



# Zorguitgaven, ons een zorg?

Onze nieuwe raming laat zien dat de collectieve zorguitgaven tussen 2025 en 2060 zullen toenemen van bijna 11 naar ruim 18 procent van het bbp. Zo'n stijging wordt door velen als een probleem gezien. In deze publicatie gaan we in op de vraag waarom deze stijging eigenlijk een probleem is. De nadruk ligt op het formuleren van de juiste vragen en het formuleren van een denkkader.

Alleen door naar een brede set indicatoren te kijken, krijgen we een goed beeld. Naast het percentage van het bbp zelf gaat het om de ruimte voor andere uitgaven en de risico- en inkomenssolidariteit.

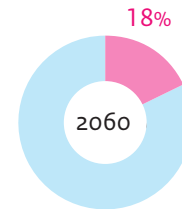
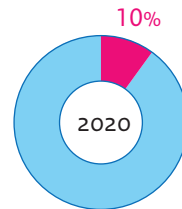
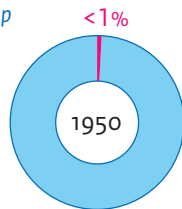
CPB - oktober 2022

Rob Aalbers  
Anne-Fleur Roos

# Nadenken over stijgende zorguitgaven

Een nieuwe raming laat zien dat de collectieve zorguitgaven tussen 2020 en 2060 verder zullen toenemen.

Zorguitgaven als % van het bbp

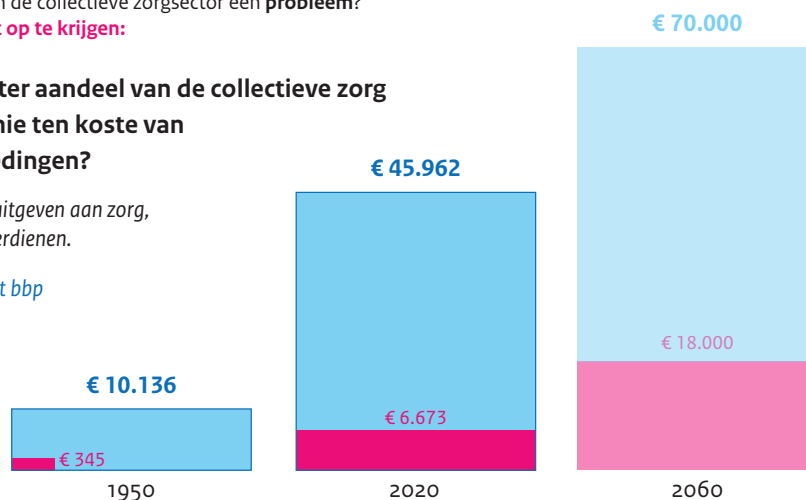


Wanneer is de omvang van de collectieve zorgsector een **probleem**?  
Drie vragen om daar zicht op te krijgen:

**vraag 1** Gaat een groter aandeel van de collectieve zorg in de economie ten koste van andere bestedingen?

Weliswaar gaan we meer uitgeven aan zorg, maar we gaan ook meer verdienen.

Zorgkosten als deel van het bbp per hoofd van de bevolking



**vraag 2** Wegen de baten van zorg op tegen de kosten?

Of de uitgaven aan zorg het "waard" zijn, kunnen we niet alleen aan het bbp aflezen, daarvoor is ook van belang wat je ervoor terugkrijgt



Kwaliteit van leven



Levensverwachting



Betere gezondheid



Doelmatigheid



Inrichting financiering zorg

**vraag 3** Wat is het effect van al dan niet ingrijpen in de stijgende zorgkosten op de inkomens- en risicosolidariteit

**Niet ingrijpen**  
in zorguitgaven of andere collectieve uitgaven

Inkomens solidariteit ↑ Risico-solidariteit ?

- Hogere inkomens zullen een steeds groter deel van de kosten voor hun rekening moeten nemen

**Bezuinigen**  
op collectieve uitgaven

Inkomens solidariteit ? Risico-solidariteit =

- Afhankelijk van de bezuiniging (bv op onderwijs of defensie) leidt dit tot **minder/meer herverdeling**

**Minder zorg**  
collectief financieren

Inkomens solidariteit ↓ Risico-solidariteit ↓

- Door hogere eigen risico zullen (chronisch) zieken **meer gaan betalen**
- Voor (chronisch) zieken en lagere inkomens wordt het lastiger zich aanvullend te verzekeren bij een sober basispakket (minder keuze).

# Samenvatting

**Een nieuwe raming van de Nederlandse zorguitgaven laat zien dat de collectieve zorguitgaven tussen 2025 en 2060 zullen toenemen van bijna 11 naar ruim 18 procent van het bbp.** De grootste stijging vindt plaats, mede onder invloed van de vergrijzing, in de langdurige zorg. Omdat de uitgaven in zowel de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) minder hard stijgen dan die in de Wet langdurige zorg (Wlz), neemt het aandeel van de langdurige zorg in de totale zorgkosten tussen 2025 en 2060 toe van bijna een derde tot ruim 45 procent. Een verwachte stijging van de zorguitgaven wordt meestal als een probleem gezien.<sup>1</sup>

**In deze publicatie gaan we in op de vraag wanneer de omvang van de collectieve zorgsector een probleem is.** Hoe beoordelen we of 18 procent van het bbp aan collectieve zorguitgaven in 2060 (te) veel is? Krijgen we voldoende waar voor het geld dat we aan de zorg uitgeven? Welke keuzes kunnen we maken om de groei van de zorguitgaven desgewenst te beperken? En wat zijn de gevolgen van die keuzes voor de risico- en inkomenssolidariteit? Deze publicatie is daarbij primair agenderend van aard: de nadruk ligt op het formuleren van de juiste vragen en het formuleren van een denkkader.

