet heeft geleid tot meer egalitaire gezondheidsuitkomsten tussen de hoge en lage inkomens. Anno 2012 is de situatie niet verbeterd. Om de gezondheid van de lage ses te verbeteren, speelt preventie een belangrijke rol.

*Kosten van de ouderenzorg en gezondheid van ouderen*

Aan de ouderenzorg wordt 18% van de uitgaven besteed. Hoe ouder men wordt, hoe minder de resterende levensverwachting

---

<sup>2</sup>Bij het netto profijt wordt gekeken naar de totale inkomsten en uitgaven van de overheid. Inkomsten verkrijgt de overheid door bijvoorbeeld inkomstenbelasting, sociale premies, aardgasbaten, overige inkomsten, vennootschapsbelasting, dividendbelasting, indirecte belasting. Uitgaven van de overheid zijn bijvoorbeeld uitkeringen, subsidies, collectieve uitgaven van de gezondheidszorg en onderwijs. Het netto profijt betekent dat burgers meer ontvangen van de overheid dan dat zij betalen aan de overheid. Het is niet altijd in geld uit te drukken, maar ook in natura zoals bij zorg en onderwijs.

is en hoe minder de goed ervaren gezondheid is. Vanaf de leeftijd van 74 jaar stijgen de kosten voor de langdurige zorg. Omdat ouderen meer gebruik maken van de verpleging en verzorging. Ook de uitgaven van de curatieve zorg stijgt, maar daalt na ongeveer 80 jaar. De vergrijzing neemt 25% van de stijgende kosten voor zijn rekening. Dementie neemt het merendeel voor zijn rekening en met de vergrijzing zal het aantal dementerenden toenemen. Ook de technologie is een belangrijke factor voor de kostenstijging. Voor het arbeidsproces van 65-jarigen of ouder, is het relevant te weten dat de levensverwachting en het aantal jaren goed ervaren gezondheid zonder lichamelijke beperkingen toeneemt. Daarentegen hebben deze ouderen meer kans op multimorbiditeit, psychische klachten, TIA (een voorbijgaande beroerte) en beroerte.

#### *Toekomstscenario's*

De conclusie van de verschillende toekomstscenario's is dat de ontwikkeling in het gebruik van de zorg harder groeit dan het nationaal inkomen. Met het groeitempo van 2001-2015 zullen tweeverdieners met een verzamelinkomen van anderhalf keer modaal ongeveer de helft van het inkomen betalen aan zorgpremies in 2040. Dit is op lange termijn niet houdbaar. Bovendien stijgen de kosten sneller door de dubbele vergrijzing. Ter compensatie verwacht men dat het beroep op thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen minder wordt. Doordat mannen langer zullen leven, kunnen zij ook mantelzorg verlenen aan hun partner. Daarnaast blijven de kosten in de curatieve stijgen. Men verwacht dat diabetes en artrose de meest voorkomende ziekten worden en dat angststoornissen en depressies de hoogste ziektelast zullen hebben. Dementie zal de duurste ziektegroep worden en het aantal mensen met multimorbiditeit blijft stijgen. Wanneer iedereen een gezonde leefstijl heeft, blijven de kosten stijgen door de langere levensverwachting. De extra levensjaren leiden tot meer zorggebruik waardoor de kosten stijgen. Maar aan de andere kant vermindert de morbiditeit en ziektelast op korte termijn wat leidt tot lage zorgkosten.

#### *Internationaal perspectief*

Internationaal gezien zijn in alle OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) landen de zorguitgaven gestegen ongeacht het soort zorgstelsel. In Nederland is de uitgavengroei naar verhouding hoog, zowel in de AWBZ als in de Zvw. Nederland scoort ruim boven het gemiddelde qua totale gezondheidsuitgaven, qua gezondheid uitgaven per hoofd van de bevolking en qua financiering uit



collectieve middelen. De opbrengst aan eigen betalingen in de curatieve zorg is inmiddels in lijn met de andere landen. Maar tegelijkertijd is de maximale hoogte van eigen betalingen per patiënt in verhouding laag. Het rookvrije percentage onder volwassenen is nu gelijk aan het OESO-gemiddelde. Voor obesitas scoort Nederland weer lager dan het gemiddelde. De levensverwachting is net iets hoger dan het gemiddelde. Qua medische technologie staat het aantal MRI's gelijk aan het OESO-gemiddelde. Voor CT-scanners was dit lager dan het gemiddelde.

## Inleiding

De houdbaarheid van ons zorgstelsel is al heel lang een actueel en complex thema waar verschillende organisaties in de afgelopen jaren over hebben gepubliceerd. De kern van ons zorgstelsel is de solidariteit tussen inkomens- en risicogroepen, waardoor iedere Nederlander dezelfde toegang heeft tot goede zorg. Hiermee wordt een belangrijke voorwaarde gecreëerd voor maatschappelijke stabiliteit en welvaart. Tegelijk dreigt dit stelsel aan het eigen succes ten onder te zullen gaan. Er zijn veel signalen dat de druk op de financiers van het stelsel (de belastingbetaler en de premiebetaler) te groot wordt met de kans op negatieve welvaartseffecten. In deze achtergrondstudie worden de belangrijkste kwantitatieve gegevens bij elkaar gebracht over de (feitelijke) solidariteit in de zorg. Er is gekozen om in te zoomen op risicosolidariteit. Wat betekenen bijvoorbeeld een ongezonde leefstijl en de dubbele vergrijzing voor risicosolidariteit? Verder wordt er ingezoomd op de opvattingen van de Nederlandse bevolking over (de gewenste) solidariteit.

### *Risicosolidariteit*

Risicosolidariteit in de gezondheidszorg gaat over de verdeling van de zorguitgaven. Niet iedereen is in staat de noodzakelijke zorg voor zichzelf en zijn gezin te betalen. Individuele zorgkosten komen met onvoorspelbare pieken en dalen: vrijwel iedereen krijgt er gedurende de levensloop mee te maken, maar niemand weet met zekerheid wanneer en hoeveel. Net als bij andere risico's (brand, aansprakelijkheid) is een collectieve regeling, zoals een verzekering, dan een logische oplossing. In particuliere verzekeringen wordt de verzekeringspremie vaak individueel vastgesteld, afhankelijk van het risico. Jonge autorijders betalen meer premie dan oudere; wie veel schade maakt betaalt meer dan de schadevrije rijder. Risicosolidariteit bij de Nederlandse zorgverzekeringen wordt de premiedifferentiatie naar risicoprofiel afgezwakt of zelfs niet toegepast. Iedereen is voor dezelfde premie verzekerd, ongeacht de voorspelbare verschillen in zorgvraag en zorgkosten.

Twee vormen van risicosolidariteit springen in het oog. De eerste is de leeftijdsolidariteit. Ouderen hebben gemiddeld voorspelbaar hogere zorgkosten. Nu is er veel voor te zeggen om de premie niet op basis van leeftijd vast te stellen omdat verreweg de meeste mensen de hoogste zorgkosten maken aan het eind van het leven (en dus meestal op hoge leeftijd). Gedurende de levensloop is er dus geen wezenlijk verschil in risicoprofiel. Maar in de komende decennia is er toch iets bijzonders aan de hand: de dubbele vergrijzing. Ten eerste hebben de

komende cohorten ouderen een grote omvang (babyboomers); ten tweede zullen deze cohorten gemiddeld een veel hogere leeftijd bereiken dan voorgaande cohorten. De zogenoemde grijze druk zal daardoor in 2040 een recordhoogte bereiken. Om die reden gaan we in deze studie ook in op de solidariteit tussen jong en oud.

Een tweede bijzonder aspect van risicosolidariteit is de leefstijlsolidariteit. We weten dat veel ziektelast is gerelateerd aan omgevingsfactoren en gedrag. Risicofactoren die hier mee te maken hebben zijn bijvoorbeeld roken, stress, te weinig bewegen en ongezond voedsel. Er is veel bewijs voor de stelling dat waar deze risicofactoren worden vermeden, sprake is van lagere ziektelast; ook internationale vergelijkingen laten grote verschillen zien. Er komen dus verschillende vragen op. Is leefstijl een eigen keuze en zo ja, kan dan van verwijtbaarheid worden gesproken als door leefstijl ziekte en zorgkosten ontstaan en zou dat niet moet worden vertaald in een hogere premie? Maar ook als verwijtbaarheid niet kan worden volgehouden, zijn er dan toch redenen om op de een of andere wijze, en misschien via de risicosolidariteit, te bevorderen dat de gemiddelde leefstijl van de betreffende bevolkingsgroep (vaak de mensen met een lage opleiding en laag inkomen) verbetert? Om die reden proberen we ook de gevolgen van ongezonde leefstijl voor de solidariteit in beeld te brengen.

#### *Afbakening*

In deze achtergrondstudie zijn gegevens verzameld over leeftijd-, leefstijlsolidariteit en opvattingen van burgers over solidariteit. De lezers vinden in deze studie vooral kwantitatieve gegevens over solidariteit die in de laatste jaren gepubliceerd zijn. Met de hoofdstukken: inkomsten en uitgaven in de zorg, demografische ontwikkelingen, ontwikkeling van ziekten en opvattingen van de burger over solidariteit wordt een beeld geschetst over de feitelijke en gewenste solidariteit. Het biedt de lezer veel informatie, maar geeft geen (kritische) analyse van de gegevens. De analyse is opgenomen in het advies over het belang van wederkerigheid.

#### *Leeswijzer*

De eerste drie hoofdstukken gaan over de feitelijke solidariteit en het laatste over de gewenste solidariteit. Het eerste hoofdstuk geeft de cijfers weer van de inkomsten en uitgaven van de zorg en bevat een paragraaf over de sociale zekerheid. Het volgende hoofdstuk geeft de belangrijke demografische ontwikkelingen weer voor de zorg. Het derde hoofdstuk geeft de

cijfers weer over de ontwikkelingen van ziekten. In al deze drie hoofdstukken worden het internationaal perspectief en verwachtingen voor de toekomst meegenomen. Het vierde hoofdstuk gaat over de gewenste solidariteit: welke opvattingen zijn er in de maatschappij over solidariteit. Het is interessant te bezien of de cijfers over solidariteit in contrast staan met de beelden die in de samenleving leven. Tot slot volgt de conclusie.

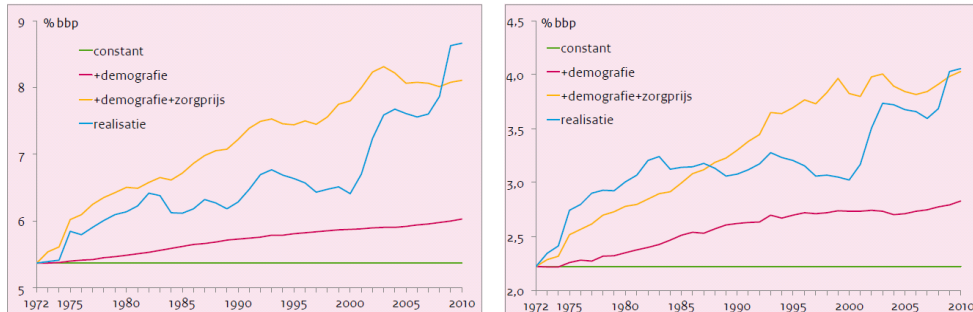
# 1 De inkomsten en uitgaven in de zorg

In dit hoofdstuk wordt eerst naar het verleden gekeken: hoe de zorgkosten zich hebben ontwikkeld. Daarna wordt een beeld geschetst van de inkomsten en uitgaven van de gezondheidssector. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de langdurige zorg en curatieve sector. Ook worden de kosten van ziekten, ouderenzorg en ziekten die voortkomen uit een ongezonde leefstijl beschreven. Naar de andere kant van de medaille wordt ook gekeken. Namelijk de premies, eigen betalingen en eigen risico's van de burgers. Ook komt het internationale perspectief in verschillende paragrafen aan bod. Verder wordt beschreven bij welke groepen de overheidsuitgaven terecht komen en de gevolgen van de risicoverevening. Tot slot wordt een kijkje genomen in een ander collectieve sector de sociale zekerheid en een blik geworpen naar de toekomst.

## 1.1 Ontwikkeling van de stijgende zorgkosten in de langdurige zorg en curatieve zorg

De onderstaande grafieken (1.1) geven de stijging weer van de uitgaven in de curatieve en langdurige zorg als percentage van het bruto binnenlands product (BBP) voor de periode van 1972-2010.

Grafiek 1.1 Uitgaven curatieve (links) en langdurige zorg (rechts), % BBP 1972-2010



Bron: Centraal Planbureau (CPB), 2011.

De groene lijn schetst de jaarlijkse groei van het BBP per persoon. De gemiddelde groei van 2% leidt tot een stijging van de zorguitgaven met 2% per jaar. De zorguitgaven als deel van het inkomen blijft constant. De rode lijn geeft het effect van de demografische ontwikkeling aan (dubbele vergrijzing en

ontgroening) op de zorguitgaven. De blauwe lijn laat de ontwikkeling zien van de totale uitgaven van de curatieve en langdurige zorg als percentage van het BBP. Tot slot zijn de zorguitgaven vooral toegenomen door de stijging van de zorgprijs, zie de gele lijn. Dit betekent dat de zorg duurder is geworden. Tussen 1981 en 2010 is de gemiddelde prijs ongeveer ½%-punt per jaar sneller gestegen dan de gemiddelde prijsstijging in de economie. Verklaringen hiervoor zijn duurdere en betere behandelingen en het Baumol-effect<sup>3</sup> (CPB, 2011). De bovenstaande factoren verklaren een groot deel van de stijging van de zorgkosten in de afgelopen 30 jaar. Deze periode bestaat bovendien uit twee interessante deelperiodes: 1981-2000 en vanaf 2001 (CPB, 2011). In de periode 1981-2000 heeft de strakke budgettering geleid tot een rem op de zorguitgaven. De nadelige gevolgen hiervan waren achterblijvende productiviteit, geringe kwaliteit en lange wachtlijsten (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012). Vanaf 2001 gold het boter-bijde-vis beleid voor het zorgaanbod. Het gevolg hiervan was een snelle groei van de uitgaven maar wel een verbeterde kwaliteit en geen wachtlijsten (CPB, 2011).

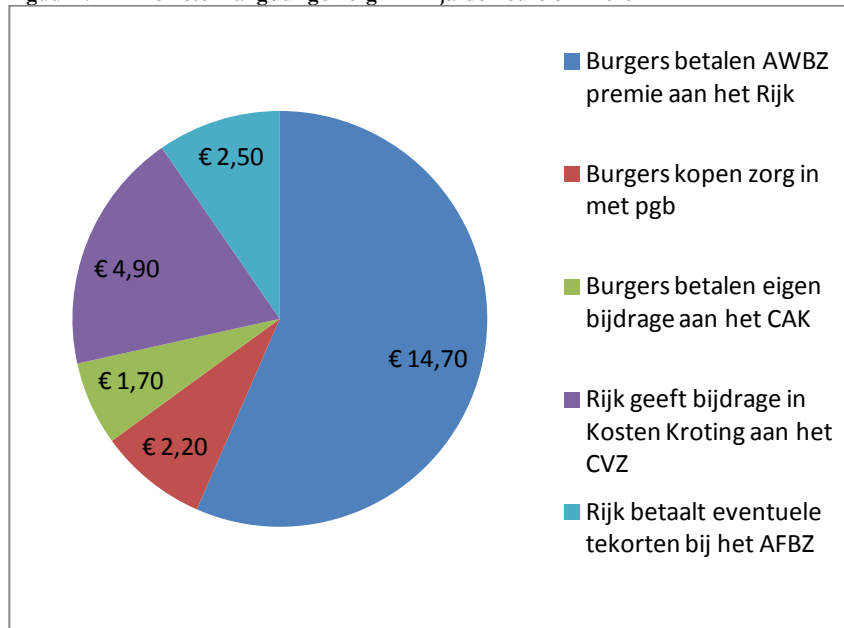
---

<sup>3</sup> Baumol-effect: dit houdt in dat de prijzen in de zorg sneller stijgen dan de inflatie. In een arbeidsintensieve sector als de gezondheidszorg kan arbeid minder eenvoudig worden vervangen door apparatuur, waardoor de arbeidsproductiviteit structureel achterblijft bij sectoren waar dat wel kan. Omdat de lonen in de zorg wel de algemene loonontwikkeling volgen, wordt de zorg relatief steeds duurder (van der Geest, 2008).

## 1.2 Inkomsten en uitgaven van de langdurige zorg en curatieve sector

In de onderstaande figuren zijn de inkomsten te zien van de langdurige zorg en curatieve sector in 2010.

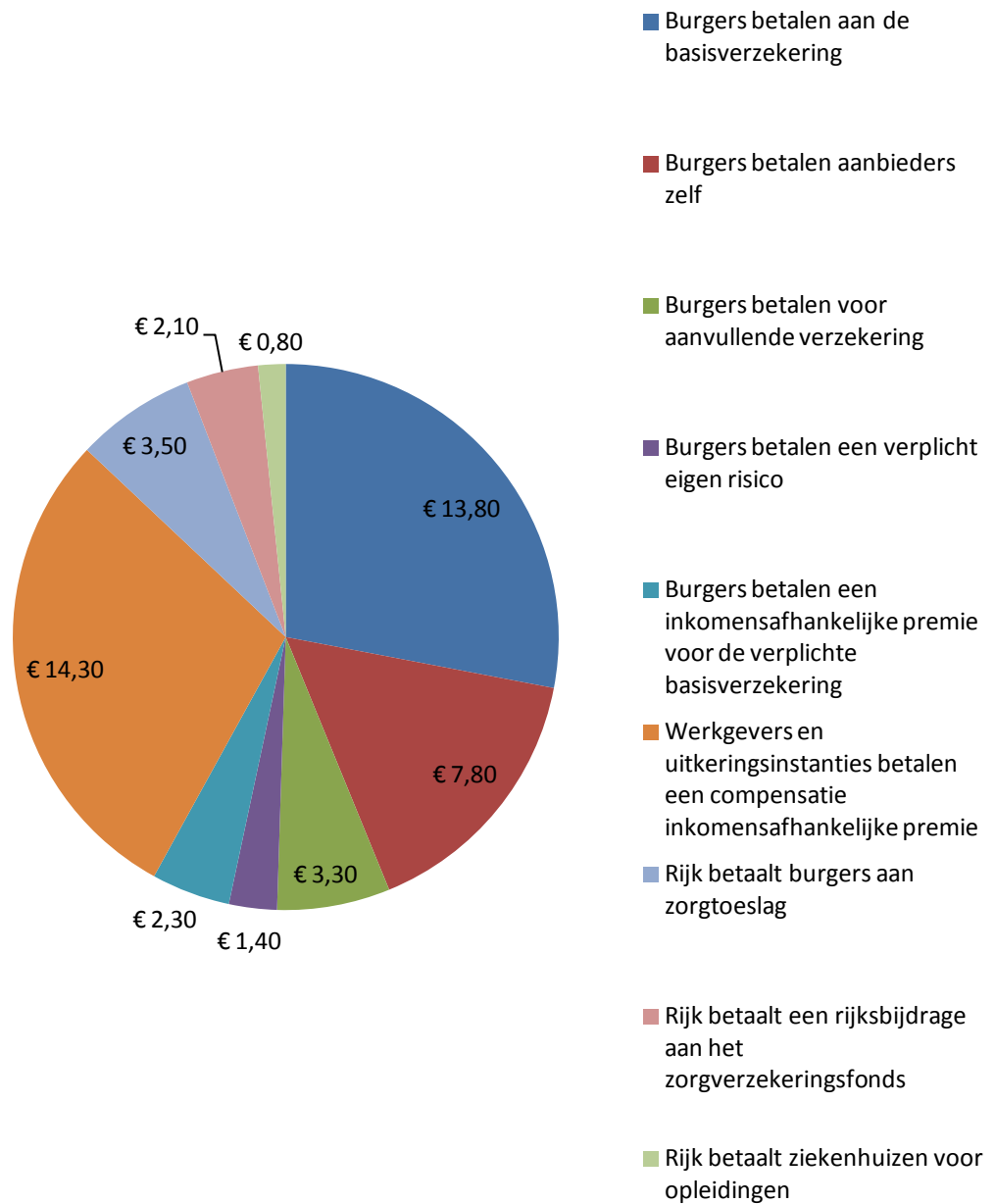
**Figuur 1.1 Inkomsten langdurige zorg in miljarden euro's in 2010**



Bron: Argumentenfabriek, 2010.