**Een groter aandeel van de collectieve zorg in de economie gaat niet zondermeer ten koste van andere bestedingen.** Om te beoordelen of we (te) veel uitgeven aan zorg wordt meestal het percentage bbp aan collectieve zorguitgaven in de toekomst vergeleken met het percentage van vandaag. Een (te) grote stijging van dit percentage wordt dan geïnterpreteerd als een probleem. Maar deze maatstaf houdt geen rekening met de stijging van het bbp in dezelfde periode. We laten zien dat het bbp tussen 1950 en 2020 voldoende is gestegen om zowel de zorg- als andere uitgaven te financieren. Of dat in de toekomst ook zo zal zijn, moet blijken. In deze publicatie laten we tevens zien dat de ruimte voor een stijging van uitgaven in de toekomst beperkter is dan in het verleden.

**We moeten ook naar de baten van zorg kijken als we ons afvragen hoeveel we aan zorg willen uitgeven.** Op dit vlak zijn de signalen niet eenduidig. Aan de ene kant suggereren studies dat de baten van zorg substantieel zijn. Aan de andere kant moeten we concluderen dat er in de zorg nog veel ruimte is voor meer doelmatigheid. Zo blijkt het tegengaan van onzinnige zorg in de praktijk weerbarstig. Perverse financiële prikkels, verouderde richtlijnen of het niet opvolgen van die richtlijnen houden het niet-gepast gebruik van zorg in stand. Een eenvoudige oplossing is hiervoor nog niet in beeld.

**In discussies over de zorg spelen naast kosten en baten ook de inkomens- en risicosolidariteit een belangrijke rol.** In onze samenleving vinden we het belangrijk dat de collectieve zorg toegankelijk en betaalbaar is voor alle inkomensgroepen. Daarnaast is ook de solidariteit tussen zieke en gezonde mensen een belangrijk onderdeel van ons zorgstelsel. Diverse studies achten ingrijpen in de groei van de zorguitgaven noodzakelijk en doen daar suggesties voor, maar gaan niet in op de gevolgen daarvan op de inkomens- en risicosolidariteit in de zorg.

**Op hoofdlijnen geeft deze publicatie aan wat het mogelijke effect is van een beperkt aantal stereotype 'denkrichtingen'.** De eerste denkrichting is niet ingrijpen in de stijgende zorguitgaven of andere collectieve uitgaven en de collectieve lastendruk laten oplopen. De tweede denkrichting is te bezuinigen op andere overheidsuitgaven. De derde denkrichting is om minder zorg collectief te financieren. Alle denkrichtingen hebben consequenties voor de risico- en/of inkomenssolidariteit, maar in welke mate dat het geval is, hangt af van de vormgeving. Duidelijk is echter wel dat de effecten op de inkomens- en risicosolidariteit in potentie omvangrijk kunnen zijn.

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld BMH (2020), SBR (2020), WRR (2021)

# 1 Inleiding

**De trendmatige groei van zorguitgaven ligt al langjarig boven die van het bbp. De verwachting is dat deze trend zich zal voortzetten.** Volgens de nieuwe raming in deze publicatie lopen de collectieve zorguitgaven op van 10% in 2020 naar 18% in 2060. De verwachte stijging van zorguitgaven wordt meestal als een probleem gezien. Zo constateert de werkgroep Brede Maatschappelijke Heroverweging dat stijgende zorguitgaven een beslag leggen op de ruimte voor de groei van collectieve uitgaven in andere domeinen.<sup>2</sup> De Studiegroep Begrotingsruimte signaleert hetzelfde probleem en wijst op de ongelijke behandeling van collectieve sectoren, waardoor de zorguitgaven automatisch harder stijgen dan uitgaven aan andere collectieve sectoren.<sup>3</sup> De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) constateerde dat de snelle stijging van het gebruik van zorg de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg onder druk zet.<sup>4</sup>

**Van verschillende kanten wordt op de noodzaak tot ingrijpen gewezen.** De WRR bepleit dat de overheid scherpere keuzes moet maken om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de toekomst te blijven waarborgen. De Studiegroep Begrotingsruimte dringt er in het kader van houdbare overheidsfinanciën op aan om de structurele stijging van de zorguitgaven af te remmen. De werkgroep Brede Maatschappelijke Heroverweging wijst erop dat de huidige organisatie van de zorg zowel qua beroep op de arbeidsmarkt als op de overheidsfinanciën niet houdbaar is. De overheid heeft beperkt grip op de macrobeheersing van de zorguitgaven door de open-einde aanspraken en het wettelijk recht op zorg.

**Veel voorstellen tot ingrijpen zijn weinig concreet en geven geen inzicht in de gevolgen ervan voor huishoudens.** De WRR suggereert om de groei in zorgvolume te beperken tot demografische ontwikkelingen en keuzes over verdere uitbreidingen expliciet bij de politiek neer te leggen. Hoe dergelijke keuzes eruit (kunnen) zien en wat het effect van deze keuzes is voor huishoudens blijft ongewis. De werkgroep Brede Maatschappelijke Heroverweging presenteert een uitgebreide set van maatregelen om de houdbaarheid van zorguitgaven te verbeteren. De werkgroep benoemt wel dat deze maatregelen zullen leiden tot herverdelings- en inkomenseffecten, maar geeft geen inzicht in de omvang daarvan.

**In deze publicatie presenteren we een nieuwe raming van de ontwikkeling van de zorguitgaven op lange termijn. Vervolgens gaan we dieper in op de ontwikkeling van de zorguitgaven en de vraag wanneer de omvang van de collectieve zorg een probleem is.** Ook geven we een eerste aanzet om de gevolgen van ingrijpen in de zorgkosten voor huishoudens in kaart te brengen. Vragen die we behandelen zijn: Hoe beoordelen we of het al dan niet noodzakelijk is om in te grijpen in de groei van de zorguitgaven? Krijgen we wel voldoende waar voor het geld dat we aan de zorg uitgeven? Welke keuzes kunnen we op hoofdlijnen maken om groei van de collectieve zorguitgaven desgewenst te beperken? En wat zijn de gevolgen van die (meestal ingrijpende) keuzes voor de risico- en inkomenssolidariteit? Deze publicatie is daarbij primair agenderend van aard: de nadruk ligt op het formuleren van de juiste vragen en het formuleren van een denkkader.

---

<sup>2</sup> BMH (2020)

<sup>3</sup> SBR (2020)

<sup>4</sup> WRR (2021)

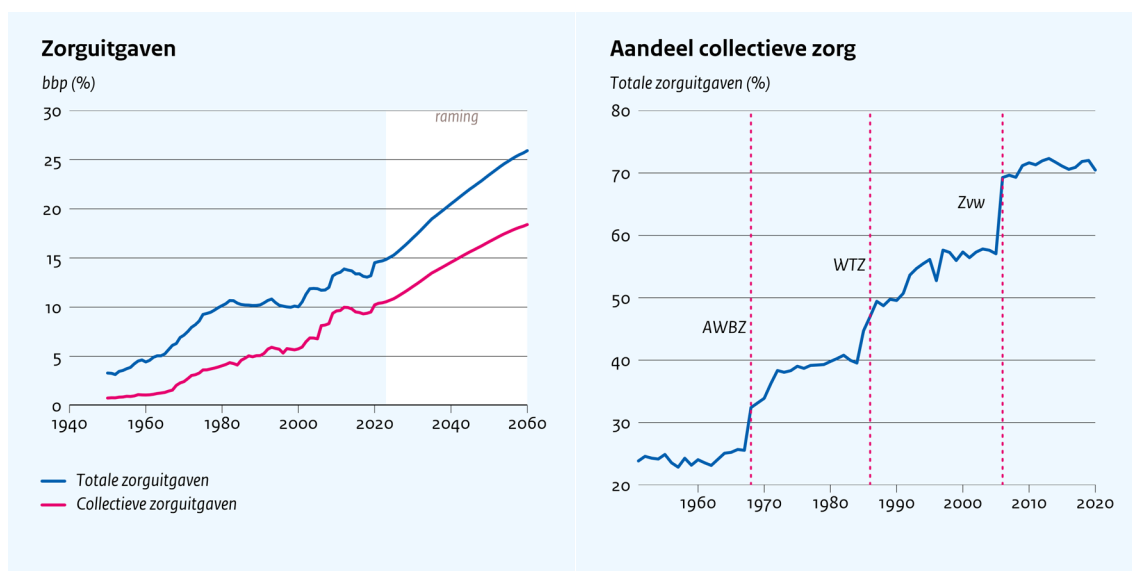
## 2 Een raming tot 2060

Het CPB heeft een nieuwe raming van de Nederlandse zorguitgaven tot 2060 gemaakt. Deze raming is gebaseerd op de mlt-systematiek en raamt zorguitgaven bij ongewijzigd beleid (zie tekstkader 1). Deze nieuwe raming verschilt op een aantal punten van reeds bestaande projecties en ramingen van de zorguitgaven op de lange termijn. Bijlage 1 licht de verschillen kort toe.

De nieuwe raming brengt zowel de totale als de collectieve zorguitgaven tot 2060 in beeld. De totale zorguitgaven omvatten naast de collectieve zorguitgaven ook de private uitgaven in de vorm van aanvullende verzekeringen en eigen betalingen.<sup>5</sup> De meeste studies kijken naar de ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven. Vanuit de overheidsuitgaven bezien, ligt die focus voor de hand. Omdat deze publicatie ook kijkt naar de gevolgen van ingrijpen in collectieve zorg voor huishoudens, geven we ook een raming van de totale zorguitgaven. In veel gevallen leidt ingrijpen in de collectieve zorg immers tot hogere private uitgaven.