Voor de langdurige zorg betalen de burgers de meeste premie. Voor de curatieve sector betalen de werkgevers, uitkeringsinstaties en burgers het meest.

Figuur 1.2 Inkomsten in de curatieve sector in miljarden euro's in 2010

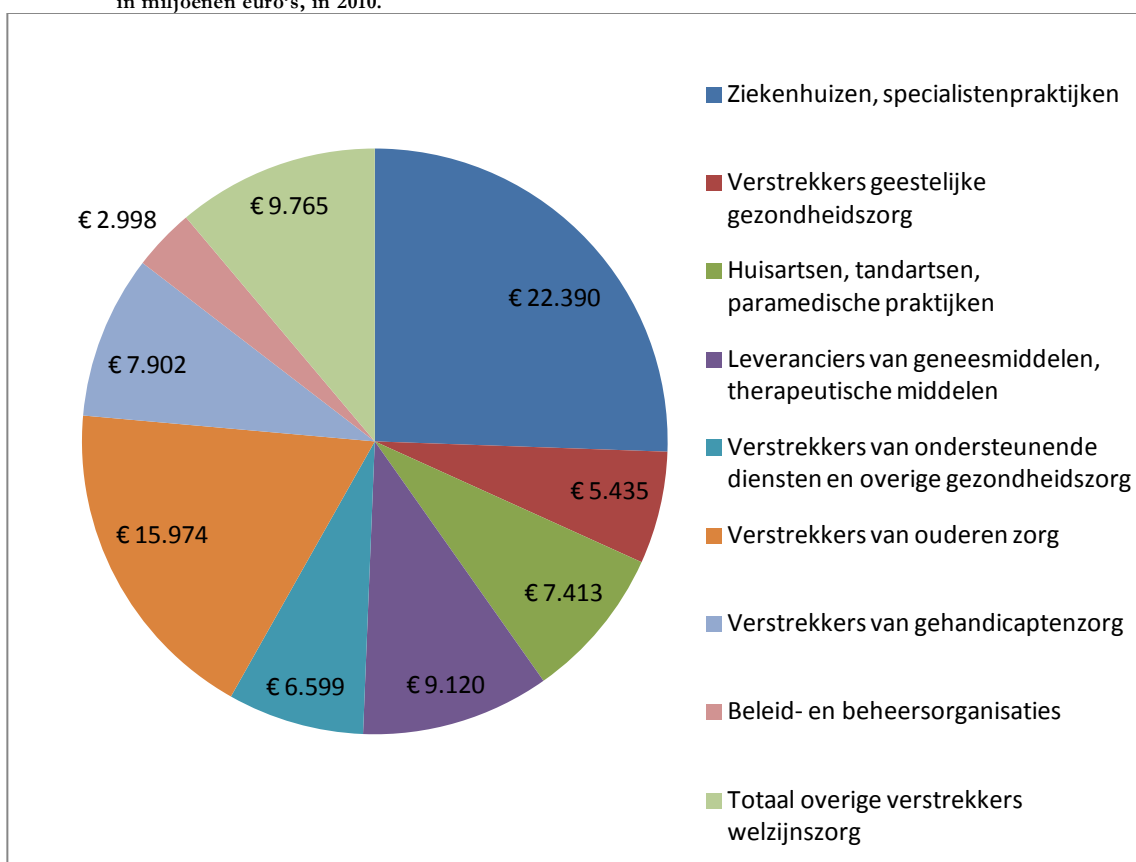


Bron: Argumentenfabriek, 2010.



In de figuur 1.3. zijn de uitgaven onderverdeeld naar de aanbieders in miljoenen euro's in 2010. De totale kosten van de langdurige zorg zijn €2.3876. De totale kosten van de curatieve sector zijn €5.0957. De totale uitgaven in de zorg (CBS definitie is inclusief welzijn €9.765) zijn €87.596. Er wordt €5.000 per persoon per jaar aan de zorg uitgegeven. Voor tweeverdieners met een verzamelinkomen van anderhalf keer modaal, zijn de betalingen aan premies in 2012 bijna een kwart van het bruto inkomen (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

**Figuur 1.3** Opbouw zorguitgaven naar aanbieders in de langdurige en curatieve sector in miljoenen euro's, in 2010.



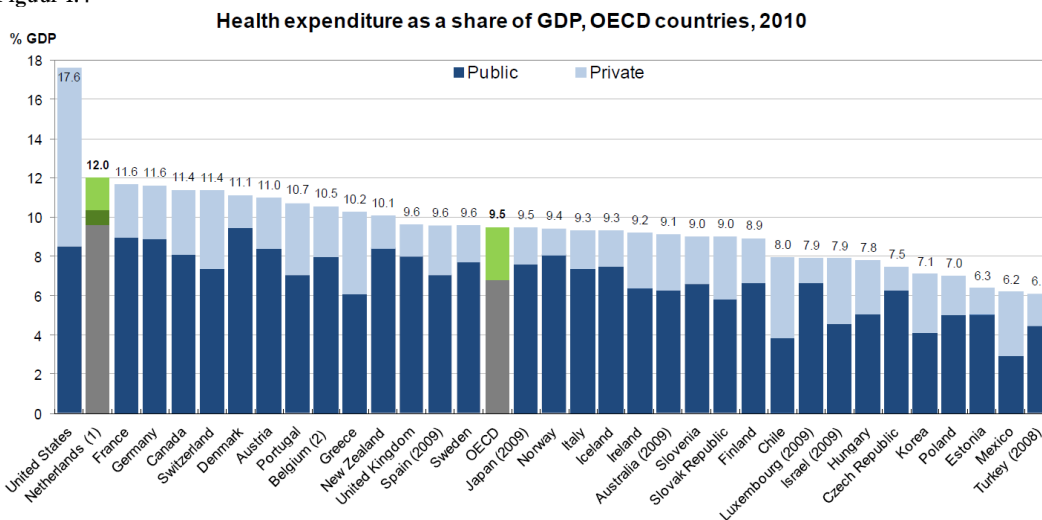
Bron: Decompositie van de zorguitgaven, CPB.

Het CBS heeft berekend hoe sterk de uitgaven zijn gegroeid. De uitgaven van de zorg is in 2011 met 3.2% gestegen naar €90 miljard. De gemiddelde jaarlijkse groei is 5.5% in de afgelopen 10 jaar. De uitgaven aan de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg laten in 2011 een gematigde stijging zien van 2 tot 3%. De uitgaven aan ziekenhuizen en specialistenpraktijken stegen in 2011 met 3.8%. Aan verstrekte geneesmiddelen via openbare apotheken en drogisten is in 2011 bijna 2% meer uitgegeven (CBS, 2012).

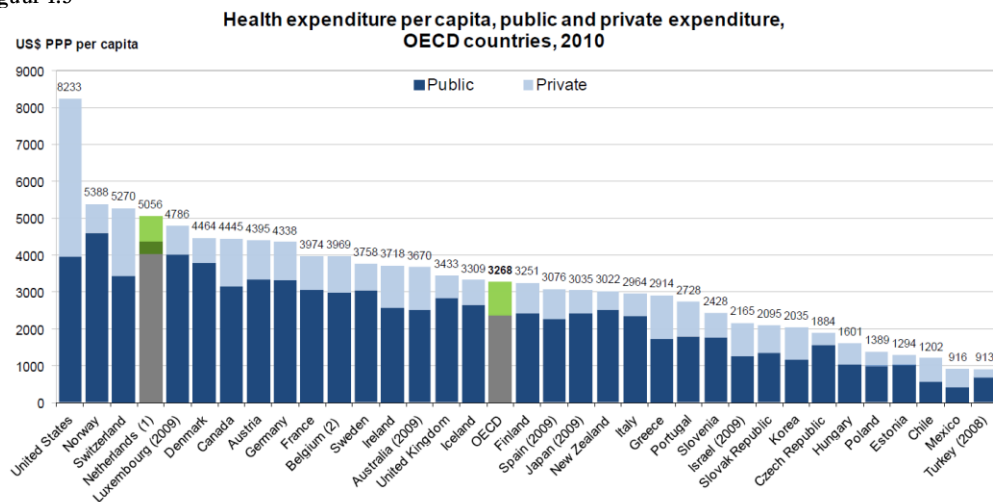
### 1.3 Kosten in internationaal perspectief

De zorguitgaven zijn in alle landen gestegen ongeacht het soort zorgstelsel. In Nederland is de uitgavengroei naar verhouding hoog zowel in de AWBZ als in de Zvw (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012). Qua totale gezondheidsuitgaven staat Nederland op een tweede plaats met 12% van het BBP. Dit is ruim boven het gemiddelde van de OESO van 9.5%. Qua gezondheid uitgaven per hoofd van de bevolking scoort Nederland ook ruim boven het gemiddelde van de OESO. De uitgave is \$5056 in 2010 vergeleken met een gemiddelde van de OESO van \$3268. Wat betreft de financiering uit collectieve middelen (85,7%) is dit eveneens ruim boven het gemiddelde van 72,2% van de OESO, zie de figuren 1.4 en 1.5. (OECD, 2012). Wat betreft de zorguitgaven in de langdurige zorg is Nederland samen met Zweden koploper. Opmerkelijk is dat Zwitserland een gelijksoortig stelsel van zorgverzekeraars als Nederland heeft, maar dat de uitgavengroei daar beperkt is gebleven. Dit wil zeggen dat de stijgende kosten in Nederland te maken hebben met het gevoerde beleid (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

Figuur 1.4



Figuur 1.5



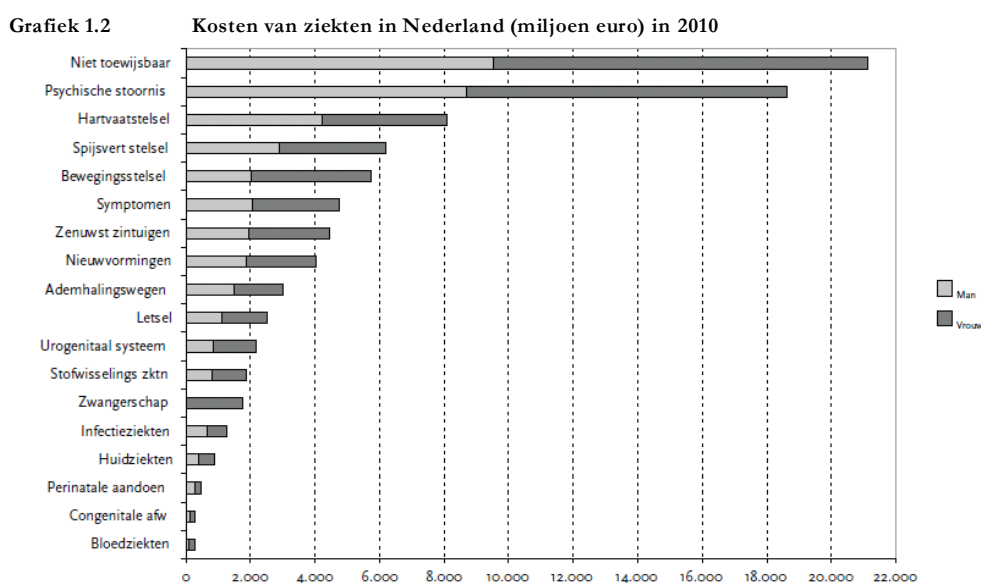
1. In the Netherlands, it is not possible to distinguish clearly the public and private share for the part of health expenditures related to investments.  
 2. Total expenditure excluding investments. Source: OECD Health Data 2012, June 2012.

Data are expressed in US dollars adjusted for purchasing power parities (PPPs), which provide a means of comparing spending between countries on a common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given 'basket' of goods and services in different countries.

Bron: Figuur 1.4 en 1.5: OECD, 2012.

## 1.4 Kostenuitgaven van ziekten

Het zijn vooral chronische aandoeningen waar veel zorg naar toegaat (psychische stoornissen, chronische hart- en vaatziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat). Ook wordt veel zorg besteed aan alledaagse klachten zoals problemen met zien, horen en gebitsafwijkingen (vanwege de tandheelkundige hulp). Maar de totale kosten voor een ernstige ziekte als kanker (nieuwvormingen in de grafiek 1.2) is weer relatief laag. Bij kanker is het beloop van de ziekte kort in vergelijking met chronische aandoeningen zoals reuma en hartfalen. Hierdoor zijn de totale uitgaven bij kanker beperkt, ondanks de vaak dure behandelingen (Polder, 2012).



Bron: Polder, 2012.

## 1.5 Kosten in de ouderenzorg

In 2005 gaven we €12,7 miljard uit aan de ouderenzorg. Dit is 18.5% van de totale kosten in de gezondheidszorg. Binnen ouderenzorg hoort de intramurale zorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) als de extramurale zorg (thuiszorg inclusief kraamzorg). Psychische stoornissen vormen de belangrijkste diagnosegroep binnen deze sector met €3.7 miljard aan kosten. Dit is 28.9% van alle kosten binnen de sector ouderenzorg. Een belangrijke aandoening is dementie. Op dit moment zijn

er ruim 250.000 mensen dement. De meest voorkomende vorm is de ziekte Alzheimer (70%), gevolgd door vasculaire dementie (16%). Als gevolg van de vergrijzing zal het aantal dementerenden stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040 (www.gezondheidsnet.nl<sup>4</sup>). Bij de categorie ‘nog niet toewijsbaar of niet ziekte gerelateerd’ zijn de kosten ook €3.7 miljard. Hierbij gaat het vooral over de woon- en verblijfkosten in verzorging- en verpleeghuizen, die niet aan een specifieke ziekte zijn toegewezen. Ziekten van het hartvaatstelsel kosten €1.6 miljard (aandeel van 12.3%), aandoeningen van het bewegingsstelsel en bindweefsel kosten €798 miljoen (aandeel van 6.3%) en ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen kosten €667 miljoen (aandeel van 5.3%) (RIVM, 2011). De kosten in ouderenzorg zijn in 5 jaar (in 2010) gestegen naar €15975 in miljoenen (18% van de totale kosten). De verwachting is dat deze kosten zullen stijgen door de dubbele vergrijzing en ontgroening van onze maatschappij (zie hoofdstuk 2). In een maatschappij met veel ouderen (vergrijzing) bevinden zich relatief veel mensen in het laatste levensjaar. En juist in de laatste levensjaren worden de meeste zorgkosten gemaakt. Zolang de levensverwachting blijft stijgen, wordt het effect van vergrijzing deels uitgesteld (VWS, 2012). Omdat vrouwen ouder worden dan mannen, zijn de vrouwen op oudere leeftijd in de meerderheid. Juist op oudere leeftijd neemt het zorggebruik sterk toe. Het is ook niet verassend dat vrouwen daardoor een hoger zorggebruik hebben (RIVM, 2012). Verder is het zorggebruik voor verweduwde 31% hoger dan het landelijk gemiddelde. Zij maken meer gebruik van de zorg omdat zij geen partner hebben die mantelzorg aan hen verleent (RIVM, 2007). De uitgavengroei door vergrijzing is 1%. Dat is bijna 25% van de totale uitgavengroei. De rest van de kostenstijging is te wijten aan een hogere welvaart, technologie, veranderende maatschappij, epidemiologie, de productiviteitskloof en hoe de zorg georganiseerd is (VWS, 2012).

Tabel 1.1 op de volgende pagina presenteert de uitgaven voor mannen en vrouwen en de procentuele groei van de zorguitgaven van verschillende leeftijdsgroepen over de afgelopen 20 jaar. Vrouwen gebruiken in 2007 55.7% van de zorg, mannen 44.3%. De gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei is 7.2%, dit is het grootst voor mannen. De groei van de bevolking veroorzaakt 1.1% en het effect van overige volumeorzaken, zoals ruimere zorgaanpakken en factoren aan aanbod- en vraagzijde is 3.5%. De prijsontwikkeling was gemiddeld 2.6%. De factor

---

<sup>4</sup> Gepubliceerd op 20 juli 2012

‘overig volume’ is lager bij hogere leeftijdsgroepen, vooral bij mannen.

**Tabel 1.1** Uitgaven (aandeel in % in totale uitgaven 2007) en groei (% per jaar) van de zorguitgaven per geslacht en leeftijdsgroep, uitgesplitst in totaal en volume-groei als gevolg van demografie en overig, 1999-2010

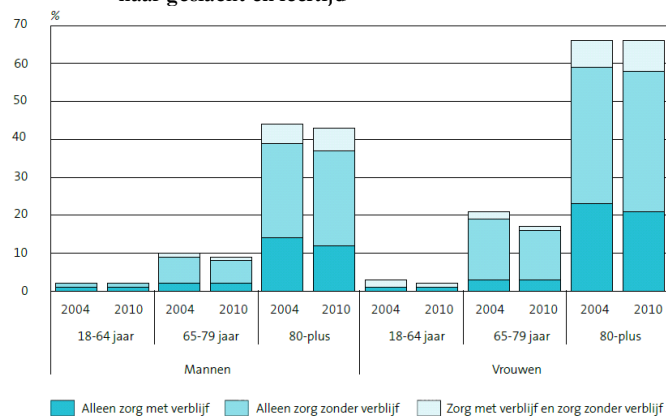
Leeftijd	Mannen				Vrouwen			
	Totale groei	Demo-groei	Overige volume groei	Aandeel in uitgaven 2007	Totale groei	Demo-groei	Overige volume groei	Aandeel in uitgaven 2007
0	6,4	-0,9	4,2	1,1	6,3	-0,8	4,1	1,0
1-14	7,3	0,0	4,5	6,1	7,3	0,0	4,4	5,2
15-24	8,6	0,7	5,1	3,3	7,9	0,7	4,4	3,5
25-44	5,0	-1,1	3,5	7,9	4,7	-1,1	3,1	9,8
45-64	9,0	2,0	4,3	12,1	8,7	2,0	4,0	12,3
65-74	8,0	2,1	3,3	5,9	6,6	1,0	3,0	6,2
75-84	7,8	2,7	2,6	5,4	6,0	1,0	2,6	9,2
85+	8,9	3,8	2,7	2,5	8,1	2,5	3,4	8,5
totaal	7,7	1,3	3,7	44,3	6,9	1,0	3,4	55,7
Totaal M/V	7,2	1,1	3,5					

Bron: RIVM, 2011.

Uit de cijfers van de CBS blijkt de ziekenhuisopname onder de 65-plussers te stijgen met ruim 75%. Voor alle leeftijden nam het aantal dagopname behoorlijk toe. Het aantal klinische opnamen bij 80-plussers groeide met 16%. Voor de 65-79 jarigen is het aantal dagopnamen 4.8% hoger dan in 1995. Het aantal verpleegdagen is fors gedaald. Bij de 65-79 jarigen was de daling ruim 40% in de periode 1995-2010. Bij de andere leeftijden nam dit af met ruim 30%. Het gebruik van de AWBZ- en Wmo-gefinancierde zorg neemt zeer sterk toe met de leeftijd, zie grafiek 1.3 op de volgende pagina. Zowel bij de 80-plussers als bij de 65-79 jarigen vindt er extramularisering plaats van de zorg. Hierdoor daalden de kosten van ouderenzorg bij 80-plussers. Bij 65-79 jarigen zijn zowel zorg met verblijf als zonder verblijf gedaald. In de periode 2004-2010 is dit respectievelijk 15% en 7%. Het aandeel personen met AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg daalde met 14%. De conclusie is dat het ziekenhuiszorggebruik van ouderen harder is gestegen dan van jongeren. Als dit zich voortzet zal

dit bovenop het effect van vergrijzing, een effect hebben op de zorgkosten. Hier tegenover staat dat het gebruik van AWBZ/Wmo gefinancierde ouderenzorg is gedaald (CBS, 2012).