De raming laat zien dat de collectieve zorguitgaven tussen 2020 en 2060 stijgen van ongeveer 10 naar ruim 18 procent van het bbp. Deze stijging van de zorguitgaven past in een historische trend. Zo bedroegen de collectieve zorguitgaven in 1950 nog minder dan 1 procent van het bbp (zie figuur 2.1 links). De stijging van de collectieve zorguitgaven door de jaren heen kent verschillende oorzaken. Naast demografische ontwikkelingen en het Baumol effect<sup>6</sup> worden continu nieuwe technologieën en behandelingen geïntroduceerd. Verder werd het collectieve pakket tussen 1950 en 2020 een aantal keer substantieel uitgebreid: in 1968 door de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), in 1986 rondom de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZ) en in 2006 door de invoering van de Zvw (zie figuur 2.1 rechts).

Figuur 2.1 Collectieve en totale zorguitgaven (links) en aandeel collectieve zorg in totale zorg (rechts)



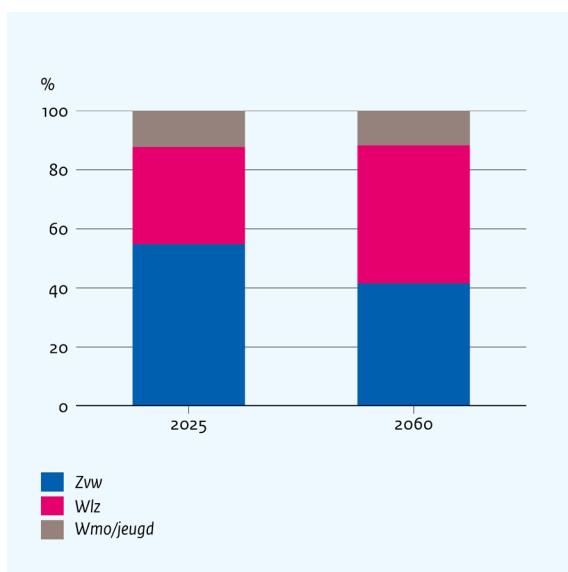
<sup>5</sup> Ook de welzijnszorg wordt door het CBS tot de zorguitgaven gerekend, zie bijlage 1.

<sup>6</sup> Vooral door loonstijging nemen de inputprijzen in de zorg sneller toe dan de prijsontwikkeling van het bbp. Hoewel de arbeidsproductiviteit in de zorg kan achterblijven bij de rest van de economie, kunnen de lonen in de zorg op de lange termijn niet achterblijven, omdat de sector anders onvoldoende personeel kan aantrekken en behouden. Hierdoor kan de zorg relatief duurder worden. Dit wordt aangeduid met het Baumol-effect (CPB, 2019).

**Ook de totale zorguitgaven stijgen.** Waar deze in 1950 op ruim 3 procent van het bbp lagen, was dit in 2020 opgelopen tot ruim 15 procent van het bbp. Volgens onze nieuwe raming zullen de totale zorguitgaven in 2060 oplopen naar bijna 26 procent van het bbp (zie figuur 2.1 links).

**Kijken we iets dieper naar de oorzaken van deze stijging, dan zien we dat de zorguitgaven met name in de Wlz sterk toenemen.** Een belangrijke verklaring voor deze toename is de vergrijzing. Deze piekt naar verwachting rond 2040 om daarna te stabiliseren. Een andere reden waarom het aandeel van de Wlz tot 2060 toeneemt, is dat deze sector relatief arbeidsintensief is, waardoor de stijging van de lonen een groter effect op de uitgaven heeft. Tot slot heeft de Wlz te maken met een relatief hoge overige groei, die het gevolg kan zijn van sociaal-culturele ontwikkelingen en de introductie van nieuwe technologieën.<sup>7</sup> Het aandeel van de Wlz in de collectieve zorguitgaven neemt daardoor tussen 2025 en 2060 toe van bijna een derde tot ruim 45 procent (zie figuur 2.2).

**Figuur 2.2 Aandeel van hoofdsectoren in de collectieve zorguitgaven**



<sup>7</sup> De raming van de overige groei in de Wlz is ten tijde van de middellangetermijnverkenning 2022-2025 naar boven bijgesteld. Dit was een gevolg van betere en meer gedetailleerde cijfers over de periode 1990-2010. Zie ook bijlage 2 in CPB (2019).

### Tekstkader 1: Systematiek raming zorguitgaven tot 2060

Bij de nieuwe raming van de zorguitgaven tot 2060 heeft het CPB de systematiek toegepast die eerder is gebruikt bij de middellangtermijnraming van de zorguitgaven (mlt-zorg). Net zoals bij de mlt-zorg is een uitsplitsing gemaakt naar drie hoofdsectoren: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorguitgaven (Wmo/jeugd). Voor elke hoofdsector zijn de zorguitgaven in de periode 2022 – 2060 bepaald door de zorguitgaven in het voorgaande jaar te vermenigvuldigen met groeivoeten en vervolgens te corrigeren voor reeds bekend beleid.

De zorguitgaven in het voorgaande jaar worden vermenigvuldigd met vijf groeicomponenten, te weten:

1. Algemene inflatie (prijsontwikkeling van het bbp)
2. Stijging van de reële lonen en prijzen (extra stijging van de inputprijzen van de zorg ten opzichte van de algemene inflatie)
3. Demografie
4. Inkomensgroei per hoofd (op basis van structurele groei van het bbp per hoofd van de bevolking)
5. Overige groei. Deze onverklaarde groei kan verschillende oorzaken hebben. Voorbeelden zijn nieuwe behandelingen op basis van nieuwe technologie of medicijnen en sociaal-culturele ontwikkelingen.

Tabel 2.1 geeft een uitsplitsing van de reële groei van de netto collectieve zorguitgaven in de jaren 2022-2025 en 2026-2060 en vergelijkt deze met eerdere ramingen. De reële groei van de netto zorguitgaven in de periode 2026-2060 valt 0,4 procentpunt lager uit dan in de periode 2022-2025. De belangrijkste oorzaken zijn lagere bijdragen vanuit demografische groei en inkomensgroei per hoofd.

**Tabel 2.1 Opbouw van de jaarlijkse reële groei van de netto zorguitgaven voor verschillende ramingen (in %)**

	1991-2018 (a)	2018-2021	2022-2025	2026-2060
Jaarlijkse reële groei van de netto zorguitgaven	3,0	2,9	3,3	2,9
...waarvan reële lonen en prijzen	0,5	-0,0	0,7	0,7
...waarvan demografie	1,0	1,4	1,2	1,0
...waarvan inkomensgroei per hoofd	1,2	0,6	0,9	0,8
...waarvan overige groei	0,3	0,1	0,4	0,4

(a) De groei 1991-2018 betreft geconstrueerde brutoreeksen op basis van de zorgrekeningen conform de wettelijke regelingen in 2018.

Voor toelichting op de verschillende onderdelen en voor herkomst gegevens kolommen 1, 2 en 3, zie CPB (2019) en CPB (2022).

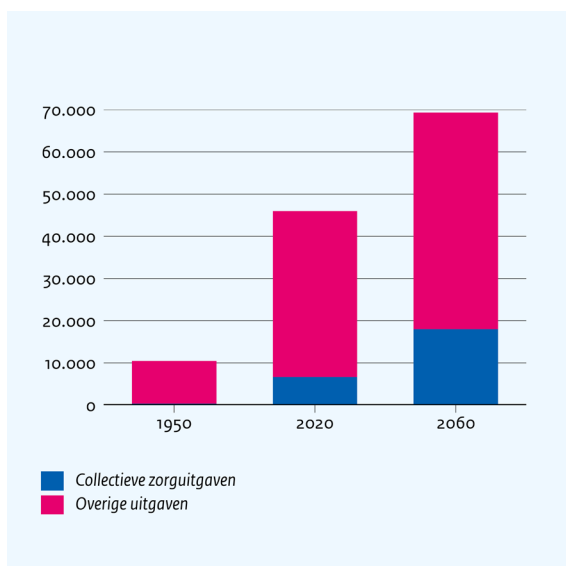
## 3 De omvang van de collectieve zorg

Een veelgebruikte indicator om te beoordelen of het nodig is om in de toekomst in te grijpen in de groei van de collectieve zorguitgaven, is het aandeel van de collectieve zorguitgaven in de economie. Maar hoe geschikt is deze indicator eigenlijk? Om daar gevoel voor te krijgen voeren we een gedachtenexperiment uit. We gaan in dat gedachtenexperiment terug in de tijd. In 1950 gaven we 0,8 procent van het bbp uit aan collectieve zorg (zie figuur 2.1 links). Veronderstel nu dat het CPB in 1950 een rapport had uitgebracht met de boodschap dat Nederland in 2020 ruim 10 procent van het bbp aan collectieve zorg zou uitgeven. Dan had vrijwel iedereen gedacht dat dat onbetaalbaar zou zijn. Maar, als we ons nu de vraag stellen of we de collectieve zorguitgaven zouden moeten halveren of zelfs zouden moeten terugbrengen naar het niveau van 1950, zou niemand daar vermoedelijk veel voor voelen.

Het percentage bbp dat we uitgeven aan collectieve zorg geeft dus geen uitsluitel over de wenselijkheid ervan. Zo houdt het percentage bbp bijvoorbeeld geen rekening met de vraag wat we collectief verdienen. Opnieuw gaan we terug in de tijd om dat te illustreren. In 2020 waren de collectieve zorguitgaven in vergelijking met 1950 bijna zestig keer zo hoog. Maar omdat we in 2020 ook bijna vierenhalf keer zo veel te besteden hadden dan in 1950, konden de uitgaven aan andere dingen dan collectieve zorg nog steeds met een factor vier toenemen (zie figuur 3.1).

Betaalbaarheid van collectieve zorg gaat niet alleen over de vraag wat we eraan uitgeven, maar ook over de vraag hoeveel we verdienen. Kijkend naar de toekomst laat onze raming zien dat de collectieve zorguitgaven tussen 2020 en 2060 bijna verdrievoudigen. Tegelijkertijd neemt ook ons inkomen met de helft toe (figuur 3.1). Er is daarmee nog steeds ruimte voor een stijging van de andere uitgaven, maar die ruimte is wel beperkter dan in het verleden.

Figuur 3.1 Collectieve zorguitgaven en bbp per capita (in prijzen van 2020)



Daarvoor is een aantal oorzaken aan te wijzen. Zo leidt de vergrijzing tot een hogere groei van de vraag naar zorg en zal de economische groei in de toekomst waarschijnlijk lager zijn dan in het verleden. Tot slot is er ook een niveau-effect. In 2020 waren de collectieve zorguitgaven veel hoger dan in 1950 (zie figuur 2.1 rechts). Dit maakt het lastiger om verdere groei op te vangen.