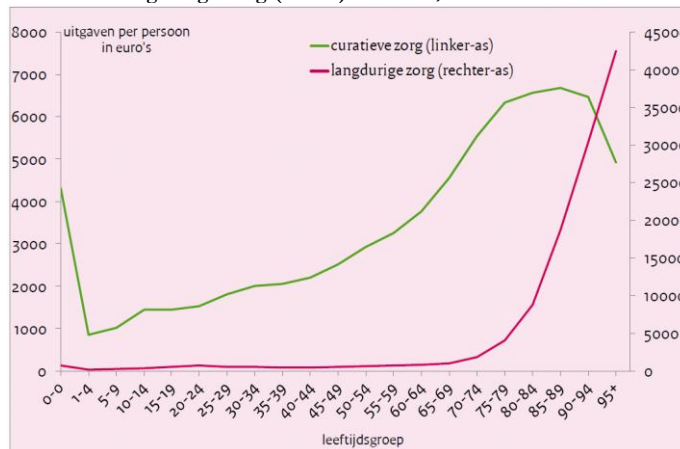
**Grafiek 1.3 AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg met en zonder verblijf naar geslacht en leeftijd**



Bron: CBS, CAK.

Het bovenstaande komt ook overeen met een rapport van het RIVM. Hierin staat aangegeven dat vanaf de leeftijd van 74 jaar de kosten voor de langdurige zorg stijgt. De kosten stijgen omdat ouderen meer gebruik maken van de verpleging en verzorging. Ook de uitgaven van de curatieve zorg stijgt, maar daalt na ongeveer 80 jaar (RIVM, 2011), zie de onderstaande grafiek 1.4.

**Grafiek 1.4** Leeftijdprofiel uitgaven curatieve zorg (links) en langdurige zorg (rechts) in euro's, 2007



Bron: CPB, 2011.

## 1.6 Kosten die voortkomen uit een ongezonde leefstijl

In deze paragraaf worden de kosten van roken, overgewicht en obesitas beschreven.

Rokers krijgen vaker COPD en longkanker en worden vaker geassocieerd met hart- en vaatziekten. De kans op ziekenhuisopnames voor hart- en vaatziekten is voor zware rokers 66 tot 68% groter dan de kans voor niet-rokers (CBS, 2011). Roken is verantwoordelijk voor 79% van de zorgkosten van COPD en 86% van longkanker in 2010 (Polder, 2012). In 1995 vonden 15 op de 10.000 klinische opnames plaats voor vrouwen van 65-79 jaar voor longkanker. In 2010 is dat 32 op de 10.000. Dat is meer dan een verdubbeling. Ook namen de opnames toe bij vrouwen jonger dan 65 jaar en ouder dan 80. Bij de mannen namen de ziekenhuisopnames voor longkanker ook toe, maar met 37% bij 0-64 en met 20% bij 65-79-jarigen. Bij de mannelijke 80+ steeg het bijna niet. De verklaring tussen het verschil van mannen en vrouwen is te verklaren door dat mannen vroeger massaal rookten en dit verminderden sinds de jaren zestig. Terwijl vrouwen vanaf de jaren zestig een inhaalslag maakten met roken en pas later minder gingen roken (CBS, 2012).



15% van de jaarlijkse sterfte en 85% van het aantal longkankergergevallen is toe te schrijven aan roken en 21% van het aantal verloren levensjaren. Wanneer iemand stopt met roken neemt de gezonde levensverwachting met 4.6 jaar toe (RIVM, 2010). Wanneer niemand meer zou roken, zou de gezonde levensverwachting in de bevolking met twee jaar toenemen (Polder, 2012). Op individueel niveau verliezen rokers gemiddeld 4.1 levensjaar en 4.6 gezonde jaren (RIVM, 2010). In 2010 werd €2.4 miljard besteed aan zorg die te maken had met ziekten als gevolg van roken (hart- en vaatziekten, beroerte, longkanker en chronische aandoeningen aan de luchtwegen (COPD)). De kosten van ziekten als gevolg van roken vormen 3.8% van de totale zorgkosten (RIVM, 2006 en Polder, 2012).

In 2009-2011 hebben ongeveer 6.5 miljoen mensen in ons land matig of ernstig overgewicht. Dit is een aandeel van 41% van de totale bevolking. Terwijl in de begin jaren tachtig nog maar 27% te zwaar was (CBS, 2012). Mensen met obesitas krijgen vaker diabetes en artrose en het wordt vaker geassocieerd met hart- en vaatziekten (RIVM, 2010). Overgewicht neemt een tweede plaats voor het meeste verlies van totale en gezonde levensverwachting qua leefstijlfactoren. Als niemand overgewicht heeft, levert dat een winst van 0.9 jaar op (RIVM, 2010). Obesitas zorgt voor een relatief groot verlies van gezonde levensverwachting (5.1 jaar). Verder overlijden mensen met obesitas gemiddeld 3 jaar eerder dan mensen die niet roken en geen overgewicht hebben. Tot slot vergroot (ernstig) overgewicht de kans op ziekenhuisopname aanzienlijk (CBS, 2011). Aan ziekten als gevolg van overgewicht werd iets minder dan €2 miljard uitgegeven in 2010 (Polder, 2012). Het meeste geld ging naar hart- en vaatziekten, gevolgd door diabetes, klachten en aandoeningen aan het bewegingsstelsel. Meer dan de helft van de kosten van diabetes wordt veroorzaakt door overgewicht (RIVM, 2006). De kosten van ziekten als gevolg van overgewicht vormen 2.2% van de totale zorgkosten (Polder, 2012).

De bovenstaande gegevens gaan over roken, overgewicht en obesitas. In de onderstaande tabellen gaat het over de zorgkosten van inactiviteit, alcohol, ongezonde leefstijl ook qua voeding, hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol. Aan ziekten uit de tabel 1.2 werd in 2010 ruim €8.5 miljard uitgegeven. Daarvan kon bijna de helft worden toegewezen aan een ongezonde leefstijl, met name roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit.

**Tabel 1.2 Bijdrage aan ongezonde leefgewoonten aan de zorgkosten van causaal geresulteerde ziekten voor de Nederlandse bevolking van 20 jaar en ouder in 2010 (in miljoenen euro, aandeel in %)**

	Zorgkosten mln euro	Toewijsbaar aan			
		Roken	Overgewicht	Inactiviteit	Alcohol
Diabetes	1.137	7	51	10	0
Longkanker	326	86	0	0	0
Kanker overig	1.618	12	8	5	8
Acuut myocard infarct	706	40	15	16	-16
Chronisch hartfalen	545	15	12	0	0
Beroerte	1.918	22	6	24	-26
COPD	880	79	0	0	0
Arthrose heup	150	0	14	0	0
Arthrose knie	146	0	29	0	0
Lage rugpijn	1.116	0	7	0	0
Totaal	8.543	24	13	9	-6

Bron: Polder, 2012.

Uit tabel 1.3 op de volgende pagina valt de verhoudingsgewijs grote invloed van hoge bloeddruk op. Die invloed laat zich vooral gelden bij hart- en vaatziekten. Bijna de helft van de kosten van beroerte kan in verband met een hoge bloeddruk worden gebracht. En bij hartinfarcten en chronisch hartfalen is dat ruim een derde van de zorgkosten (Polder, 2012).

De conclusie is dat een gezonde levensstijl bijdraagt tot een hogere levensverwachting. Maar gezond gedrag heeft twee tegengestelde effecten op de zorgkosten. Enerzijds vermindert op korte termijn de morbiditeit en ziektelast wat leidt tot lage zorgkosten. Anderzijds neemt de levensverwachting toe en stijgen de zorgkosten (RIVM, 2006). Een oudere leeftijd is een belangrijke risicofactor voor de meeste ziekten. Vooral mensen die gezond leven lopen een verhoogd risico op chronische ouderdomskwalen zoals dementie, psychische stoornissen, beroerte, Parkinson en aandoeningen aan het zenuwstelsel (Polder, 2012). Het zorggebruik als gevolg van extra levensjaren leidt tot extra hoge kosten. Deze kosten zijn groter dan de besparingen die op korte termijn behaald worden door het stimuleren van gezond gedrag (RIVM, 2006).

**Tabel 1.3 Zorgkosten van een ongezonde leefstijl, hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol voor alle Nederlanders van 20 jaar en ouder in 2010<sup>5</sup>**

	mln euro <sup>2</sup>	Aandeel (%)
Roken	2.835	3,8
Overgewicht	1.617	2,2
Lichamelijke inactiviteit	1.314	1,8
Alcohol	-1.015	-1,4
Verzadigde vetten	46	0,1
Transvetten	3	0,0
Weinig fruit	630	0,8
Weinig groente	46	0,1
Weinig vis	502	0,7
Hoge bloeddruk	2.217	3,0
Verhoogd cholesterol	255	0,3
Totaal zorgkosten**	74.886	100,0

Bron: Polder, 2012.

## 1.7 Wat betaalt de burger?

De financiering van de zorg gebeurt door premies te heffen voor de AWBZ, Zvw en met bijdragen uit de rijksbelastingen. De bijdrage van de burger is afhankelijk van zijn inkomen. Deze loopt op met het inkomen, omdat de premies en de inkomstenbelasting worden geheven als percentage van het inkomen. Er is wel een maximum voor het inkomen gesteld waarover premies geheven worden. Boven dit maximum loopt de bijdrage niet meer op. Voor de Zvw gelden twee premies. Ten eerste draagt de werkgever de procentuele premie af en ten tweede draagt de verzekerde het saldo van de nominale premie en de inkomensafhankelijke zorgtoeslag af. De onderstaande tabel 1.4 bevat een aantal gegevens voor individuele verzekerden in 2012.

<sup>5</sup> De kosten zijn berekend voor de afzonderlijke vormen van ongezond gedrag en andere determinanten, maar de kostenbedragen en percentages kunnen niet zomaar bij elkaar worden opgeteld, omdat er tussen de verschillende factoren overlap bestaat (bijvoorbeeld overgewicht, lichamelijke activiteit en voeding).

\*\* Totale zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen van het CBS, minus 'overige welzijnszorg' (met name kinderopvang en asielopvang). Bron: Polder, 2012.

**Tabel 1.4 Gegevens van 2012**

Regeling	Premie percentage	Inkomensgrens	Maximum bijdrage
AWBZ	12.15%	€33863	€4114
Zvw	7.1%	€50064	€3554
Zorgtoeslag	-	€35059 alleenstaand €51691 met toeslagpartner	Alleenstaanden: €828 Meerpersoonshuishoudens: €1742
Zvw-saldo nominale premie incl. eigen risico	€1402	-	€1402
<i>Maximumbijdrage totaal:</i>	-	-	€9898 bij alleenstaanden €10812 met toeslagpartner

Bron: Websites van rijksoverheid<sup>6</sup> en belastingdienst<sup>7</sup>, begroting VWS, 2012<sup>8</sup> beleidsagenda VWS, 2012<sup>9</sup> en van der Torre, 2012.

Voor de AWBZ betaalt de burger 12.15% via loonheffing voor de eerste twee schalen tot €33.863. De maximale eigen bijdrage is €4.114 (12.15% van €33.863). Voor de Zvw is dat €3.554. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de zorgtoeslag. Alleenstaanden kunnen in 2012 een zorgtoeslag krijgen van maximaal €828 per jaar. Voor meerpersoonshuishoudens is dit bedrag maximaal €1.742 per jaar. De standaard premie inclusief eigen risico die een persoon betaald is €1.402 (begroting VWS, 2012). De premie die men feitelijk betaalt is voor alleenstaanden €574<sup>10</sup> of voor mensen met een toeslagpartner €1.062<sup>11</sup>. Voor een volledig beeld dient rekening te worden gehouden met de rijksbijdrage voor de premievrijstelling voor kinderen, de exploitatietekorten van de AWBZ en de BIKK (Bijdragen in de kosten van kortingen). In totaal is dit €12 miljard in 2012<sup>12</sup> (begroting VWS, 2012). Dit bedrag wordt opgebracht door de belastingbetaler via de inkomstenbelasting. De inkomstenbelasting bestaat uit een progressief percentage van het

<sup>6</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html>

<sup>7</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/hoogte-en-aanvragen-zorgtoeslag>

<sup>8</sup> Vaststelling begroting ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013

<sup>9</sup> Beleidsagenda VWS 2013

<sup>10</sup> €1402-€828= €574

<sup>11</sup> €2804-€1742= €1062

<sup>12</sup> Daarnaast betaalt het rijk €4 miljard voor zorgtoeslagen.

inkomen (schijventarief) en de indirecte belastingen over aankopen (BTW, accijnzen en bijzondere verbruikersbelasting). Deze lopen in het algemeen op met het inkomen. Door deze verschillende regelingen loopt de bijdrage van gezinnen aan de zorgkosten uiteen van €1.943<sup>13</sup> voor de huishoudens met de laagste inkomens (inkomensdecielen 1 en 2) tot €12.554<sup>14</sup> voor het hoogste inkomensdeciel.

**Tabel 1.5 Gemiddelde belasting- en premiedruk in procenten van het bruto-inkomen 2009; huishoudenshoudensdecielen (730.000 hh per deciel)<sup>15,16, 17</sup>**

1. Inkomensdeciel	Totaal	1+2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Bruto-hh-inkomen * €1.000		14,5	25,3	32,3	40,6	50	60,7	73,9	92,6	153,1
3. Premies AWBZ (%)	3,5	2,0	2,7	3,5	4,2	4,1	4,2	4,2	3,9	2,7
4. Premie ziektekosten (%)	6,9	10,2	9,1	9,1	8,7	8,3	7,9	7,4	6,5	4,2
5. Aandeel belastingen (%)	1,0	1,2	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,3
6. Totale druk Zvw en AWBZ	11,5	13,4	12,7	13,5	13,8	13,3	13,0	12,5	11,4	8,2
7. Idem in € * 1.000		1,9	3,2	4,3	5,5	6,6	7,9	9,2	10,6	12,7
8. Totale lastendruk (%)	41,5	42,1	36,5	38,8	41,5	41,5	42,9	42,7	42,1	41,2

Het is gebruikelijk om deze bijdrage ook uit te drukken als percentage van het bruto-inkomen. Op die manier wordt onderscheid gemaakt tussen proportionele heffingen, met een gelijk percentage voor alle inkomensgroepen, degressieve heffingen als de procentuele druk afneemt met het inkomen en progressieve heffingen als die druk oploopt. De bovenstaande tabel 1.5 geeft een indruk van de proportionaliteit van de col-

<sup>13</sup> 13.4% (regel 6) van €14.500 (regel 2)= €1943 (regel 7) voor de huishoudens met de laagste inkomens (inkomensdecielen 1 en 2)

<sup>14</sup> 8.2% (regel 6) van €153.100 (regel 2)= €12.554 (regel 7) voor het hoogste inkomensdeciel (10).

<sup>15</sup> Afgeleid van Trimp en De Kam in ESB van 25 november 2011.

<sup>16</sup> De premiedruk AWBZ (regel 3) is berekend als 12.15/31.15 deel van de totale premiedruk volksverzekeringen.

<sup>17</sup> Het CPB berekent voor een specifieke huishoudensituatie, namelijk twee verdieners met een modaal en 50% modaal inkomen een totale kostendeckende premiedruk van 23.5% in 2010, 29% in 2020 en 47% in 2040.

lectieve heffingen voor de zorg en in totaliteit. Regel 8 geeft aan het percentage van het bruto inkomen dat aan belastingen en premies wordt betaald. De verwachting is hoe hoger het inkomensdeciël, hoe hoger de lastendruk is. Maar uit de tabel 1.5 blijkt deze verwachting niet te kloppen.

**Voorbeeld 1 uit tabel 3.2**

Voor deciel 1+2 is de gemiddelde belastingdruk in procenten van het bruto inkomen in 2009 voor de inkomstenbelasting 1.5% en voor indirecte belastingen 23.3% (ESB, 2011). In totaal betaalt men 24.8% (1.5%+23.3%) aan belastingen. De totale belasting opbrengsten was €240 miljard en daarvan ging €12 miljard naar de zorg. Dit is 5%. Hieruit leiden we af dat decielen 1+2 1.2% (5% van 24.8%) heeft uitgeven aan de zorg via belastingen. Zie regel 5 in de tabel.

**Voorbeeld 2 uit tabel 3.2**

Regel 6 (optelsom van regel 3, 4 en 5) van tabel laat zien dat de lastendruk ter financiering van de Zvw en de AWBZ tamelijk proportioneel is verdeeld. Alleen de hoogste inkomens betalen een duidelijk lager percentage. Als men kijkt naar de totale collectieve lastendruk over de inkomensdecielen (regel 8), dan is sprake van progressie van de decielen 3 tot en met 7. Daarvoor en daarna is sprake van een degressief verloop van de collectieve lasten.

## 1.8 Eigen betalingen van de burger

Voor de curatieve zorg geldt in 2012 een eigen bijdrage van €220 en in 2013 is dit €350. In de intramurale langdurige zorg zijn de eigen betalingen per patiënt hoog. De lage inkomens houden net iets meer over dan zak- en kleedgeld. Hogere inkomens betalen een groot deel van hun bovenminimale inkomen. Ongeveer 90% van de intramurale cliënten heeft een inkomen beneden €25.000. De extramurale eigen bijdrage per patiënt is minder hoog dan intramuraal. Alleenstaanden rond het minimum loon betalen voor extramurale AWBZ-zorg nu maximaal €157 per jaar en paren €224 ongeacht de hoeveelheid zorg die ze afnemen. Personen met een hoog inkomen betalen een behoorlijke eigen bijdrage, maar deze beslaat slechts een beperkt deel van de kosten (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012). Internationaal gezien zijn de opbrengsten aan eigen betalingen in de curatieve zorg inmiddels in lijn met de andere landen. Maar tegelijkertijd is de maximale hoogte van eigen betalingen per patiënt in verhouding laag. In België geldt een maximum van €450 voor mensen die kwetsbaar zijn en een laag inkomen hebben. Voor de hogere inkomens is het maximum €1.800. In Finland geldt een maximum van €590 voor ambulante/klinische zorg en €630 voor geneesmiddelen. In Noorwegen en Spanje gelden maxima €537 en €500 (€1.000 per huishouden) per jaar (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

In de Thuiszorg en in de intramurale verpleging en verzorging zijn de zorguitgaven niet naar evenredigheid van de beperkingen verdeeld. Hoge inkomens ontvangen minder AWBZ-zorg dan lage- en middeninkomens nadat gecorrigeerd is voor de beperkingen in deze groep. Zie tabel 1.6 hieronder. Voor huishoudens met een laag inkomen zijn zo gezien de uitgaven per jaar €1.585 (laatste kolom €1244+€341) hoger dan voor middeninkomens. Het verschil met hoge inkomens bedraagt €2.073 (laatste kolom: €1244+€829). De oorzaak hiervan is een kleinere vraag van hoge en middeninkomens. Zij kopen vaker voor eigen rekening zorg (van betere kwaliteit) in.

**Tabel 1.6 Uitgaven Thuiszorg en intramurale V&V per 30% inkomensgroep, feitelijk en evenredig**

	Thuiszorg (2007)		Totaal	Intramurale V&V (2008)		Totaal	Totaal Thuiszorg en Intramurale V&V
	Feitelijk profijt	Evenredig profijt		Feitelijk profijt	Evenredig profijt		
Lagere inkomens	€2229	€1703	€2229- €1703=€526	€4426	€3708	€4426- €3708=€718	€526+€718=€1244
Middeninkomens	€835	€1035	€835- €1035= €-200	€1980	€2.121	€1980- €2121= €-141	€-200+€-141= €-341
Hogere inkomens	€267	€519	€267-€519= €-252	€372	€949	€372- €949=€-577	€-252+€-577= €-829

Bron: van der Torre, 2012.