**Naast de kosten zou ook de schaarste op de arbeidsmarkt een rem zetten op de omvang van de collectieve zorg.** Rond de eeuwwisseling verschenen al rapporten dat de grenzen van de arbeidsmarkt in zicht kwamen.<sup>8</sup> Tot nu toe lijkt de arbeidsmarkt, ondanks de knelpunten, de groei in de zorg te kunnen bijbenen. Zo werkte in de jaren zeventig van de vorige eeuw 1 op 12 werknemers in de zorg, nu is dat 1 op de 7.<sup>9</sup> Ook op dit punt moeten we ons afvragen of zover vooruitkijken wel waardevolle inzichten kan opleveren. Een eeuw geleden kon niemand zich voorstellen dat nu ruim tachtig procent van de Nederlanders in de dienstensector zou werken, waarbij de groei met name bij de commerciële diensten zat.<sup>10</sup> Mocht krapte op de arbeidsmarkt een rem zetten op de omvang van de collectieve zorg, dan kunnen hogere lonen in de zorg eraan bijdragen om deze krapte te verminderen. De stijging van de zorguitgaven valt daardoor wel hoger uit.

---

<sup>8</sup> Zie bijvoorbeeld RMO/RVZ (1999)

<sup>9</sup> WRR (2021)

<sup>10</sup> CBS (2017)

## 4 Een bredere afweging

**Als we ons afvragen hoeveel we aan zorg willen uitgeven, moeten we behalve naar de uitgaven, inkomsten en arbeidsmarkt ook naar de baten van zorg kijken.** Puur uit het feit dat we de zorguitgaven kunnen betalen of dat er mensen 'aan het bed' beschikbaar zijn, volgt immers niet dat de samenleving dat ook wil. De belangrijkste reden om (meer) geld uit te geven aan zorg (of aan welke collectieve sector dan ook) is dat de baten daarvan groter zijn dan de kosten.

**De signalen op dat vlak zijn niet eenduidig.** Aan de ene kant zijn er aanwijzingen dat de baten van de zorg substantieel zijn. Zo wordt de helft van de toegenomen levensverwachting sinds de jaren vijftig toegeschreven aan de gezondheidszorg op het gebied van hart- en vaatziekten, infectieziekten en kanker.<sup>11</sup> Ook andere onderzoeken laten zien dat de baten van zorg substantieel zijn.<sup>12</sup> Bovendien blijkt het mogelijk te zijn om in delen van de zorg de productiviteit behoorlijk te verhogen.<sup>13</sup> Of de bijdrage van zorg aan een goede gezondheid ook in de toekomst zo hoog zal zijn, blijft natuurlijk koffiedik kijken. Aan de andere kant zijn er aanwijzingen dat er in de zorg nog veel ruimte is om de doelmatigheid te vergroten. Veelgenoemde redenen waarom verleende zorg niet doelmatig hoeft te zijn, zijn een verkeerde diagnosestelling<sup>14</sup>, aanbodgeïnduceerde vraag<sup>15</sup> en schotten in de zorg.<sup>16</sup>

**Om de doelmatigheid van de zorg te vergroten, is het noodzakelijk om het kaf van het koren te scheiden.** Patiënten zouden alleen zinnige zorg moeten krijgen. Dat is echter eenvoudiger gezegd dan gedaan. De praktijk van zinnige zorg is weerbarstig. Zo kunnen perverse financiële prikkels, verouderde richtlijnen of het niet opvolgen van richtlijnen het niet-gepast gebruik van zorg in stand houden.<sup>17</sup> Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn dat niet alles in een richtlijn kan worden vastgelegd en dat zorgaanbieders in het belang van de patiënt van een richtlijn kunnen en mogen afwijken. Omdat de ene patiënt de andere niet is, is het voor verzekeraars en patiënten in de praktijk vaak lastig om te beoordelen of er in individuele gevallen sprake is van zinnige zorg (of niet). Het doelmatiger maken van de zorg is toe nu toe een lastig begaanbare weg gebleken.

**Inzet op meer doelmatigheid is weliswaar nodig, maar de budgettaire effecten zijn naar verwachting beperkt.** Juist omdat de praktijk van zinnige zorg zo weerbarstig is, mag van de inzet op meer doelmatigheid geen al te grote effecten worden verwacht. Een grotere doelmatigheid in zorgprocessen hoeft bovendien niet noodzakelijkerwijs tot een daling van de zorguitgaven te leiden, als de vrijgekomen ruimte of arbeidstijd voor andere zaken wordt benut.

**De wijze van financiering in combinatie met de bijzondere kenmerken van de gezondheidszorg maken dat de baten van zorg niet altijd groter zijn dan de kosten ervan.** Huishoudens hebben, zodra ze zorg nodig hebben, maar een beperkte prikkel om minder zorg af te nemen. Voor de meeste kosten zijn ze immers verzekerd. Ook de financiering van de zorg geeft geen prikkel om de vraag naar zorg af te remmen. Zo lopen kwaliteitsstijgingen door open-einde-financiering automatisch in het budget en hebben artsen onvoldoende prikkels om efficiëntieverbeteringen terug te geven aan de belastingbetaler. Hierdoor is er zowel aan de vraag- als aanbodkant van de zorg maar een heel beperkte afweging tussen de kosten en baten van zorg.

---

<sup>11</sup> RIVM (2020)

<sup>12</sup> Heijink et al. (2013); Van Baal et al. (2019)

<sup>13</sup> Cutler et al. (2022)

<sup>14</sup> Abaluck et al. (2016)

<sup>15</sup> Douven et al. (2019)

<sup>16</sup> SiRM, Celsus academie & Talma institute (2017)

<sup>17</sup> Algemene Rekenkamer (2020)

## 5 Effecten op solidariteit

**In discussies over de zorg spelen naast kosten en baten ook de inkomens- en risicosolidariteit een belangrijke rol.** In onze samenleving vinden we het belangrijk dat de collectieve zorg toegankelijk en betaalbaar is voor alle inkomensgroepen. Zo is er een verplichte basisverzekering en krijgen lage inkomens bijvoorbeeld een zorgtoeslag om de premie van de ziektekostenverzekering te kunnen betalen. Daarnaast is ook de solidariteit tussen zieke en gezonde mensen een belangrijk onderdeel van ons zorgstelsel. Zorgverzekeraars mogen geen verzekerden weigeren of premiedifferentiatie toepassen binnen de basisverzekering.

**Toch weten we maar weinig over wat er gebeurt met de inkomens- en risicosolidariteit in de zorg als er (niet) in de zorguitgaven ingegrepen wordt.** Diverse studies achten ingrijpen in de groei van de zorguitgaven noodzakelijk en doen daar suggesties voor, maar gaan niet in op de gevolgen daarvan op de inkomens- en risicosolidariteit.<sup>18</sup> Het is bijvoorbeeld niet duidelijk hoe de inkomens- en risicosolidariteit veranderen als de eigen betalingen worden verhoogd of het pakket wordt verkleind.<sup>19</sup> Het CPB is van plan om dit te gaan onderzoeken. Op hoofdlijnen geven we hieronder aan in welke richting de effecten waarschijnlijk zullen gaan. We doen dat voor een beperkt aantal stereotype ‘denkrichtingen’.

**De eerste denkrichting is om niet in te grijpen in de stijgende zorguitgaven of andere collectieve uitgaven en de collectieve lastendruk op te laten lopen.** Niet ingrijpen in de stijging van de zorguitgaven heeft tot gevolg dat er in de toekomst een groter beroep zal moeten worden gedaan op de inkomenssolidariteit. Stijgende zorguitgaven leiden immers tot hogere premies (in geval van de Zvw) en belastingen (in geval van de Wlz en Wmo). Omdat de lagere inkomens deze stijging niet kunnen betalen, zullen de hogere inkomens een steeds groter deel van de zorgkosten voor hun rekening moeten nemen. In geval van de curatieve zorg betekent dit niet alleen dat de zorgtoeslag moet stijgen, maar ook dat steeds meer inkomensgroepen in aanmerking zullen komen voor zorgtoeslag. Om de stijgende kosten binnen de Wlz en Wmo te financieren, zullen de belastingentarieven voor de hogere inkomens en vermogens moeten stijgen. In alle gevallen leidt dit tot meer herverdeling en daarmee tot een toename van de inkomenssolidariteit over de tijd heen.

**De tweede denkrichting is te bezuinigen op de andere overheidsuitgaven, zoals onderwijs, sociale zekerheid, defensie en klimaat.** Dit zal de stijging van de collectieve lastendruk beperken en kan leiden tot minder herverdeling in de toekomst. Het betekent wel dat andere collectieve voorzieningen schraler worden. Omdat andere collectieve voorzieningen ook een effect op de gezondheid kunnen hebben, kunnen deze bezuinigingen ook tot een minder goede gezondheid leiden. Afhankelijk van de specifieke invulling kan bezuinigen op andere overheidsuitgaven ook gepaard gaan met herverdelingseffecten.

**De derde denkrichting is om minder zorg collectief te financieren.** Hierin maken verschillende landen verschillende keuzes. Zo kent Nederland in vergelijking met andere landen relatief hoge uitgaven aan en lage eigen bijdragen voor langdurige zorg.<sup>20</sup> Ook zijn er landen met hogere eigen betalingen in de curatieve zorg en een kleiner basispakket.<sup>21</sup> Op basis van de vergelijking met het buitenland lijkt er in Nederland dus ruimte te zijn

---

<sup>18</sup> Zie respectievelijk BMH (2020), SBR (2020) en WRR (2021).

<sup>19</sup> Eerdere studies van het CPB deden een voorzet. Wouterse et al. (2019) hebben de welvaartseffecten van twee alternatieve vormen van eigen bijdragen in de langdurige zorg in kaart gebracht. Wouterse et al. (2016) richtten zich op de herverdelingseffecten verbonden aan alternatieve financieringsalternatieven (hogere eigen risico, bevroering eigen risico en leeftijdsafhankelijke premie) voor ‘extra’ zorgkosten. De onderzochte beleidswijzigingen in deze studies zijn in omvang beperkt, omdat zij niet als doel hadden de collectieve lastendruk substantieel te verminderen.