### 1.9 Vergelijking van kosten en eigen betalingen

In de voorgaande paragrafen zijn uitgebreid zowel de kosten van de zorg als de eigen betalingen van de burger beschreven. In een onderzoek van het APE<sup>18</sup> zijn de kosten met de eigen betalingen vergeleken. Het onderzoek beantwoordt drie vragen over kosten en eigen betalingen. De eerste vraag is: wat is de verdeling van het zorggebruik over alle sectoren (Zvw en AWBZ)? Hoe verhoudt deze zich tot de verdeling van de eigen betalingen? Wat zijn de kenmerken van (verschillende) groepen met hoge dan wel lage zorgkosten in 2009? De conclusie uit het rapport is dat mannen en vrouwen ouder dan 80 jaar en/of mensen in institutionele huishoudens gemiddeld de hoogste eigen bijdragen hebben aan de Zvw en AWBZ samen. Zij hebben een gemiddelde eigen betaling variërend tussen €1.000 en ruim €5.000. Dit hangt samen met de eigen bijdrage voor zorg met verblijf in de AWBZ. Deze is hoog zodra mensen langdurige zorg gebruiken en geen thuiswonende partner hebben. Verzekerden met gemiddeld eigen betaling aan de Zvw en AWBZ tussen €500 en €1000 zijn arbeidsongeschik-

<sup>18</sup> Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE) is in 2000 opgericht door vier economen met grote ervaring op het gebied van openbaar bestuur, beleidsgericht onderzoek en de economie van de publieke sector.



ten, verzekerden met een psychische FKG<sup>19</sup>, een DKG<sup>20</sup> of meerjarige hoge kosten<sup>21</sup>. Het valt op dat de eigen betalingen op individuniveau behoorlijk kunnen verschillen van het groepsgemiddelde.

**Tabel 1.7 Gemiddelde kosten van twintig gelijke groepen verzekerden van 18 jaar en ouder, gerangschikt op basis van de totale kosten van de Zvw en de AWBZ in 2008**

Klas- se	Som totaal	Zkh	Overige prest	GGZ totaal	1 <sup>e</sup> lijn	2 <sup>e</sup> lijn	AWBZ totaal	intra	extra
1	47	0	47	0	0	0	0	0	0
2	63	0	63	0	0	0	0	0	0
3	73	0	72	0	0	0	0	0	0
4	91	1	89	0	0	0	0	0	0
5	115	2	113	0	0	0	0	0	0
6	149	5	145	0	0	0	0	0	0
7	196	16	181	1	1	0	0	0	0
8	260	33	227	3	2	1	0	0	0
9	345	70	274	6	3	2	0	0	0
10	449	135	314	10	6	4	0	0	0
11	566	199	367	20	12	9	0	0	0
12	717	271	446	32	18	13	1	0	1
13	920	370	550	44	15	29	1	0	1
14	1.194	507	687	66	13	53	3	0	3
15	1.594	736	859	92	11	81	7	1	6
16	2.106	1.087	1.019	197	10	187	20	1	19
17	2.959	1.550	1.408	261	10	252	80	4	76
18	4.475	2.611	1.864	391	9	381	207	18	189
19	7.941	5.369	2.571	698	8	691	1.669	254	1.416
20	12.014	8.363	3.650	2.968	4	2.964	26.544	20.828	5.717

Bron: APE, 2012.

Tabel 1.7 is ingedeeld naar zorgkosten<sup>22</sup>. Bijvoorbeeld: het zorggebruik (AWBZ, Zvw) in 2009 van de hele Nederlandse bevolking (18+) liep uiteen van gemiddeld €47<sup>23</sup> in de 5%-groep met het laagste zorggebruik tot €41.526<sup>24</sup> in de duurste 5%-groep. De duurste groep gebruikt 1000x zoveel als de

<sup>19</sup> FKG zijn farmaciekostengroepen gebaseerd op extramuraal medicijngebruik en vormt een benadering voor de aanwezigheid van chronische ziekten.

<sup>20</sup> DKG zijn diagnosekostengroepen gebaseerd op behandelingen in het ziekenhuis of door een medisch specialist.

<sup>21</sup> Meerjarig hoge kosten geven aan of verzekerden jaar op jaar kosten boven een bepaald maximum hebben.

<sup>22</sup> De klasse bestaan uit 20 halve decielen. In een halve deciel zitten ongeveer 800.000 mensen.

<sup>23</sup> klasse 1 een optelsom van de grijze kolommen: 47+0+0=47

<sup>24</sup> klasse 20 een optelsom van de grijze kolommen:

12014+2968+26544=41526.

goedkoopste groep. Dit zegt iets over de scheefheid van de verdeling van de zorg over mensen. De grootste verschillen zitten in het beroep op AWBZ-zorg (vooral intramuraal) en in de ziekenhuiszorg. De theoretische marktconforme Zvw-premie per inkomensdeciël (van der Torre, 2012) ligt voor huishoudens in het derde deciel €1.700 per jaar hoger dan voor huishoudens in de decielen 9 en 10. De overige groepen zitten daar tussen in. De tweede vraag van het rapport is: wat is de verdeling van het zorggebruik in de Zvw en hoe ziet deze verdeling eruit voor de afzonderlijke delen van de Zvw? Hoe heeft de verdeling van het zorggebruik zich de afgelopen jaren ontwikkeld? Hoe verhoudt deze zich tot de verdeling van de eigen betalingen? De conclusie uit het rapport is: in de periode 2006-2008 zijn de kosten van de somatische Zvw per zorggebruiker met gemiddeld 3% per jaar gestegen en per verzekerde met 4% per jaar. Deze stijgingen komen vrijwel geheel voor rekening van de overige prestaties. Het aantal zorggebruikers stijgt sneller dan het aantal verzekerden. Vooral verzekerden met ongunstige risico's (DKG, bijstandsontvangers, arbeidsongeschikten, verzekerden met een lage sociaaleconomische status en verzekerden in institutionele huishoudens) hebben sterk stijgende kosten van overige prestaties in de periode 2006-2008. Dat is bij de kosten van ziekenhuiszorg veel minder het geval. Bij de 18-ers en de zelfstandigen is er ook sprake van een sterke stijging van de kosten van de overige prestaties.

Uit tabel 1.8 valt de groei van lichte zorg op. Bij mensen met een FKG en DKG is de groei 1% en zonder FKG en DKG is het 4%. Doordat overal de stijging van de kosten per verzekerde vooral bij de lichtere gevallen met relatief lage zorgkosten plaatsvindt, is de verdeling van de zorgkosten over de verzekerden tussen 2006 en 2008 gelijkmatiger geworden. Tot 2006 waren er particulier verzekerden die bijvoorbeeld een bezoek aan huisarts zelf moesten betalen. Vanaf 2006 hoefden zij hetzelfde bezoek niet meer zelf te betalen. Een logisch gevolg hiervan is dat zij vaker naar de huisarts gaan. Dit laat zien dat de vraag naar zorg prijsgevoelig is.

**Tabel 1.8 Gemiddelde kosten per gebruiker in de somatische Zvw naar farmaciekostengroep, 2006-2008**

	2006 (€)	2007 (€)	2008 (€)	Jaarlijkse mutatie 2006-2008 (%)
<b>Totale kosten</b>				
Geen FKG	1.076	1.092	1.149	3
Wel FKG	4.524	4.583	4.627	1
Totaal	1.694	1.745	1.780	3
<b>Ziekenhuiszorg</b>				
Geen FKG	1.352	1.338	1.394	2
Wel FKG	3.129	3.036	3.003	-2
Totaal	1.808	1.790	1.811	0
<b>Overige prestaties</b>				
Geen FKG	348	362	381	5
Wel FKG	1.844	1.949	1.994	4
Totaal	621	663	676	4

Bron APE, 2012.

De laatste vraag van het rapport is: wat is de jaar op jaar variatie van het zorggebruik in de Zvw? Welke groepen verzekerden hebben structureel meer kosten dan groepen verzekerden? Wat zijn de kenmerken van die groepen verzekerden? Welke verzekerden hebben van jaar op jaar hoge kosten? De conclusie uit het rapport is: het zijn vooral de ouderen, arbeidsongeschikten, personen in institutionele huishoudens, verzekerden met een FKG en DKG die jaar op jaar in de periode 2006-2009 in de top 4% van de kosten van de somatische zorg zitten. Voor de GGZ zijn het vooral vrouwen in de leeftijd 18-64 jaar, arbeidsongeschikten, bijstandsonvangers, verzekerden in institutionele huishoudens en verzekerden met een FKG.

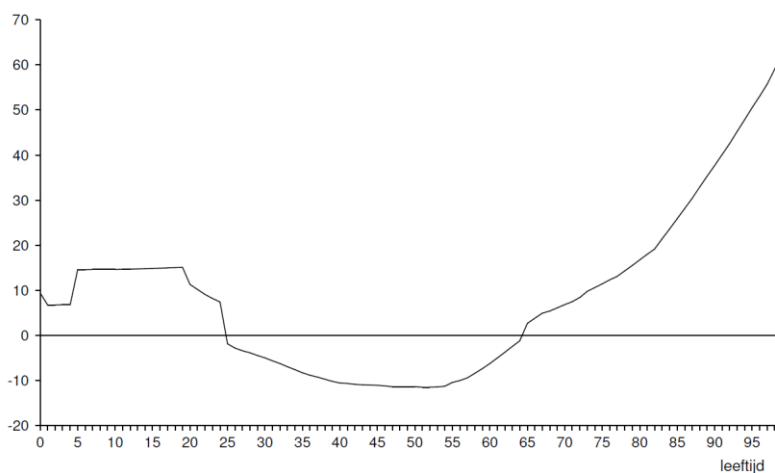
### 1.10 Bij wie komen de overheidsuitgaven terecht?

Het netto profijt<sup>25</sup> is positief voor jonge mensen, die nog weinig of geen belasting betalen maar wel profiteren van kinderopvang en onderwijs. Ook op oude leeftijd ontvangen burgers meer dan zij betalen aan de overheid. Gedurende het werkende

<sup>25</sup> Bij het netto profijt wordt gekeken naar de totale inkomsten en uitgaven van de overheid. Inkomsten verkrijgt de overheid door bijvoorbeeld inkomstenbelasting, sociale premies, aardgasbaten, overige inkomsten, vennootschapsbelasting, dividendbelasting, indirecte belasting. Uitgaven van de overheid zijn bijvoorbeeld uitkeringen, subsidies, collectieve uitgaven van de gezondheidszorg en onderwijs. Het netto profijt betekent dat burgers meer ontvangen van de overheid dan dat zij betalen aan de overheid. Het is niet altijd in geld uit te drukken, maar ook in natura zoals bij zorg en onderwijs.

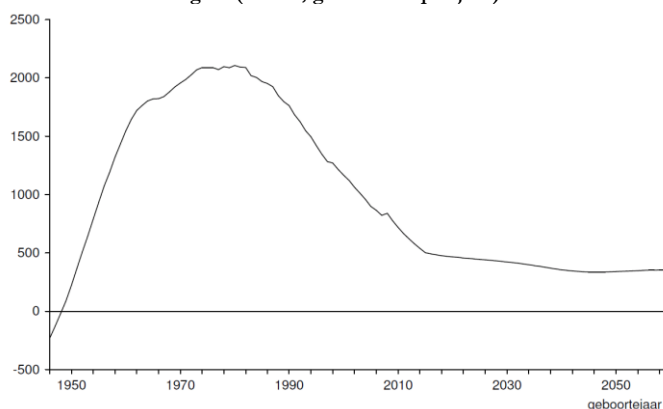
leven is het netto profijt negatief: op deze leeftijden betaalt men meer aan de overheid dan men ontvangt (CPB, 2010). Grafiek 1.5 geeft deze ontwikkeling weer. Wanneer het profijt over de levensloop wordt gezien blijkt dat bijna alle generaties een positief netto profijt hebben. Zie ook grafiek 1.6. Dit is te danken aan de aardgasopbrengsten en aan de generaties die voor de oorlog zijn geboren. Ze bouwden de economie op en hebben de grote naoorlogse schuld afgelost. Verder lijkt het er op dat de huidige dertigers en veertigers het grootste voordeel hebben gezien de totale levensduur. Maar het netto profijt van de babyboomers is lager vanwege de relatief magere jaren vijftig en zestig waarin de welvaartstaat is opgebouwd (CPB, 2010). Jongere cohorten hebben weer minder profijt als gevolg van de bezuinigingsmaatregelen die nodig zijn om de overheidsfinanciën houdbaar te maken (CPB, 2011).

**Grafiek 1.5 Gemiddeld jaarlijks profijt van de overheid naar leeftijd 2010 (1000 euro)**



Bron: CPB, 2010.

**Grafiek 1.6 Netto profijt overheid positief voor alle generaties, het meest voor dertigers en veertigers (euro's, gemiddeld per jaar)**



Bron: CPB, 2010.

Tot slot, als er gekeken wordt naar de totale uitgaven van de zorg blijkt uit het onderzoek van het SCP dat circa twee derde van de uitgaven voor intramurale verzorging en verpleging in 2007, ongeveer €7 miljard, terecht gekomen is bij de laagste 30% inkomens en bijna 95% bij de laagste 60% huishoudens (SCP, 2011). Er wordt relatief meer aan overheidsuitgaven besteed aan de lage inkomens. Tweederde van de overheidsuitgaven voor thuiszorg en ondersteuning van gehandicapten komt terecht bij de lage inkomensinkomensgroep. Van de zorgverzekering en de zorgtoeslag (inkomenssolidariteit) komt voor 64% bij de laagste 40% inkomens terecht (SCP, 2011).

### 1.11 Gevolgen van de risicoverevening

In de ex ante risicoverevening van de Zvw wordt €8 miljard<sup>26</sup> over verzekeraars verdeeld voor de zorguitgaven voor dure aandoeningen (APE, 2012). Dankzij deze verdeling kunnen ongeveer 3 miljoen mensen zonder problemen een zorgverzekering afsluiten. Zij zijn ervan verzekerd dat hun verzekeraar over de middelen beschikt om de noodzakelijke zorg te kunnen inkopen. Meer in algemene zin wordt met de risicoverevening €35 miljard aan Zvw-middelen dusdanig over verzekeraars verdeeld dat een level playing field ontstaat. Verschillen in het ziekterisico van de verzekerdenpopulatie (caseload) worden gecompenseerd (Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening, 2012). Naast de dure aandoeningen wordt ook reke-

<sup>26</sup> Periode 2006-2008

ning gehouden met leeftijd, geslacht en sociaaleconomische positie van de verzekerden. De verevening bestaat uit een ex ante en een ex post component. De ex post component leidde tot een correctie op de ex ante verevening op basis van feitelijke zorguitgaven in het betreffende jaar. De ex post compensaties zullen stapsgewijs verder afgebouwd worden. Door deze ontwikkeling zijn verzekeraars meer risico gaan dragen en is het belang van de ex ante verevening toegenomen. Hierdoor is er een kans dat zorgverzekeraars overgaan tot risicoselectie voor groepen chronisch zieken. Door bijvoorbeeld onvoldoende zorg in te kopen en de overstap naar andere verzekeraars te bevorderen als de zorgvraag toeneemt. Er zijn twee manieren om die voorspelbaarheid tegen te gaan. Ten eerste het inbouwen van onzekerheid in de financiële uitkomsten van de verevening voor de verzekeraar. Ten tweede het werken aan een verdere fijnmazigheid van de vergoedingen bij dure aandoeeningen (van de Ven, 2012).

### 1.12 Solidariteit in de sociale zekerheid

In de jaren 80 kwam het urgentiebesef dat de kosten voor de sociale zekerheid onhoudbaar waren geworden. De politiek voerde een aantal hervormingen door: toewerken naar een gerichte inzet van de regelingen, terugdringen van oneigenlijke gebruik, omslag van compensatie van sociale risico's naar activering (kijken naar de arbeidsgeschiktheid van de persoon). Verder zijn de regelingen versoberd. De belangrijke arrangementen van de sociale zekerheid bestaat uit: Werkloosheidwet (WW), arbeidsongeschiktheid (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en Wet op de arbeidsongeschiktheidverzekering (WAO)), Algemene Ouderdomswet (AOW), Algemene Kinderbijslagwet en de bijstand. Hieronder wordt de herverdeling beschreven tussen inkomensgroepen en leeftijdsgroepen per wet. Voor meer gedetailleerde informatie per wet, zie bijlage 1 (SZW, 2011).

#### *Herverdeling tussen inkomensgroepen*

Het stelsel van sociale zekerheid veroorzaakt een omvangrijke herverdeling. Sociale premies en inkomstenbelasting worden vooral door de hogere inkomens opgebracht waar lagere inkomens relatief veel van profiteren. De bijstand en AOW hebben een grote herverdeling van hogere naar lagere inkomensgroepen. Bij de WW, kinderbijslag en arbeidsongeschikten regelingen is de herverdeling minder groot en lijkt een verschuiving naar de middengroepen te zijn. Bij de WW en de

WAO/WIA is er een kleine herverdeling omdat er sprake is van tweezijdige solidariteit (het eigenbelang is hierbij een belangrijke pijler) (SZW, 2011).

#### *Herverdeling tussen leeftijdsgroepen*

De AOW laat de grootste herverdeling zien. Vooral van de middengroep (qua leeftijd) naar de ouderen. De middengroep levert de grootste premiebijdrage. De WW en WAO/WIA leiden ook tot inkomensoverdrachten van jong naar oud, vooral richting de groep tussen 55 en 65 jaar. Kinderbijslag en bijstand laten het tegenovergestelde zien. Daar zijn het de 50+ richting de 30 tot 50 jarigen. De bijstand leidt tot een herverdeling van 40+ naar 40-. Omdat de AOW de grootste post is binnen de sociale zekerheid qua geld, leidt het stelsel vooral tot een herverdeling van de middelste leeftijdsgroepen naar ouderen (SZW, 2011).

### 1.13 Toekomstscenario's

Het CPB heeft acht omgevingsscenario's uitgewerkt om een beeld te geven voor de toekomstige ontwikkelingen van de zorguitgaven. Zie bijlage 2 voor de beschrijving van de acht scenario's. Binnen elk scenario zullen de zorgkosten in de komende decennia enorm stijgen. Afhankelijk van het scenario zullen de uitgaven van zorg als percentage van het BBP volgens het CPB oplopen van 19% tot wel 31%. Het scenario met een verhoogde levensverwachting (scenario 5) leidt tot de hoogste kosten. Door de hogere levensverwachting verwacht men dat dit leidt tot meer en duurder zorg. Maar ook als de levensverwachting stabiliseert op het niveau van 2010 (scenario 4), zullen door de demografische factoren de zorgkosten nog oplopen tot ruim 20% BBP. De laagste kosten zijn te verwachten als men slaagt om de prijs van zorg te beperken door een prijsbeleid en/of verhoging van de arbeidsproductiviteit in de langdurige zorg (scenario 2). Met een beperking van de prijsstijging in de zorg tot de BBP-inflatie komen de zorgkosten als fractie van BBP in 2040 uit op bijna 20% van ons BBP. Tegen de achtergrond van een BBP-groei van gemiddeld 3.5% per jaar, is de groei van de zorguitgaven beduidend hoger. In tabel 1.9 zijn de gevolgen van de scenario's samengevat in vier scenario's in levensverwachting, zorguitgaven, kosten-dekkende premies en werkgelegenheid in personen tussen 2010 en 2040 (CPB, 2011).

Wat zijn de gevolgen van het bovenstaande voor de belasting- en premiedruk van de burger? Het aandeel van het bruto jaarsalaris dat aan de financiering van de zorg wordt afgedragen is ongeveer 23% tot bijna 50% afhankelijk van het scenario. Maar zelfs bij het terugdringen van de zorgkosten zal de oplopende vergrijzing leiden tot een lastendruk van meer dan 30% (scenario 2). In lijn met de oplopende kosten voor langdurige zorg loopt de (inkomensafhankelijke) premieheffing voor de AWBZ het meeste op in de periode tot 2040. Van ruim 10% van het bruto salaris als kostendeekkende premie in 2010 gaan we ongeveer naar 20% in 2040. De conclusie is dat ongeacht het scenario de zorguitgaven blijven stijgen als fractie van het BBP (CPB, 2011).

**Tabel 1.9 Zorg en levensverwachting in vier omgevingsscenario's**

	2010	2040			
		Trendmatig	Lagere kosten	Minder gezond	Betere zorg
<b>Levensverwachting bij geboorte (jaren)</b>					
Mannen	78,8	83	83	79	88
Vrouwen	82,7	86	86	83	90
<b>Zorguitgaven (% bbp)</b>					
Totale uitgaven	13,2	22	19	21	31
vv. curatieve zorg	8,7	13	11	12	21
vv. langdurige zorg	4,1	9	7	8	9
vv. collectieve financiering	10,9	18	16	17	25
<b>Kostendeekkende premies (% bruto gezinsinkomen)<sup>1</sup></b>					
Tweeverdiener (modaal inkomen)	23,5	36	31	34	47
<b>Werkgelegenheid in personen (% totale werkgelegenheid)</b>					
Totaal zorg	12,8	22	20	20	29

<sup>1</sup> Kostendeekkende belastingen en premies (% bruto gezinsinkomen), voor een tweeverdiener met anderhalf keer modaal inkomen.

Bron: CPB, 2011.

De voorspelling van het RIVM is dat de totale zorguitgaven groeien met 1.1% per jaar op basis van demografische ontwikkelingen in de periode van 2007-2030. Dit geldt ook voor de ziekenhuisuitgaven en geneeshulpmiddelen. De ouderenzorg groeit het snelst met gemiddeld 2.5% volumegroei per jaar. De totale zorguitgaven groei neemt gemiddeld met 3.4% per jaar toe. Dit komt mede door de toenemende welvaart van ons land. De verwachting is dat de ouderen langer gezond zullen blijven maar met functionele beperkingen. De zorgvraag verandert en daalt en er ontstaat een ander gebruik van informele en particuliere zorg. Gezien deze factoren stijgt de volume 1.5% per jaar in de sectoren verpleging en verzorging voor de periode 2005-2030. Ziekenhuispatiënten stijgen jaarlijks met 4.7% volume per jaar tot 2030 (RIVM, 2010).



Na 2040 is de piek van vergrijzing voorbij. De bevolking gaat krimpen en de ziekenhuiskosten zullen dalen. Door de verwachte hogere levensverwachting vallen de vergrijzingskosten in de ziekenhuiszorg lager uit. Het zijn vooral de kosten van ouderenzorg die veel sterker zullen oplopen. Aan de andere kant is de verwachting dat de uitgaven voor de ouderenzorg minder hard zullen stijgen. Mensen met een partner gebruiken betrekkelijk veel minder zorg dan alleenstaanden. Dit geldt voor de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuis (er zijn minder opnames). Omdat de komende decennia de levensverwachting van mannen stijgt, zullen er minder alleenstaande vrouwen zijn. Daarom is de verwachting dat er in de periode tot 2020 minder een beroep wordt gedaan op de thuiszorg, verpleeghuis en verzorgingshuis (RIVM, 2008).

#### 1.14 Samenvatting en conclusie

Voor de curatieve sector zijn het de werkgevers, uitkeringsinstanties en burgers die het meest betalen. Voor de langdurige zorg betalen de burgers de meeste premie. De grootste uitgavenpost zit in ziekenhuizen, specialistenpraktijken en ouderenzorg. De kosten van ziekten als gevolg van roken vormen 3.8% van de totale zorgkosten en van overgewicht is dit 2.2%. Aan de ouderenzorg wordt 18% van de uitgaven besteed. Hoe ouder men wordt, hoe minder de resterende levensverwachting is en hoe minder de goed ervaren gezondheid is. Vanaf de leeftijd van 74 jaar stijgen de kosten voor de langdurige zorg. Omdat ouderen meer gebruik maken van de verpleging en verzorging. Ook de uitgaven van de curatieve zorg stijgen, maar dalen na ongeveer 80 jaar. De vergrijzing neemt 25% van de stijgende kosten voor zijn rekening. Wanneer iedereen een gezonde leefstijl heeft, blijven de kosten stijgen door de langere levensverwachting. De extra levensjaren leiden tot meer zorggebruik waardoor de kosten stijgen.

De eigen bijdrage voor de curatieve sector is €350. Mannen en vrouwen ouder dan 80 jaar en/of mensen in institutionele huishoudens hebben gemiddeld de hoogste eigen bijdrage (€1.000-€5.000) aan de Zvw en AWBZ samen. Het gebruik van lichte zorg neemt toe. De ouderen, arbeidsongeschikten, personen in institutionele huishoudens, verzekerden met een FKG en DKG hebben de hoogste kosten van de somatische zorg. Voor de GGZ zijn het vooral vrouwen in de leeftijd 18-64 jaar, arbeidsongeschikten, bijstandsonvangers, verzekerden in institutionele huishoudens en verzekerden met een FKG.

Internationaal gezien zijn in alle OESO-landen de zorguitgaven gestegen, ongeacht het soort zorgstelsel. In Nederland is de uitgavengroei naar verhouding hoog zowel in de AWBZ als in de ZVW. Nederland scoort ruim boven het gemiddelde qua totale gezondheidsuitgaven, qua gezondheid uitgaven per hoofd van de bevolking en qua financiering uit collectieve middelen. De opbrengst aan eigen betalingen in de curatieve zorg is inmiddels in lijn met de andere landen. Maar tegelijkertijd is de maximale hoogte van eigen betalingen per patiënt in verhouding laag. De overheidsuitgaven komen terecht bij jongeren die gebruik maken van de kinderopvang en onderwijs, bij ouderen omdat zij gebruik van de collectieve voorzieningen van de gezondheidszorg en AOW en bij lager opgeleiden. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de meeste generaties netto profijt hebben gehad (ze hebben meer van de overheid ontvangen dan betaald). Dit is ook de verwachting voor de toekomst. Maar in de toekomst vervallen de aardgasbaten. Dan is er geen netto profijt meer. Hierdoor wordt de beroep op solidariteit groter. Het belang van de ex ante verevening is toegenomen doordat de ex post compensaties stapsgewijs worden afgebouwd. Hierdoor dragen zorgverzekeraars meer risico en is de kans op risicoselectie toegenomen.

In het stelsel van sociale zekerheid heeft de AOW de grootste post binnen de sociale zekerheid qua geld. De herverdeling is vooral van de middelste leeftijdsgroepen naar de ouderen. De conclusie van de verschillende toekomstscenario's is dat de ontwikkeling in de zorg harder groeit dan het nationaal inkomen. Met het groeitempo van 2001-2015 zullen tweeverdieners met een verzamelinkomen van anderhalf keer modaal ongeveer de helft van het inkomen betalen aan zorgpremies in 2040. Dit is op langer termijn niet houdbaar (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012). Bovendien stijgen de kosten sneller door de dubbele vergrijzing. Maar men verwacht dat het beroep op thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen minder wordt. Doordat mannen langer zullen leven, kunnen zij ook mantelzorg verlenen aan hun partner. Daarnaast blijven de kosten in de curatieve sector stijgen.

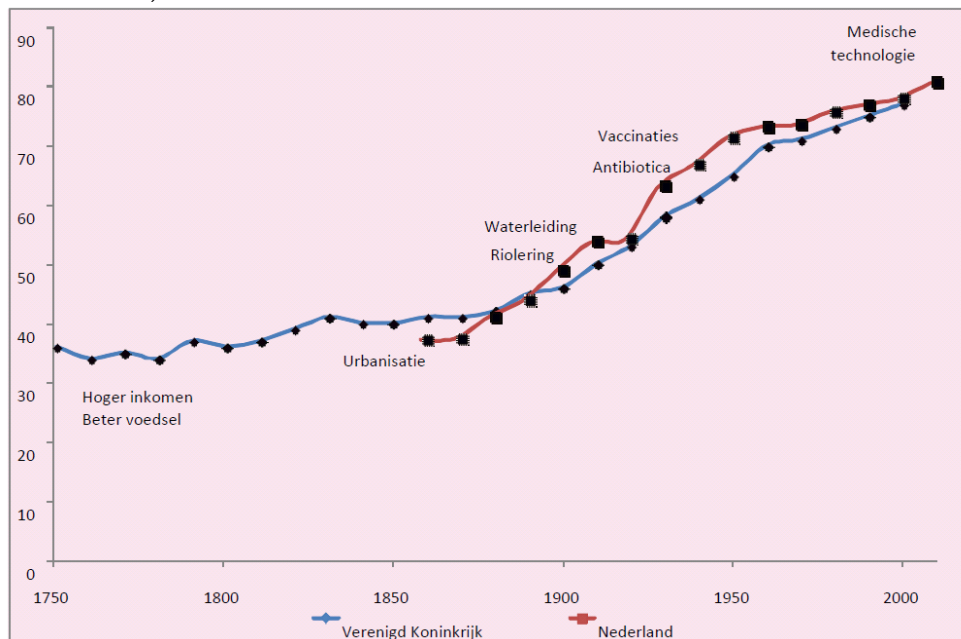
## 2 Demografische ontwikkeling

In dit hoofdstuk worden een aantal relevante demografische ontwikkelingen besproken die effect hebben op de gezondheidszorg. Daarnaast worden cijfers over de gezondheid van 65-jarigen en OESO-gegevens over roken en obesitas gepresenteerd. Tot slot is er aandacht voor de gezondheid van de lage ses.

### 2.1 Levensverwachting stijgt

De levensverwachting is gestegen door verschillende interventies tijdens verschillende perioden, zie hiervoor de onderstaande grafiek 2.1. In de laatste periode leven mensen vooral langer door de ontwikkeling van de medische technologie. Voorbeelden hiervan zijn dotteren, bypass operaties, pacemaker en nieuwe medicatie voor hart- en vaatziekten. Hierdoor overlijden mensen minder vaak aan hart- en vaatziekten en wordt het behandeld als een chronische aandoening.

Grafiek 2.1 Levensverwachting in Verenigd Koninkrijk (1750-2000) en Nederland (1860-2000)



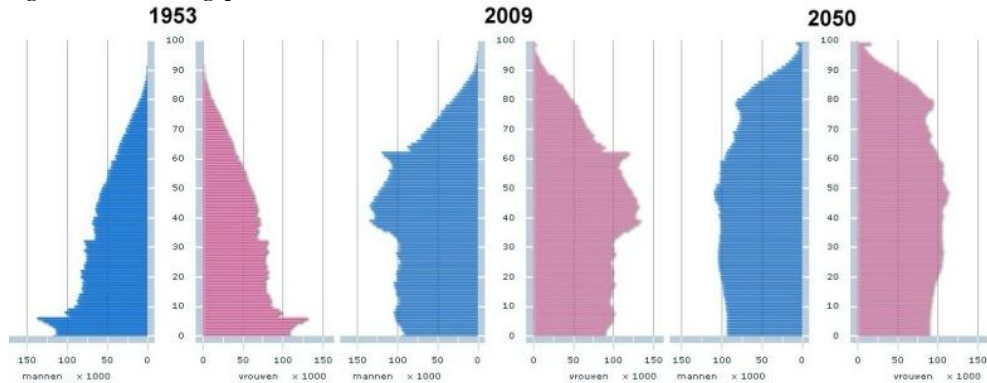
Bron: CPB, 2011.

In 2010 was de levensverwachting bij de geboorte in Nederland 80.8 jaar. Internationaal gezien is dit één jaar meer dan het gemiddelde van de OESO van 79.8 jaar. Een aantal landen zoals Japan, Zwitserland, Spanje en Italië hebben een hogere levensverwachting variërend tussen 82 en 83 jaar.

## 2.2 Bevolkingssamenstelling verandert

De bevolkingssamenstelling is sterk veranderd in de loop der jaren, zie figuur 2.1. In het eerste figuur (1953) is de komst van de babyboom duidelijk te zien (helemaal onderaan). In 2009 zijn de babyboomers ongeveer 60 jaar. En in 2050 verdwijnt de piek van de babyboom.

Figuur 2.1 Bevolkingspiramides 1953, 2009 en 2050



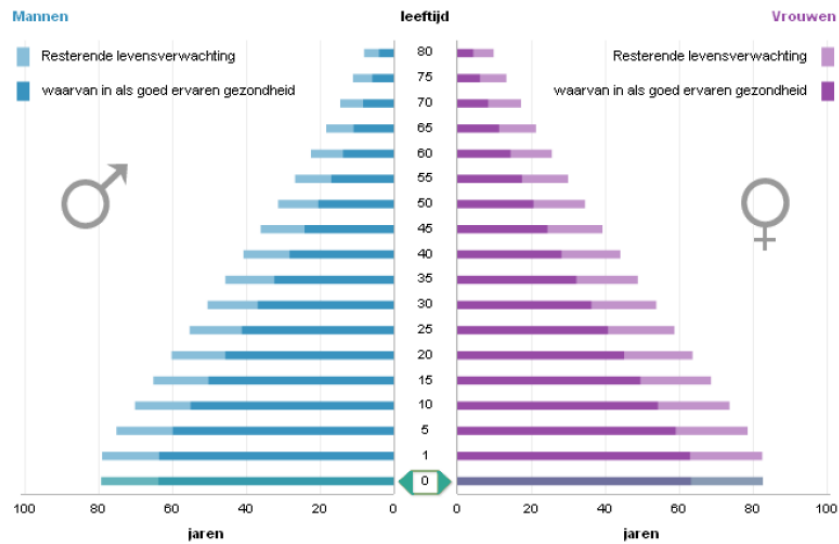
Bron: CBS, 2012.

Opvallend is dat de piramidevorm (meer jongeren dan ouderen) in de toekomst verdwijnt. De vorm van bevolkingssamenstelling verandert zich naar een gelijkmatige verdeling. De oorzaak hiervan is het gedaalde kindertal. Dit geeft een blijvende ontgroening van de bevolking, terwijl de babyboom van tijdelijke aard is in de demografische ontwikkeling. Door de ontgroening krimpt het aandeel van de beroepsbevolking. En door de babyboomers stijgt het aandeel gepensioneerden (CPB, 2010). Hierdoor betalen jongeren per persoon een steeds groter deel van de zorguitgaven van ouderen (rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

In figuur 2.2 op de volgende pagina is per leeftijdsklasse te zien wat de resterende levensverwachting is, de resterende levensverwachting in goed ervaren gezondheid voor mannen

en vrouwen. Hoe ouder men wordt, hoe minder de resterende levensverwachting is en hoe minder de goed ervaren gezondheid is.

**Figuur 2.2** Gezonde levensverwachting van mannen en vrouwen gebaseerd op cijfers van 2011

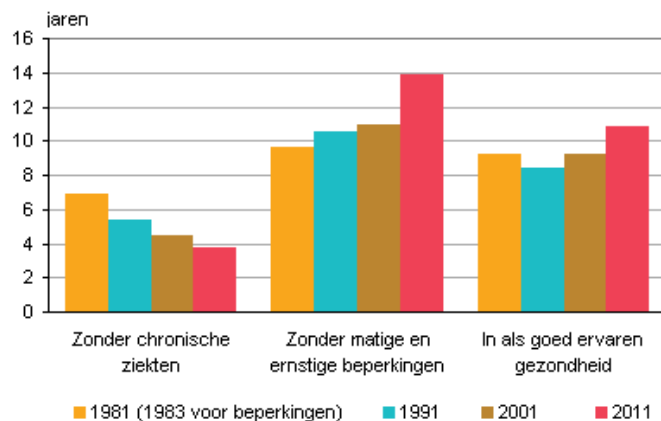


Bron: CBS, 2012.

### 2.3 Gezondheid van 65-jarigen mannen en vrouwen

Van de 18.3 jaren die een 65-jarige man gemiddeld nog te leven heeft, zullen er bijna 11 jaren als goed ervaren gezondheid zijn en bijna 14 jaren zonder lichamelijke beperkingen. Het aantal jaren zonder beperkingen is toegenomen met 4.3 jaar. Dit is iets meer toegenomen dan zijn totale levensverwachting. Helaas zal hij wel meer jaren doorbrengen met chronische ziekten. Dat aantal was voor een 65-jarige man in 1981 6.9 jaar en in 2011 nog maar 3.8 jaar. Het kan bijvoorbeeld gaan om gewrichtsslijtage, suikerziekte, migraine of hartaandoeningen (CBS, 2012).

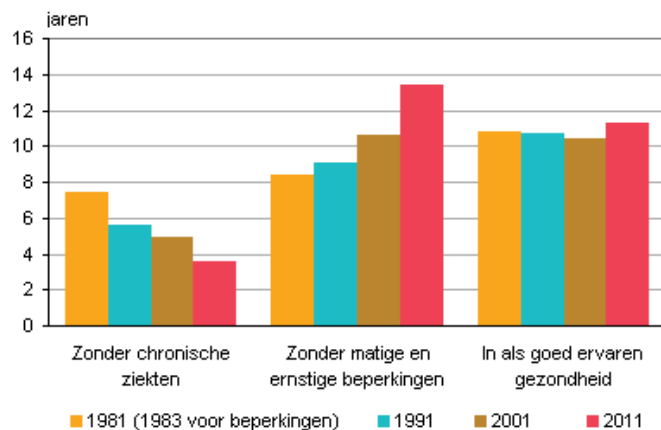
**Figuur 2.3 Gezonde levensverwachting 65 jarige man**



Bron: CBS

Van de 21.3 resterende levensjaren brengt een 65-jarige vrouw 13.4 jaren door zonder lichamelijke beperkingen. Dit is een toename van 5 jaar. Ook hier is dit hoger dan de toename van de totale levensverwachting en zal ze meer jaren doorbrengen met chronische ziekten dan dertig jaar geleden. Wel nam dit af van 7.4 jaar naar 3.6 jaar. Het verwachte aantal jaren als goed ervaren gezondheid is bij vrouwen ongeveer gelijk gebleven (CBS, 2012)

**Figuur 2.4 Gezonde levensverwachting 65-jarige vrouw**



Bron: CBS

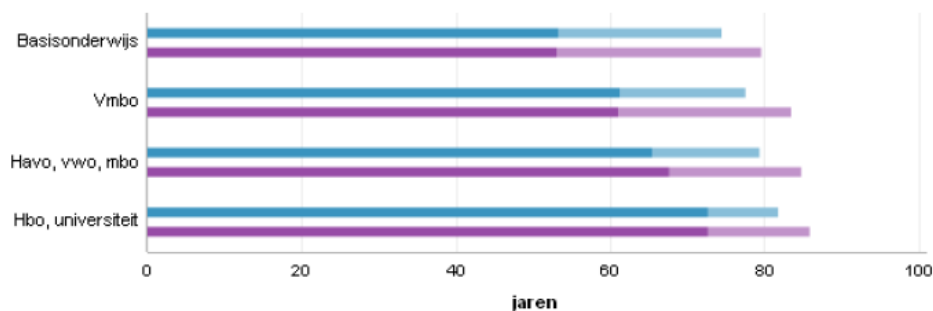
## 2.4 Leefstijl: roken en obesitas

In Nederland is het aantal rokers onder volwassenen gedaald van 43% in 1980 tot 21% in 2010. Internationaal gezien is het rookvrije percentage onder volwassenen is nu gelijk aan de OESO-gemiddelde. Maar het is nog steeds relatief hoog in vergelijking met landen als Zweden, IJsland, de Verenigde Staten en Australië (allemaal op 15% of minder). Obesitas is in alle OESO-landen gestegen. In Nederland was het percentage van obesitas onder volwassenen op basis van zelfrapportage 11,4% in 2010. Terwijl dit in 1990 nog 6,0% was. Ondanks de stijging is de Nederlandse percentage veel lager vergeleken met de VS (28,1%) en het gemiddelde van de OESO-landen (15,0%).

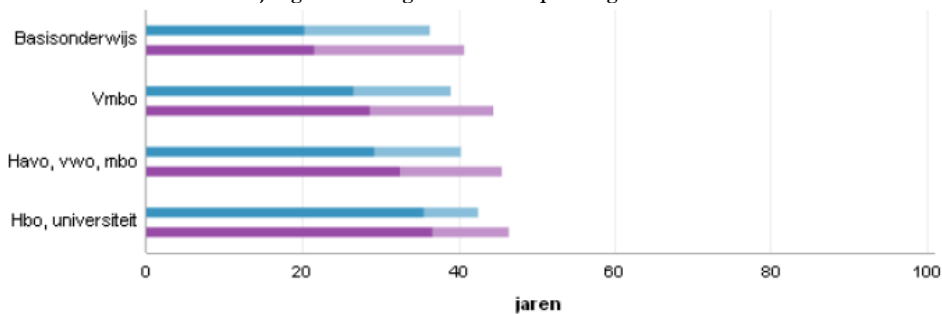
## 2.5 Sociaaleconomische status en gezondheid

In de grafieken hieronder staan gegevens over de resterende levensverwachting waarvan in goed ervaren gezondheid voor mannen en vrouwen naar opleidingsniveau van de leeftijden 0, 40 en 60 jaar.

Grafiek 2.2 Gemiddelde 0-jarige naar hoogst behaalde opleiding in huishouden



Grafiek 2.3 Gemiddelde 40-jarige naar hoogst behaalde opleiding in huishouden



Grafiek 2.4 Gemiddelde 60-jarige naar hoogst behaalde opleiding in huishouden



Bron CBS, 2012.

Mensen met een lage ses overlijden eerder (zie tabel 2.1), roken meer (zie tabel 2.2), hebben meer overgewicht (zie tabel 2.3 en 2.4), hebben meer gezondheidsklachten, krijgen eerder beperkingen en chronische ziekten dan mensen die hoger opgeleid zijn. Bij geboorte kunnen hoogopgeleide mannen en vrouwen verwachten 14.3 en 15.3 jaar langer te leven zonder beperkingen dan laagopgeleiden. Bij geboorte kunnen hoogopgeleide mannen en vrouwen verwachten 9.4 en 8.8 jaar langer te leven zonder chronische ziekten dan laagopgeleiden (RIVM, 2010).



**Tabel 2.1 Levensverwachting 2005-2008**

Sociaaleconomische status	Man	Vrouw
Hoge SES	81.4	85.3
Lage SES	74.1	78.9

Bron: RIVM, 2010.

**Tabel 2.2 Roken 2010**

Sociaaleconomische status	Man	Vrouw
Hoge SES	22%	18%
Lage SES	34%	33%

Bron: RIVM, 2011.

**Tabel 2.3 Overgewicht 2009-2010**

Sociaaleconomische status	
Hoge SES	33%
Lage SES	54%

Bron RIVM, 2012.

**Tabel 2.4 Ernstig overgewicht 2009-2010**

Sociaaleconomische status	
Hoge SES	6.5%
Lage SES	18.4%

Bron: RIVM, 2012.

Op vrijwel alle leefstijlfactoren scoren mensen met een lagere opleiding slechter dan hoger opgeleiden. Ongezond gedrag staat zelden op zichzelf. Mensen die roken houden er dikwijls ook andere ongezonde gewoonten op na. Vaak is er een duidelijke relatie met de sociale omgeving, de leefwereld van mensen en de fysieke omgeving waarin mensen wonen en werken (Polder, 2012).

Tussen ses-groepen zijn er geen grote verschillen in zorggebruik, geen verschil in huisartscontact, in ziekenhuisopname, in gebruik van medisch specialistische zorg nadat gecorrigeerd is voor gezondheid. Wel bezoeken personen met een lage ses vaker de huisarts en minder vaak een specialist. Ze maken minder gebruik van sommige preventieve voorzieningen zoals de bezoek aan de tandarts (dit is niet opgenomen in het basispakket). En bij preventieve maatregelen zoals op het gebied van roken zijn ze moeilijk bereikbaar (RIVM, 2010).

## 2.6 Samenvatting en conclusie

Er zijn twee belangrijke demografische ontwikkelingen voor de zorg. Ten eerste de levensverwachting is gestegen met name door de medische technologie. Ten tweede dat de bevolkings-samenstelling is veranderd (babyboomers, mensen worden steeds ouder en de blijvende ontgroening). Hoe ouder men wordt, hoe minder de resterende levensverwachting is, hoe minder de goed ervaren gezondheid is en hoe meer jaren door gebracht worden met chronische ziekten. Internationaal gezien is de levensverwachting net iets hoger dan het gemiddelde. Het rookvrije percentage onder volwassenen is nu gelijk aan de OESO-gemiddelde. Voor obesitas scoort Nederland weer lager dan het gemiddelde. Mensen uit een lage ses zijn minder gezond. Het zorggebruik komt overeen met de gezondheidsproblemen die ze ervaren. Het verschil in gezondheid tussen de hoge en lage ses is in de afgelopen jaren niet minder geworden. In het signalement Houdbare Solidariteit (RVZ, 2005) werd al opgemerkt dat de toename van de hoeveelheid (risico)solidariteit niet heeft geleid tot meer egalitaire gezondheidsuitkomsten tussen de hoge en lage inkomens. Anno 2012 is de situatie niet verbeterd.

### 3 Ontwikkeling van ziekten

In dit hoofdstuk worden gegevens beschreven over 65-jarigen, welke ziekten zij hebben en wat dit betekent voor hun werk. Verder wordt informatie gegeven over de invloed van technologie op behandelingen en tot slot wordt een overzicht gegeven van welke soort ziekten er zullen toenemen in de toekomst.

#### 3.1 Cijfers over 65 jarigen gerelateerd aan gezondheid en arbeid

In verschillende onderzoeken wordt verondersteld dat mensen in langere goede gezondheid ouder worden of met beperkingen. Zij zijn in staat zijn om langer door te werken? Welke ziekten hebben mensen van 65 jaar? Hoeveel mensen zijn op die leeftijd al arbeidsongeschikt of hebben een verminderde arbeidsproductiviteit of een hoger ziekteverzuim. Hoeveel mensen van die leeftijd kunnen echt langer doorwerken dat het baten oplevert voor de economie? Om deze vragen te beantwoorden is het noodzakelijk om te weten wat het effect van ziekten is op arbeidsproductiviteit, arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. Het RIVM verrichtte in 2008 een literatuurstudie naar leefstijl en arbeidsverzuim. Daaruit bleek dat er nauwelijks onderzoek is uitgevoerd in Nederland. Wel is het bekend dat de verzuimduur toeneemt met de leeftijd (RIVM, 2007). In een deelrapport van het VTV, 2010 zijn er gegevens beschikbaar van bepaalde ziekte op arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim (zie bijlage 3). Maar deze zijn niet gerelateerd aan leeftijd. Omdat de exacte cijfers over arbeidsongeschiktheid, arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim ontbreken, is het nog onduidelijk welke baten het verhogen van het AOW-leeftijd precies opbrengt. Naar dit onderwerp is meer onderzoek nodig.

Hieronder zijn enkele cijfers over multimorbiditeit, psychische klachten, TIA<sup>27</sup>, beroerte en gezonde levensverwachting van 65-jarigen beschreven. Deze gegevens laten duidelijk zien dat ouderdom met gebreken komt, maar het effect hiervan op het arbeidsproces nog onduidelijk is.

---

<sup>27</sup> TIA is een voorbijgaande beroerte

#### *Multimorbiditeit*

1 op de 3 werknemers die arbeidsongeschikt wordt, is ouder dan 55 jaar (Duurzame inzetbaarheid manifest, 2012). Tot de leeftijd van ongeveer 55 jaar heeft minder dan 5% van de mensen meerdere chronische ziekten tegelijkertijd (multimorbiditeit). Maar onder 65-plussers komt multimorbiditeit frequent voor. Van de 65-74-jarigen heeft één op de vijf meer dan één chronische ziekte. Onder de 75-plussers is dit één op de drie (RIVM, 2011).

#### *Psychische klachten*

Bij oudere werknemers hangt vroege uittreding voor 30% samen met een hoge werkdruk. De totale jaarlijkse kosten van verzuim en medische zorg door (werkgerelateerde) psychische arbeidsbelasting worden geschat op 4 miljard euro (exclusief de gederfde arbeidsproductiviteit). De gemiddelde verzuimduur van psychische klachten (46 dagen) is twee keer zo hoog als iedere andere verzuimoorzaak (RVZ, 2006).

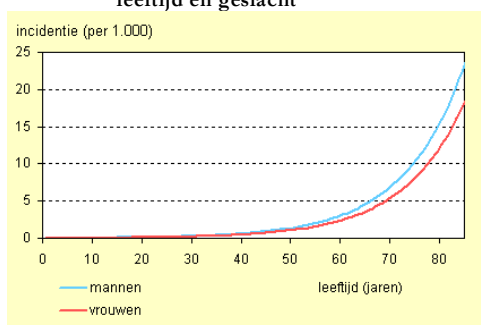
#### *Transient Ischemic Attack (TIA)*

De incidentie van een TIA neemt bij zowel mannen als vrouwen toe met de leeftijd. Voor personen van 65-74 jaar is de incidentie 5.8 per 1.000 mannen en 5.2 per 1.000 vrouwen. Voor personen van 75 jaar en ouder is dat opgelopen tot 13.1 per 1.000 mannen en 12.5 per 1.000 vrouwen (RIVM, 2011).

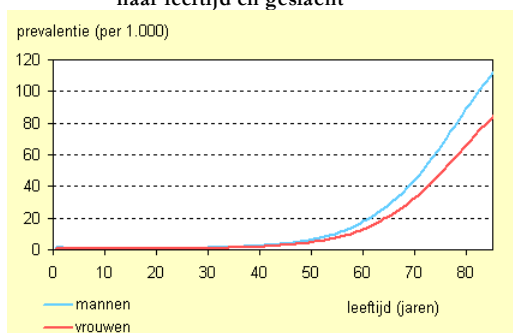
#### *Beroerte*

De prevalentie en incidentie van een beroerte nemen sterk toe met de leeftijd (zie de figuren 3.1 en 3.2). Bij mensen jonger dan 60 jaar komen beroertes nauwelijks voor. Voor mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder was de prevalentie in 2007 respectievelijk 62 en 52 per 1.000. In bijlage 4 zijn de incidentie en puntprevalentie van beroerte in 2007 naar leeftijdklasse en geslacht opgenomen (RIVM, 2011).

**Figuur 3.1 Incidentie (per 1000) van beroerte in 2007 naar leeftijd en geslacht**



**Figuur 3.2 Puntprevalentie (per 1000) van beroerte in 2007 naar leeftijd en geslacht**



### 3.2 Invloed van technologie op leeftijd en leefstijl

In grafiek 2.1 van hoofdstuk 2 is te zien dat in de laatste jaren de levensverwachting is gestegen door de technologische ontwikkeling. Bij sommige zorgonderdelen wordt het gebruik bepaald door de aanwezigheid van allerlei voorzieningen en infrastructuur zoals MRI-scanners, separeerafdelingen en IC-bedden. Er lijkt sprake te zijn van een behoorlijke overcapaciteit aan bedden en dure apparaten zoals PET-scan en Da Vinci robot (VWS, 2012). CT-scans en MRI's worden bij steeds meer aandoeningen gebruikt. Ook waar deze slechts een marginale effectiviteit hebben (Skinner, 2011). Internationaal gezien groeide in het afgelopen decennium in de meeste OESO-landen de beschikbaarheid van diagnostische technologieën zoals (CT) scanners en MRI snel. Dit geldt ook voor Nederland. Het aantal MRI's is toegenomen tot 12.2 per miljoen inwoners in 2010. Dit is gelijk aan het gemiddelde van de OESO. Voor de CT-scanners geldt 12.3 per miljoen inwoners

in 2010, dit was lager dan het gemiddelde van de OESO van 22,6 (OECD, 2012).

Door de medische technologie stijgt de volume van patiënten en volume per patiënt. 50% van de kostenstijging is te wijten aan verruimde indicaties, groei van het aantal patiënten, intensievere behandelingen en de inzet van nieuwe technologie (RIVM, 2011). Er komen steeds nieuwere en duurdere behandelingen. En de cultuur van artsen is om alle mogelijkheden te gebruiken om hun patiënten te genezen of te redden. Technologische vooruitgang brengt betere kwaliteit met zich mee, maar is wel een stuk duurder. Er is een interactie tussen ziekte en technologie. Doordat ouderen meer gezondheidsproblemen hebben dan jongeren, maken zij meer gebruik van deze technologische ontwikkeling. Dit geldt ook voor mensen die door een ongezonde leefstijl ziektes hebben gekregen. Ziektes kunnen vaker en beter behandeld worden dankzij de technologische ontwikkeling.

Uit recente voorbeelden blijkt dat er meer aandacht moet zijn voor de gevolgen van het gebruik van technologische oplossingen. Er is meer aandacht nodig voor het hele proces van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is de heupoperatie bij ouderen. Het blijkt dat het risico op een hartaanval in de eerste twee weken na een heupoperatie 25 keer zo hoog is en 31 keer na een knieoperatie, met name bij patiënten ouder dan 60 jaar. Ongeveer 50.000 Nederlandse patiënten kregen in 2011 een nieuwe heup of knie (gezondheidsnet.nl)<sup>28</sup>. Een ander voorbeeld is de maagverkleiningsoperatie. Het blijkt dat mensen met ernstig overgewicht die een maagverkleiningsoperatie ondergaan voor en na de operatie beter psychisch begeleid moet worden. Het gaat vooral om mensen met een verstoord eetgedrag. Als het eetgedrag niet verbetert, kan het effect van de operatie geheel of gedeeltelijk teniet worden gedaan (gezondheidsnet.nl<sup>29</sup>). Voor de kosteneffectiviteit zou er kritisch gekeken moeten worden naar de bestaande behandelingen en nieuwe behandelingen. In een tussentijdse evaluatie van bestaande behandelingen moet het volgende centraal staan: hoeveel kost de behandeling en wat is de gezondheidswinst? Dit geldt ook voor nieuwe behandelingen. Anders kan er een situatie ontstaan waarin zorgverzekeraars nieuwe behandelingen te makkelijk in het pakket opnemen.

---

<sup>28</sup> Gepubliceerd op 24 juni 2012.

<sup>29</sup> Gepubliceerd op 16 juli 2012.

### 3.3 Verwachtingen van soort ziekten in de toekomst

In 2040 is de levensverwachting voor mannen bijna 83 jaar en voor vrouwen 86 jaar. De grootste daling in sterfte (9%) treedt op bij coronaire hartziekten. De belangrijkste doodoorzaak is slokdarmkanker en de sterfte aan longkanker neemt toe voor vrouwen. Diabetes en artrose zijn de meest voorkomende ziekten, maar hebben niet de hoogste ziektelast. Dit zijn angststoornissen en depressies. Tot 2020 verwacht men een jaarlijkse groei van ruim 1.7% van psychische stoornissen (CPB, 2011). In 2030 is de ouderdomsziekte dementie de duurste ziektegroep met een aandeel van 6.9% op de totale uitgaven. Het aantal mensen met multimorbiditeit blijft toenemen (RIVM, 2010). In tabel 3.1 staan de gemiddelde jaarlijkse groei in zorguitgaven van elf chronische ziekten over de periode van 2007-2030. In de volgende tabel 3.2 staan de tien diagnosegroepen met het grootste aandeel in de totale zorguitgaven in 2030.

**Tabel 3.1**  
Gemiddelde jaarlijkse groei in zorguitgaven van elf chronische ziekten over de periode 2007-2030, op basis van epidemiologische en demografische ontwikkelingen

Diagnosegroep	Gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven (%), met 95% betrouwbaarheidsinterval	
Acuut myocardinfarct	3,2	(3,2 - 3,2)
Hartfalen	2,5	(2,5 - 2,6)
Beroerte	3,2	(2,9 - 3,4)
COPD	2,8	(2,4 - 2,9)
Diabetes	2,8	(2,5 - 3,0)
Artrose van de heup	1,8	(1,8 - 1,9)
Artrose van de knie	1,4	(1,3 - 1,5)
Longkanker	1,5	(1,6 - 1,4)
Slokdarmkanker	1,9	(1,9 - 1,9)
Borstkanker	1,3	(1,5 - 1,3)
Prostaatkanker	3,5	(1,2 - 3,4)
Totaal	2,5	(2,3 - 2,6)

Noot: In de modellering zijn mannen en vrouwen apart doorgerekend, de tabel laat de totalen zien

Bron: RIVM, 2010.

**Tabel 3.2**

Rangorde van de tien diagnosegroepen met het grootste aandeel in de totale zorguitgaven in 2030 op basis van demografische ontwikkelingen

Diagnosegroep	Uitgaven in 2007 (euro x miljoen)	Aandeel in de totale zorguitgaven in 2007 (%)	Gemiddelde groei per jaar in de periode 2007-2030 (%)	Aandeel in de totale zorguitgaven in 2030 (%)
Dementie	3.513	4,7	2,7	6,9
Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	5.989	8,0	0,0	6,4
Beroerte	1.644	2,2	2,2	2,9
Coronaire hartziekten	1.42	1,9	1,6	2,2
Tandcariës	1.71	2,3	-0,1	1,8
Diabetes mellitus, inclusief diabetische complicaties	902	1,2	1,4	1,3
Astma en COPD	875	1,2	1,5	1,3
Refractie- en accommodatiestoornissen	1.023	1,4	0,8	1,3
Weke delen reuma	1.041	1,4	0,6	1,2
Dorsopathieën	991	1,3	0,6	1,2

Bron: RIVM, 2010.

### 3.4 Samenvatting en conclusie

Voor het arbeidsproces van 65-jarigen of ouder, is het relevant te weten dat de levensverwachting en het aantal jaren goed ervaren gezondheid zonder lichamelijke beperkingen toeneemt. Daarentegen hebben deze ouderen meer kans op multimorbiditeit, psychische klachten, TIA en beroerte. Verder zou er voor de kosteneffectiviteit kritisch gekeken moeten worden naar de bestaande behandelingen en nieuwe behandelingen. Tot slot is de verwachting voor de toekomst dat diabetes en artrose de meest voorkomende ziekten worden en dat angststoornissen en depressies de hoogste ziektelast zullen hebben. Dementie zal de duurste ziektegroep worden en het aantal mensen met multimorbiditeit blijft stijgen. Wanneer iedereen een gezonde leefstijl heeft, blijven de kosten stijgen door de langere levensverwachting. De extra levensjaren leiden tot meer zorggebruik waardoor de kosten stijgen. Een kanttekening is hoe verder men kijkt in de toekomst, hoe groter de onzekerheid is. Men kan nu niet weten of er andere ziekten bijkomen, misschien komen er juist wel allemaal nieuwe medicaties of behandelingen. Deze onzekerheid is nog niet meegenomen in de onderzoeken.



## 4 Opvattingen van de Nederlandse bevolking over solidariteit

In de laatste jaren zijn onderzoeken uitgevoerd om een beeld te krijgen welke opvattingen de Nederlandse bevolking heeft over solidariteit in de gezondheidszorg. Hieronder zijn de gegevens en conclusies van enkele onderzoeken beschreven.

### 4.1 Leeftijd- en leefstijlsolidariteit

Uit het onderzoek van Putters (2006) blijkt dat men zich in de loop der jaren minder solidair is gaan voelen over de gelijke rechten van zorg, zie tabel 4.1.

**Tabel 4.1 Gelijke rechten op zorg**

Jaar	% van de bevolking
1999	45%
2006	36%
Verwachting over 15 jaar	18%

In de onderstaande tabel is af te lezen dat de meerderheid van alle groepen, behalve de specialisten, niet verwacht dat een eigen risico of premierestitutie bij no claim tot een bewustere afweging leidt of men de zorg echt nodig heeft (Putters, 2006). In de voorgaande hoofdstukken is duidelijk geworden dat de kosten in de zorg, de lichtere zorgvraag en de eigen risico zijn gestegen. Het lijkt tot op heden dat het eigen risico nog geen remmend effect heeft op het zorggebruik.

**Tabel 4.2 Leiden eigen risico en no claim tot afname van de vraag naar zorg?**

	Chronische patiënten	Rest van het publiek	Totaal publiek	Huisartsen	Specialisten
ja	15%	30%	26%	33%	51%
nee	83%	67%	71%	63%	48%
Geen mening	2%	3%	3%	4%	1%

Andere onderzoeken (CBS, SCP en ESB<sup>30</sup>) geven een gedetailleerder beeld over hoe mensen denken over solidariteit. Uit deze onderzoeken komt hetzelfde beeld naar voren. Mensen zijn het meest solidair met mensen die buiten hun schuld afhankelijk zijn geworden. Mensen voelen zich voornamelijk solidair met ouderen, mensen met een niet zo goede gezondheid en met mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst waarschijnlijk een ernstige ziekte of aandoening zullen krijgen. De overgrote meerderheid meent dat deze groepen geen hogere zorgpremie moet betalen ondanks ze naar verhouding meer gebruik (gaan) maken van de gezondheidszorg. Ook over de eigen bijdrage denken mensen ongeveer hetzelfde. Mensen zijn voor een eigen bijdrage wanneer de zorgkosten het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl zoals roken en overmatig alcoholgebruik. Voor overgewicht geldt dit minder. Voor fysiotherapiekosten bij een sportblessure is ruim de helft voorstander van een eigen bijdrage, maar na een verkeersongeval is de overgrote meerderheid voor een volledige vergoeding van de behandelkosten (CBS, 2012).

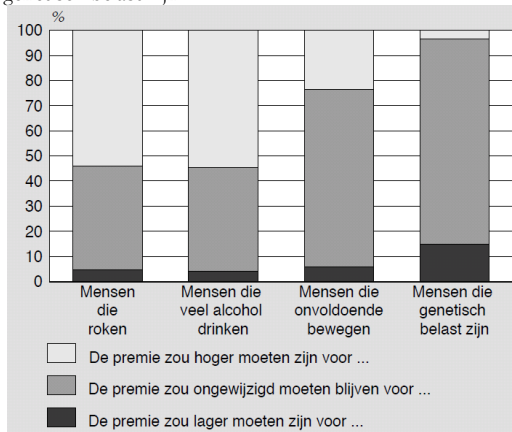
Dit beeld bevestigt ook het ESB (2010) onderzoek. Daaruit blijkt dat mensen meer willen betalen voor anderen die zorg nodig hebben, maar die niet het gevolg is van extra gezondheidsrisico's die mensen nemen zoals roken of ongezond eten omdat de zorg (ontstaan uit de gezondheidsrisico's) toch vergoed wordt wanneer ze het nodig hebben (ESB, 2010). Ook uit het CBS onderzoek komt hetzelfde naar voren. Hieruit blijkt dat een groot deel van de Nederlandse bevolking vindt dat rokers en zware drinkers een hogere zorgpremie zouden moeten betalen, zie grafiek 4.1 (CBS, 2011).

---

<sup>30</sup> Economische Statistische Berichten

#### Grafiek 4.1

Mening van de Nederlandse bevolking van 18 jaar of ouder over de hoogte van de vaste premie voor de basisverzekering voor mensen die roken, mensen die veel alcohol drinken, mensen die onvoldoende bewegen en mensen die genetisch belast zijn.



Bron: CBS, 2011.

In het SCP-onderzoek (2012) geven respondenten aan dat ze onzeker zijn om voor mensen met een ongezonde leefstijl mee te betalen. Ze vinden het een moeilijke keuze omdat een ongezonde leefstijl van alles kan inhouden: roken, bewust beoefenen van een gevaarlijke sport, minder bewust ongezond eten (meegekregen vanuit hun opvoeding), heel hard werken en veel stress hebben. Iedereen leeft misschien op zijn eigen manier ongezond. Waar trek je de grens?

#### 4.2 Verwant voelen met anderen en de eigen norm belangrijk voor solidariteit

Mensen zijn vooral solidair met degenen die zich in een vergelijkbare positie bevinden (CBS, 2011) of waarmee zij zich verwant mee voelen (SCP, 2012). Mensen met een chronische aandoening zijn erg solidair met mensen met een chronische aandoening. Mensen die roken zijn erg solidair met rokers. Maar mensen die niet roken zijn niet solidair met rokers. (ESB, 2010). Uit het CBS (2011) onderzoek, blijkt dat niet-rokers, niet-dagelijkse rokers en dagelijkse rokers sterk van mening verschillen als het gaat om de zorgpremie voor mensen die roken. 65% van de niet-rokers is voorstander van een premieverhoging. 40% van de niet-dagelijkse rokers en bijna 20% van de dagelijkse rokers delen deze mening. Dus van de twee laat-

ste groepen vindt de meerderheid dat de premie gelijk moet blijven. Een vergelijkbaar patroon is te zien bij het alcoholgebruik. Drie op de vijf mensen die geen alcohol drinken, vinden dat de premie voor mensen die veel alcohol drinken omhoog moet. Van de groep die de meeste alcohol nuttigt, is dit twee op de vijf. De matige drinkers zitten er tussenin. Als het gaat over onvoldoende bewegen is er verschil in opvatting tussen regelmatige en niet regelmatige sporters. Een derde van de regelmatige sporters geeft aan dat de premie hoger moet zijn voor mensen die onvoldoende bewegen. 16% van de niet-regelmatige sporters deelt deze mening.

Het blijkt dat mensen zichzelf als norm stellen. De eigen ervaren gezondheid geeft doorslag hoe men denkt over de hoogte van de zorgpremie voor ongezonde mensen. 30% van de mensen met een (zeer) slechte gezondheid denkt dat de premie lager moet zijn voor mensen met een niet zo goede gezondheid. Maar 13% van de mensen met een (zeer) goede gezondheid is het hiermee eens en juist 5% vindt dat ongezonde mensen een hogere zorgpremie moeten betalen. Met name mensen die geen huisartscontact hebben (27%), vinden dat frequente huisartsbezoekers een hogere zorgpremie moeten betalen. 11% van de mensen die vijf keer of vaker de huisarts bezoekt is het hiermee eens (CBS, 2011).

### 4.3 Opvattingen over de kosten en besparingen in de zorg

Uit het SCP-onderzoek (2012) blijkt dat de respondenten ervaren dat de toenemende kostenstijging veroorzaakt wordt door demografie (stijging aantal ouderen), medische technologie (meer mogelijkheden voor behandeling), sociaal culturele factoren (mensen gaan te snel naar een arts of eerste hulp) en institutionele factoren zoals de marktwerking, hoge salarissen, dure managers, verspilling en inefficiënte zorgverlening. Ze vinden ook dat ze steeds meer zelf moeten betalen en hebben de indruk dat de afgelopen jaar (veel) bezuinigd is op zorg, terwijl in werkelijkheid de kosten flink zijn gestegen. Op de vraag hoe de besparingen in de zorgsector moet plaatsvinden, wordt er verschillend gereageerd. Men kijkt liever naar de (iets) rijkere. En op hun beurt kijkt de rijkere groep naar andere alternatieven, zodat zij niet hoeven te betalen. Veel genoemde oplossingen om de kosten te besparen zijn: minder bureaucratie, minder management, meer kostenbewustzijn en minder verspilling. Verspilling en de hoge kosten van medicijnen

wordt als eerst genoemd. Ze hebben het gevoel dat ze meer medicijnen krijgen dan noodzakelijk is en dat medicijnen onnodig duur zijn. De cijfers van apothekers over medicijnafval laat een stijging zien. De apothekers moeten vaker medicijnen weggooien. De kosten hiervan worden geschat op 100 miljoen euro per jaar. Het blijkt dat zorgverzekeraars en medicijnfabrikanten zich hiervoor niet verantwoordelijk voelen om dit op te lossen ([www.nu.nl](http://www.nu.nl)<sup>32</sup>). Voor het verhogen van kostenbewustzijn kijken de respondenten zowel naar de patiënt als andere partijen. Als patiënt willen zij ook inzicht in de kosten om te voorkomen dat er teveel gedeclareerd wordt. Er moet sprake zijn van wederkerigheid tussen de vraagzijde en aanbodzijde van de zorg. Als de burger meer moet bijdragen dan moet er vanuit de zorg efficiënter en goedkoper gewerkt worden. Over de marktwerking zijn ze zeer kritisch. Het wordt vooral geassocieerd met winst, dure managers en veel overhead. Mensen zijn vaak bereid om meer te betalen voor de zorg als zij het beeld hebben dat hun geld goed wordt besteed. Ze irriteren zich vooral aan de verspilling en de hoge managementkosten.

#### 4.4 Bedreigingen voor solidariteit

Uit de onderzoeken van het SCP en CBS worden enkele bedreigingen voor solidariteit genoemd. De respondenten van het SCP-onderzoek vinden individualisme, neerkijken van bepaalde groepen op anderen, verminderde onderlinge verbondenheid, wanbetalers en schandalen met de hoge salarissen van bestuurders een bedreiging (het oneigenlijk gebruik van de zorg). De respondenten geven aan als er in Nederland geen verplichte solidariteit zou zijn dat er ‘Amerikaanse toestanden’ zouden ontstaan. De zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn en blijven. Het is een taak van de overheid om solidariteit af te dwingen (SCP, 2012).

Uit het CBS-onderzoek over onverzekerden en wanbetalers is de conclusie dat niet iedereen zich solidair gedraagt. In 2010 waren 136.000 inwoners van Nederland niet verzekerd tegen ziektekosten. Het aandeel onverzekerden is gedaald van 0.9% naar 0.8%. Bijna 60% van alle onverzekerden is tussen de 20 en 40 jaar. Bijna vier op de vijf onverzekerden is allochtoon. In dat jaar waren er 244.000 wanbetalers voor de Zorgverzekeringswet. Dit is 1.9% van de volwassen bevolking. Ruim 60%

---

<sup>31</sup> Publicatie op 20 oktober 2012

<sup>32</sup> Publicatie op 20 oktober 2012

van wanbetalers is man. En het aandeel wanbetalers onder allochtonen (4.1%) is groter dan onder autochtonen (1.3%). In totaal ontvangt 60% van de wanbetalers een zorgtoeslag. De oorzaak waarom mensen zich niet willen verzekeren of niet tijdig betalen is onbekend. Het gaat vooral om bepaalde groepen die misschien geen verbondenheid voelen met de wet-en regelgeving van de Nederlandse samenleving (CBS, 2011).

#### 4.5 Conclusie

De bereidheid tot de risicosolidariteit is nog steeds groot. Maar men wordt wel steeds kritischer. Zo vinden mensen in verschillende onderzoeken dat mensen met een ongezonde leefstijl, zoals roken en overmatig alcoholgebruik, een hogere premie moeten betalen. Mensen blijken vooral solidair met de groep waarmee ze zich verbonden voelen. Verder blijkt dat men bereid is om meer te betalen voor de zorg als het geld goed wordt besteed. Er zijn wel bepaalde ontwikkelingen waardoor de draagvlak van solidariteit minder wordt. Zoals het gebrek aan transparantie en oneigenlijk gebruik van de zorg (bureaucratie, dure management, verspilling van medicatie, veel overhead, zorgtoeslag die ontvangen wordt door wanbetalers). Om de solidariteit in stand te houden moeten alle partijen (zowel van aanbod als vraagzijde) hun steentje bijdragen.

## **Conclusie**

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de vraag wat de dubbele vergrijzing en ongezonde leefstijl betekent voor risicosolidariteit en wat de opvattingen zijn van de Nederlandse bevolking over solidariteit.

### *Risicosolidariteit*

In de inleiding werd al genoemd dat twee vormen van risicosolidariteit in het oog springen: leeftijdsolidariteit en leefstijlsolidariteit. Wat kunnen we concluderen uit de hoeveelheid cijfers van deze achtergrondstudie voor deze twee vormen van solidariteit? Ten eerste is de risicosolidariteit groot. De risicosolidariteit heeft in de loop der tijd enorm aan betekenis gewonnen. In 1999 bedroeg de schadelast van de tien procent duurste patiënten zeventig procent van de totale uitgaven voor de curatieve- en thuiszorg (Maarse, 2011). De laatste trend laat zien dat de stijging van de zorgkosten het hoogst is bij de hoge inkomens en jongere mensen. Maar de groei zit niet bij de patiënten die de hoogste kosten hebben. Juist de lichtere zorgvraag groeit. Dit betekent dat de kostenconcentratie minder scheef is geworden omdat meer mensen gebruik maken van de zorg. Het zorgsysteem is zo ingericht dat het ook winst ziet in meer zorg. De meeste prikkels zijn gericht op meer productie.

### *Leeftijdsolidariteit*

Het beroep op de solidariteit tussen oud en jong wordt groter. Dit heeft te maken met de dubbele vergrijzing en ontgroening. In Nederland hebben we juist een omslagstelsel die ingericht is op een samenleving met veel jongeren en weinig ouderen. De jongeren betalen voor de ouderen via belastingen en premies. Maar in Nederlands is de bevolkingssamenstelling veranderd. Er zijn minder jongeren en meer ouderen dan vroeger. Hierdoor komt er meer druk op de jongeren. Maar het omslagstelsel is technische gezien houdbaar zoals de AOW (die schever is omdat 65+ niet bijdragen). Belangrijk is dat de inkomsten en uitgaven van de overheid gelijk blijft. Als er weinig economische groei is, weinig extra geld en meer ouderenzorg dan wordt het wel een probleem. Momenteel wordt op allerlei fronten bezuinigd en zit Nederland in een economische crisis. Als men het omslagstelsel wil hervormen, moet men bewust zijn dat het hele pallet van overheidsfinanciering meegenomen moet worden (zorg, AOW, belastinguitgaven, onderwijs etc.). Men moet ook bewust zijn dat in tijden van crisis de sociale voorzieningen van rijk naar arm (inkomenssolidariteit) onder druk komen te staan. Beslissingen die in zulke tijden worden

genomen betekenen op langere termijn dat er gekort wordt. Bijvoorbeeld als er nu wordt bezuinigd op  $x$  en het gaat over een aantal jaren weer goed met de economie dan zal de bezuiniging niet terug gedraaid worden. Een positief punt is dat de dubbele vergrijzing incidenteel is (de piek verdwijnt na 2040) en dat de levensverwachting structureel hoger is geworden. Doordat mensen ouder en gezonder worden kan de arbeidsparticipatie toenemen waardoor de bijdrage van premies toeneemt. Tot slot als we de levensloopbenadering volgen dan treden in een gemiddeld mensenleven twee healthshocks op. Met name in de laatste levensfase. Vanuit dit perspectief is men solidair met anderen, ook met jezelf in de toekomst en betaalt men gemiddeld ook voor zijn eigen zorgkosten.

#### *Leefstijlsolidariteit*

Het lijkt erop dat de kosten van een ongezonde leefstijl zullen toenemen. Een voorbeeld is dat alle kinderen met overgewicht of obesitas risico's hebben op bepaalde ziektes. Deze ziektes moeten behandeld worden. Dit geldt ook voor mensen die roken of veel stress hebben etc. Het zijn vooral mensen uit de lage ses die ongezonder leven. Dit is niet een bewuste keuze. Het zijn de complexe omstandigheden waarin deze mensen leven waardoor het moeilijk is om bewust bezig te zijn met een gezonde levensstijl. Ondanks de grote inkomens- en risicosolidariteit zijn de gezondheidsverschillen tussen de hoge en lage ses groter geworden. Het verschil wordt veroorzaakt door verschillende factoren zoals genetica, gedrag, opleiding, inkomen, sociale en fysieke omgeving etc. Een oplossing zou zijn om in de preventieve sfeer maatregelen te treffen, zie ook het RVZ advies over preventie van welvaartsziekten. Maar maatregelen van preventie om de leefstijl te veranderen brengt geen lagere kosten met zich mee. En de effecten daarvan zien we pas op langer termijn. Met preventie wordt een risicofactor aangepakt, men hoeft er niet ziek van te worden. Het is vooral om gezondheidswinst te behalen. Een andere mogelijkheid is het introduceren van een premieverschil voor een ongezonde leefstijl, maar dat brengt de toegankelijkheid van de zorg in het geding. Tot slot in het perspectief van de levensloopbenadering zijn de kosten van een ongezonde leefstijl evenveel als een gezonde leefstijl. Mensen met een ongezonde leefstijl overlijden eerder dan mensen met een gezonde leefstijl. Daardoor betalen ze ook minder premies.

#### *Gewenste solidariteit*

Via enquêtes en interviews is onderzocht hoe de Nederlandse bevolking denkt over solidariteit in de zorg. Het blijkt dat de



Nederlanders nog steeds grote voorstanders zijn van de risicosolidariteit. Onder risicosolidariteit vallen leeftijdsolidariteit (solidariteit tussen generaties) en leefstijlsolidariteit (solidariteit tussen mensen met een gezonde leefstijl en ongezonde leefstijl). Nederlanders zijn zeer grote voorstanders voor de leeftijdssolidariteit, maar bij de leefstijlsolidariteit verandert het beeld. De meerderheid van de mensen die niet roken, geen alcohol drinken en wel sporten vindt dat de zorgpremie verhoogd kan worden bij mensen die roken, veel alcohol nuttigen en weinig bewegen. Maar als men doorvraagt wordt het beeld genuanceerder. Mensen vinden het moeilijk om een grens te trekken wat onder een ongezonde leefstijl valt. De één doet aan gevaarlijke sporten, de andere is een workaholic en weer een ander is te dik. Leeft niet iedereen op zijn eigen manier ongezond en waar trek je de grens? Toch blijkt dat bij solidariteit sociale acceptatie en verbondenheid zeer belangrijk is. Bijvoorbeeld niet rokers willen niet meebetalen met rokers. Terwijl rokers wel willen meebetalen met rokers. Het belangrijkste is dat iedereen toegang heeft tot de gezondheidszorg. Er mogen verschillen zijn in zorg. Een rijker persoon kan zich bijvoorbeeld meer luxere zorg veroorloven. Dit vindt men niet erg, zolang de basiszorg voor iedereen toegankelijk is. De conclusie is dat bij de bevolking een groot draagvlak voor risicosolidariteit. De willingness to pay is er. Dit zal veranderen als het geld niet goed wordt besteed. Hieraan ergeren de meeste mensen zich.

### **Lijst van Geconsulteerden**

De heer Patrick Jeurissen van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

De heer Albert van der Horst van het Centraal Plan Bureau (CPB)

De heer Albert Wong van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

## Bijlage 1

### Solidariteit in de sociale zekerheid

De WW beschermt tegen grote inkomensschommelingen al gevolg van werkloosheid. Het wordt gefinancierd via een loon gerelateerde premie. WW-uitkeringen gaan uit van het laatst verdiende loon tot het niveau waarop het wettelijk maximum dagloon is bereikt. Het merendeel van de premies worden in de hoogste groepen geïnd. De uitkeringen komen vooral in de middelste groepen terecht. Er is dus solidariteitoverdracht van de bovenkant naar het midden van de inkomensdecielen verdeling. Er is ook onbedoelde solidariteitoverdracht van jong naar oud.

Bij de arbeidsongeschiktheid verzekering (WIA en WAO) brengen de hoogste decielen de premies op en de uitkeringslast valt rond het vierde deciel. De opbrengsten van de premies concentreert zich in de leeftijdscategorieën waar het meest gewerkt wordt. De uitkeringslast wordt zwaarder met het stijgen van de leeftijd. Er is solidariteitoverdracht van jong naar oud. Ouderen ontvangen vaker een WAO-uitkering (volledige uitkering) dan een WIA-uitkering (gedeeltelijke). Dit kan een gedeeltelijke verklaring zijn voor de hoger gemiddelde uitkering bij ouderen.

De AOW is een basisinkomen voor ouderen en wordt grotendeels betaald uit een inkomensafhankelijke premie die geheven wordt over de eerste twee belastingschijven. Daarnaast wordt het vanuit algemene belastingmiddelen gefinancierd. De uitkering is een vast bedrag die iedere 65-jarige ingezetene van Nederland ontvangt tot het overlijden. Het bedrag is afhankelijk van het aantal gewoonde jaren in Nederland en van de huishoudenvorm. AOW-gerechtigden hoeven zelf geen AOW premie te betalen. AOW-ers zijn oververtegenwoordigd in de lagere inkomensgroepen. Door de inkomensafhankelijke premieheffing leidt het zwaartepunt in de hogere decielen. De solidariteit van jong naar oud is zeer groot. Maar de AOW kent een hoge mate van wederkerigheid. Iedereen die premie betaalt, gaat er vanuit dat hij ook later een AOW-uitkering zal ontvangen.

Door de Algemene Kinderbijslag Wet ontvangt elke ouder ieder kwartaal een vast bedrag per kind. Het bedrag varieert

voor 0-5 jarigen van €194,99 tot €278,55 voor 12-17 jarigen. Het is onafhankelijk van het inkomen van het huishouden. De kinderbijslag wordt betaald uit de algemene belastingmiddelen. Omdat er geen aparte premie wordt geheven is er overdracht van huishoudens zonder kinderen naar huishoudens met kinderen. De huishoudens met een kostwinnaar tussen de 35-50 jaar ontvangen het grootste aandeel van de kinderbijslag. Dit zijn huishoudens die vaak een of meerdere kinderen hebben. De bijstand is voor huishoudens die onvoldoende middelen hebben om in de noodzakelijke bestaanskosten te voorzien. De uitkering is een vast bedrag dat afhankelijk is van de samenstelling van het huishouden en er wordt gekeken naar het vermogen. De bijstand wordt gefinancierd uit de algemene belastingopbrengsten. Er is een sterke herverdeling van rijk naar arm. En een enige herverdeling van de leeftijdsgroepen boven de 40 jaar naar die van onder de 40 jaar (SZW, 2011).

## Bijlage 2

### Acht omgevingsscenario's van het CPB

De acht onderstaande omgevingsscenario's geven een beeld van de toekomstige ontwikkelingen van de zorguitgaven. Ze laten zien in hoeverre de zorguitgaven gepaard gaan met een verandering in de collectieve financiering en de werkgelegenheid in de zorg. Met de verwachte levensduur als indicator van gezondheid ontstaat per scenario een beeld van zowel de kosten als de baten. Er wordt gestart vanuit 2010 en het eindigt in 2040 (CPB, 2011).

	Scenario	Uitleg
1	De historische trends	De zorguitgaven worden gekoppeld aan de nieuwe CBS-bevolkingsprognose en groeit mee met de volumeontwikkeling van het BBP per capita. Het scenario laat zien dat de zorgprijs jaarlijks harder stijgt dan de BBP-prijs. Bij de curatieve zorg kan de oorzaak liggen in verbeterde en duurdere technologie. En bij de langdurige zorg kan dit een gevolg zijn van het Baumol-effect, waarbij de loonontwikkeling in de zorg de stijging van de arbeidsproductiviteit overtreft.
2	Alternatieven voor de ontwikkeling van de zorgprijs	In dit scenario is de zorg goedkoper doordat de prijsontwikkeling van de zorg gelijk loopt met de BBP-prijs. Achterliggende oorzaak kan een kleiner Baumol-effect zijn. Dit kan ontstaan door een verhoogde arbeidsbesparende technologische ontwikkelingen en/of een sterkere positie van de verzekeraars. Dit kan tot uiting komen in een verdere uitbouw van het al ingezette preferentiebeleid.
3	De gevolgen van een additionele groei van het zorgvolume per capita	Oorzaken hiervan kunnen zijn andere preferenties of extra aanbodgedreven zorgmogelijkheden (bijvoorbeeld als gevolg van technologische ontwikkelingen). In dit scenario sluit een alternatieve decompositie aan waarin sprake is van zorg als luxe goed.
4	De demografische ontwikkeling	Dit scenario is een tegenhanger van de CBS-bevolkingsprognose (scenario 1). Gestart wordt met een stabilisatie van de levensduur op het niveau van de waarde in 2010. Dit kan bijvoorbeeld komen door een ongezonder levensstijl, pandemieën en/of versterkte groei van antibiotica-resistente bacteriën.
5	De gevolgen van een hogere levensverwachting dan nu in de CBS-bevolkingsprognose voor-	Dit scenario houdt er rekening mee dat de afgelopen jaren de verwachte levensduur opwaarts moest worden bijgesteld. Overeenkomstig de ontwikkeling van de zorgkosten in de periode 2001-2010 zijn deze extra levensjaren niet gratis. De

	zien in combinatie met meer en duurdere zorg	extra technologische ontwikkelingen in de zorg leiden juist tot meer zorg.
6	Een stijging van de levensduur hoeft niet tot hogere zorgkosten te leiden	Met de kennis dat het grootste deel van de zorgkosten aan het eind van het leven worden gemaakt, leidt een stijging van de levensverwachting slechts tot uitstel van kosten. In dit scenario wordt nagegaan wat de gevolgen zijn van de alternatieve reactie van de zorgkosten over de levensloop op een langere levensduur.
7	De gevolgen voor de zorgkosten van een langer leven met beperkingen	In eerdere scenario's is aangenomen dat een toenemende levensduur gelijk staat aan een toenemende gezondheid. Maar met de huidige kennis blijkt dat het aantal jaren zonder chronische ziekten snel daalt. Denk hierbij ook aan de gevolgen van een ongezonde levensstijl. En een toenemende levensverwachting in de komende decennia staat niet gelijk voor een betere gezondheid.
8	De gevolgen van meer mantelzorg	Door de sterkere toename van de levensverwachting van mannen dan bij vrouwen, zullen de komende decennia paren langer bij elkaar blijven. Dit leidt tot meer mantelzorg. Hierdoor hoeft men minder een beroep te doen op de langdurige zorg.

## Bijlage 3

### Cijfers over arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim

#### *Arbeidsongeschiktheid*

Bekend is dat mensen met gezondheidsproblemen minder goede arbeidsmarktkansen hebben. En ook eerder uitstromen uit de arbeidsmarkt dan mensen zonder gezondheidsproblemen. Arbeidsongeschiktheid wordt onderverdeeld in drie diagnoses. De groepen hiervan zijn ongeveer even groot. Het gaat om psychische klachten en stoornissen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en andere klachten en ziekten. Het aandeel psychische stoornissen (WAO, WAZ en Wajong) is sinds begin jaren '90 toegenomen. Terwijl het aandeel klachten aan het bewegingsapparaat lijkt te zijn afgenomen. Voor de stijging kunnen uiteenlopende oorzaken zijn. Een belangrijke determinant voor het ontstaan van psychische problemen is werkstress. Zie de onderstaande tabel voor het aantal WAO en WZ uitkeringen naar diagnose.

Tabel 5 Aantal WAO en WZ-uitkeringen naar diagnose, 2005

Diagnose	Absolute aantallen	%
Algemene en endocriene ziekten	103.331	13,7
Psychische aandoeningen, gedragsstoornissen	249.680	33,2
Ziekten bewegingsstelsel	242.550	32,3
Ziekten zenuwstelsel, oog en oor	52.320	7,0
Ziekten hart-, vaatstelsel en bloed	47.250	6,3
Ziekten ademhalingsstelsel	15.240	2,0
Ziekten spijsverteringsstelsel	17.220	2,3
Ziekten huid en subcutis	4.870	0,6
Ziekten urogenitaal stelsel	15.980	2,1
Zwangerschap, bevalling en kraambed	3.340	0,4
<b>Totaal</b>	<b>751.760</b>	<b>100,0</b>

Bron: RIVM, 2010.

#### *Ziekteverzuim*

Griep of verkoudheid zorgt voor 34% van alle verzuimmeldingen in 2007/2008. Griep is ook de belangrijkste oorzaak voor kortdurend, frequent verzuim. De verzuimduur bedraagt vaak 3 dagen. Andere veel voorkomende verzuimredenen zijn rugklachten (10%), klachten van buik, maag of darmen (8%) en klachten aan nek, schouders, armen, polsen en handen (6%). Van een lange gemiddelde verzuimduur is vaak sprake bij psy-

chische klachten (60 werkdagen), klachten aan hart- en vaatstelsel (60 werkdagen) en klachten aan nek, schouders, armen, polsen en handen (29 werkdagen). Mensen met een verhoogd bloeddruk dan wel een verhoogd cholesterol gehalte lopen meer kans op hart- en vaatziekten en daarmee op verzuim. Het blijkt dat psychische klachten, overspannenheid en burn-out ten grondslag liggen aan 19% van het totaal aantal verzuimde dagen in 2007. Het aandeel van psychische klachten als reden voor verzuim groeit. Depressie is een belangrijke reden voor verzuim. Werknemers met een depressie melden zich drie keer vaker ziek dan hun collega's zonder depressie. Depressie komt veel voor in Nederland. Ongeveer 740.000 mensen hebben er jaarlijks mee te maken (RIVM, 2010). Zie de onderstaande tabel voor de determinanten van gezondheid en de gevolgen hiervan voor verzuim.

**Tabel 6 Determinanten van gezondheid, gevolgen voor verzuim**

Determinanten	Gevolgen voor verzuim
Overgewicht en obesitas <sup>1</sup>	Mensen met een hoge Body Mass Index (BMI) verzuimen meer dan mensen met een 'normaal' gewicht (Eysink et al., 2008). Mensen met overgewicht en obesitas verzuimen langer dan mensen met een 'normaal gewicht' (Neovius et al., 2009; Klink et al., 2008). Obese werknemers verzuimen niet alleen vaker, maar ook langer (CBS, 2007).
Verhoogde bloeddruk en cholesterol	Mensen met een verhoogde bloeddruk dan wel verhoogd cholesterolgehalte lopen meer kans op hart- en vaatziekten en daarmee op verzuim (SER, 2009).
Alcohol	Overmatige drinkers lijken meer te verzuimen (Eysink et al., 2008; SER, 2009). Er zijn geen significante verschillen in verzuimpercentage en verzuimduur tussen drinkers en niet-drinkers (CBS, 2007).
Bewegen	Werknemers die sporten verzuimen minder dan niet-sportende werknemers, vijf dagen minder per jaar. Als het gaat om zittend werk 12 dagen (SER, 2009). Er zijn aanwijzingen dat intensief bewegen leidt tot minder verzuim (Eysink et al., 2008).
Roken	Roken leidt tot meer ziekteverzuim (SER, 2009). Rokers verzuimen gemiddeld 1,5 keer meer dagen dan niet-rokers (CBS, 2007).
Voeding	In een recente literatuurreview zijn geen studies over voeding en ziekteverzuim gevonden (Eysink et al., 2008).

<sup>1</sup> Verband is het sterkste voor obesitas.  
Bron: RIVM, 2010.



## Bijlage 4

### Incidentie en puntprevalentie van beroerte naar leeftijdsklasse

Tabel 7 Incidentie van beroerte in 2007 naar leeftijd en geslacht<sup>33</sup>

Leeftijdsklasse	Incidentie per 1000		Incidentie absoluut	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
50-54	1,65	1,30	944	732
55-59	2,49	1,96	1.383	1.067
60-64	3,67	2,89	1.771	1.381
65-69	5,57	4,39	1.955	1.603
70-74	8,36	6,59	2.280	2.072
75-79	12,49	9,87	2.542	2.729
80-84	18,67	14,80	2.322	3.200
85+	27,00	21,41	1.996	4.147

Bron: RIVM, 2011.

---

<sup>33</sup> Mensen in een verpleeghuis zijn niet in deze schattingen meegenomen.

**Tabel 8 Puntprevalentie van beroerte in 2007 naar leeftijd en geslacht**

Leeftijdsklasse	Incidentie per 1000		Incidentie absoluut	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
<b>50-54</b>	8,40	6,14	4.787	3.451
<b>55-59</b>	14,05	10,28	7.877	5.661
<b>60-64</b>	22,47	16,50	10.431	7.592
<b>65-69</b>	35,97	26,56	12.441	9.606
<b>70-74</b>	54,27	40,33	14.698	12.669
<b>75-79</b>	76,38	57,16	15.316	15.691
<b>80-84</b>	99,72	75,11	12.270	16.232
<b>85+</b>	118,39	89,50	8.501	16.995

Bron: RIVM, 2011.

## Literatuurlijst

Asselt, M.M., et al. Patiëntenprofielen in de Zvw en AWBZ: Stapelingeffecten van kosten en eigen betalingen. Den Haag: Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv, 2012.

Baal, P.H.M., et al. Zorgkosten van ongezond gedrag: zorg voor de euro's – 3. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006

Beleidsagenda VWS 2013. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012

Berg, B. van den en S.M. van der Star. Moreel risico en solidariteit in de zorg. Economische Statistische Berichten, 95, 2010, no. 4594, p. 598-600.

Bevolkingspiramide: leeftijdsopbouw Nederland 1953. Den Haag; Heerlen: CBS, 2012.

Bevolkingspiramide: leeftijdsopbouw Nederland 2009. Den Haag; Heerlen: CBS, 2012.

Bevolkingspiramide: leeftijdsopbouw Nederland 2050. Den Haag; Heerlen: CBS, 2012.

Blom, M. Het profijt van solidariteit: draagvlak voor herziening in het stelsel van werk en inkomen. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken, 2011.

Brugginks, J. 65-jarigen leven langer zonder beperkingen, maar meer met chronische ziekten. Den Haag; Heerlen: CBS, 2012.

Centraal Bureau voor Statistiek, Gezondheid en zorg in cijfers 2011. Den Haag; Heerlen: CBS, 2011.

Centraal Bureau voor Statistiek, Gezondheid en zorg in cijfers 2012. Den Haag; Heerlen: CBS, 2012.

Centraal Bureau voor Statistiek. Tien procent minder onverzekerden tegen ziektekosten in 2010. S.I.: CBS, 2011.

Chandra, A. en J.S. Skinner. Technological growth and expenditure growth in health care. S.I.: National Bureau of economic research, 2011. (Working paper 16953)

De Argumentenfabriek.. Informatiekaart Geldstromen in de curatieve zorg. Amsterdam: s.n., 2010.

De Argumentenfabriek. Informatiekaart Geldstromen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Amsterdam: s.n., 2011.

Duurzame inzetbaarheid Manifest. S.I.: s.n., 2012.

Eysink, P.E.D., H.H. Hamberg-van Reenen en M.S. Lambooi. Leefstijl en arbeid in balans: Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008.

Geest, L. van der en L. Heuts. Van later zorg?: financiering van de zorg op langer termijn. Breukelen: Nyfer, 2008.

Groot, I de en J. Bruggink. Steeds meer overgewicht. Den Haag; Heerlen: CBS, 2012.

Hoeymans, N., J.M. Melsen en C.G. Schoemaker. Gezondheid en determinanten: deelrapport van het VTV 2010 van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Gommer, A.M. en M.J.J.C. Poos. Beroerte: prevalentie, incidentie en sterfte naar leeftijd en geslacht. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.

Gool, C.H. van, J.W. Groothoff, I. van den Ende en P.E.D. Eysink. Hoe groot is het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in Nederland? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong. Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg: deelrapport 1 van het onderzoeksprogramma 'Toekomst Zorg'. Den Haag: Centraal Plan Bureau, 2011.

Horst, A. van der, et al. Vergrijzing Verdeeld: Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën. Den Haag, Centraal Plan Bureau, 2010.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong. Zorg blijft groeien: Financiering onder druk: Trends in gezondheid en zorg. Den Haag: Centraal Plan Bureau, 2011.

Jong, J. de. Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010: CPB Achtergronddocument bij: CPB Policy Brief 2011/11. Den Haag: Centraal Plan Bureau, 2012.

Kloosterman, R. Solidariteit in de gezondheidszorg. CBS Bevolkingstrend, 59, 2011, no.3, p. 33-38.

Kommer, G.J., L.C.J. Slobbe J.J. Polder. Trends en verkenningen van kosten van ziekten: zorg voor euro's - 2. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.

Kooiker, S., et al. Meebetalen aan de zorg: Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012.

Kunst, A.E., et al. Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003: Een verkenning van verschillen naar sociaaleconomische posities, samenlevingsvorm en land van herkomst: zorg voor euro's – 5. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007.

Luijben, A.H.P. en G.J. Kommer. Tijd en Toekomst: Deelrapport van de VTV 2010 van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Maarse, H. Markthervorming in de zorg: een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Maastricht: s.n., 2011.

Naar beter betaalbare zorg: Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven. S.I.: s.n., 2012

Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD Health Data 2012: How Does the Netherlands Compare. S.I.: s.n., 2012.

Polder, J., et al. Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie. In: F.T. Schut en M. Varkevisser (red.). Een economisch gezonde gezondheidszorg: KVS preadviezen 2012. Den Haag: Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde: Sdu Uitgevers, 2012.

Pommer, E., et al. Minder voor het midden: Profijt van de overheid in 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Post, N.A.M., S.L.N. Zwakhals en J.J. Polder. Maatschappelijke baten: Deelrapport van het VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Putters, K. en P.H.A. Frissen. Zorg om vernieuwing. S.I.: s.n., 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Publieke gezondheid. Den Haag: RVZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Preventie van welvaartsziekten. Den Haag: RVZ, 2011.

Rele, H. ter en C. Labanca. Lifetime Generational Accounts for the Netherlands: CPB Discussion Paper 170. Den Haag, Centraal Plan Bureau, 2011.

Slobbe, L.C.J., et al. Kosten van ziekten in Nederland 2007: Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.

Torre, A.G.J. van der, E.J. Pommer en J.J. J. Jonker. Zorg: financiering en profijt. In Donders, J.H.M. en Kam, C.A. de. (Zorg verzekerd? Den Haag: Sdu uitgevers, 2012

Uiters, E. en A. Verweij. Overgewicht: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012.

Vaartjes, I., M.L. Bots en M.J.J.C. Poos. Hoe vaak komt een beroerte voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.

Vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013: 33400 XVI 1 Voorstel van wet. S.I.: s.n., 2012.

Ven, W.P.M.M. van de. Risicoverevening nog niet op orde. In: Economische Statistische Berichten. Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw 2012. Den Haag: Sdu uitgevers, 8 juni 2012.

Verweij, A en F. van der Lucht. Wat is de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening. Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening 2013: WOR 622. S.I.: s.n., 2012.

Wong, A., G.J. Kommer en J.J. Polder. Levensloop en zorgkosten: Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing: zorg voor euro's – 7. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008.

Zeegeers, T., A. Blokstra en E.M. Zantinge. Zijn er verschillen in rookgedrag naar sociaaleconomische status en etniciteit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.

Zorg, De,; hoeveel extra is het ons waard? Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012.

<http://www.gezondheidsnet.nl/hart-voor-je-hart/nieuws/8669/vaker-hartaanval-na-heupof-knicoperatie>

<http://www.gezondheidsnet.nl/hersenen-en-geheugen/nieuws/8655/ceramide-in-het-bloed-wijst-op-alzheimer>

<http://www.gezondheidsnet.nl/medisch/nieuws/8604/betere-begeleiding-na-maagverkleining-nodig>

<http://www.nu.nl/binnenland/2938497/apothekers-gooien-steeds-meer-medicijnen-weg.html>

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/hoogte-en-aanvragen-zorgtoeslag>;

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-recht-op-zorgtoeslag.html>