<sup>20</sup> WHO/OESO (2021)

<sup>21</sup> Zie WHO (2022) voor een overzicht van de eigen betalingen in verschillende landen.

om de eigen betalingen te verhogen en het verzekerde pakket te verkleinen. We verkennen hieronder de effecten van beide alternatieven op de inkomens- en risicosolidariteit in de zorg.

**Het verhogen van de eigen betalingen beperkt de collectieve lastendruk en leidt tot een daling van de risicosolidariteit.** Door hogere eigen betalingen betalen huishoudens minder zorgpremie en belastingen en zal de collectieve lastendruk minder toenemen. Omdat diegenen die zorg nodig hebben meer zullen gaan betalen, leiden eigen betalingen tot een daling van de risicosolidariteit.

**Het inperken van het collectief verzekerde pakket door het beperken van de aanspraken<sup>22</sup> leidt tot een daling van de risico- en inkomenssolidariteit.** Het beperken van de aanspraken leidt tot meer keuzevrijheid voor huishoudens. Alleen zij die dat willen, zullen zich immers aanvullend verzekeren. Die keuzevrijheid kent in de praktijk wel beperkingen. Met name lagere inkomens zullen noodgedwongen van een aanvullende verzekering moeten afzien. Ook voor (chronisch) zieken zal het lastig zijn om zich aanvullend te verzekeren. Het beperken van de aanspraken leidt dan ook tot een afname van zowel de inkomens- als de risicosolidariteit. Ervaringen in Australië laten verder zien dat de markt voor aanvullende verzekeringen in een zogenoemde *premium death-spiral* terecht kan komen. Na verloop van tijd blijven alleen de hogere risico's over, stijgen de premies, waardoor steeds minder mensen het aantrekkelijk vinden om zich te verzekeren, enzovoort (zie tekstkader 2).

### Tekstkader 2: *premium death-spiral* in de praktijk

Australië kent van oudsher een privaat zorgsysteem, waarin zowel de financiering als de levering van zorg in private handen is. In de jaren 80 van de vorige eeuw introduceerde de overheid daarnaast Medicare, een publiek systeem. Medicare wordt gefinancierd uit belastingopbrengsten en geeft toegang tot publieke gezondheidszorgvoorzieningen. Private verzekeringen vormen een aanvulling op het relatief kleine collectieve pakket dat gefinancierd wordt via Medicare. Zo levert Medicare een beperkte dekking voor aanvullende zorgproducten zoals tandheelkundige zorg. Om toegang te krijgen tot dergelijke aanvullende voorzieningen, zijn verzekerden op private aanvullende zorgverzekeringen aangewezen (Healy et al. 2006; Duckett & Nemet, 2019). Naast een aanvulling op het publieke pakket, verlenen de private verzekeringen ook toegang tot private alternatieven voor het publieke gezondheidszorgsysteem. De publieke sector kent lange wachtlijsten. Meer keuze en snellere toegang tot zorg is een belangrijk voordeel van de private sector (Buchmueller et al. 2013).

Private aanvullende verzekeringen hebben in Australië dus een belangrijke rol als het gaat om de toegang tot gezondheidszorg. De verzekeringen kampen echter met teruglopende aantallen verzekerden. Sinds 1971 nam het percentage aanvullend verzekerden af van bijna 80 procent tot ongeveer 30 procent in 1998. Een belangrijke reden was *adverse selection* (Barret & Conlon, 2003). De overheid greep in. Via regulering, zoals kortingen voor ouderen en lagere inkomens, en strafkortingen voor hoge inkomens en mensen die op hogere leeftijd instappen, steeg het percentage verzekerden naar ongeveer 45 procent in 2010 (APRA, 2021). Op dit moment daalt het aantal verzekerden echter wederom gestaag. De verzekering wordt daardoor steeds onaantrekkelijker (Duckett & Nemet, 2019). Dit wordt aangeduid met de term '*premium death-spiral*' (Duckett & Moran, 2021): door de sterk stijgende verzekeringspremies kiezen mensen met lage risico's ervoor om zich niet te verzekeren. Het resultaat is een verzekering die vooral hoge risico's verzekert, waardoor de premies verder stijgen. Steeds minder mensen vinden het dan aantrekkelijk om zich te verzekeren, enzovoort.

<sup>22</sup> Budgetteren kan een variant hierop zijn en kan via het zorgaanbod worden toegepast. Doordat de zorguitgaven worden beperkt, kunnen er wachtlijsten ontstaan. Als dit leidt tot de opkomst van een private markt neemt de inkomens- en risicosolidariteit af.

**Hierboven hebben we een eerste schets gegeven van de effecten van ingrijpen in de zorg op de inkomens- en risicosolidariteit.** Benadrukt moet worden dat de omvang van deze effecten nog onbekend is. Stel dat er bijvoorbeeld besloten wordt om het verplicht eigen risico in de Zvw te verhogen. Dan leidt dat in principe tot minder inkomens- en risicosolidariteit. Maar in welke mate dat het geval is, hangt af van de vormgeving. Wordt bijvoorbeeld tegelijkertijd besloten om het verplicht eigen risico inkomensafhankelijk te maken, dan kan het effect op de inkomenssolidariteit wel eens volledig wegvallen.

**Duidelijk is echter wel dat de effecten op de inkomens- en risicosolidariteit in potentie omvangrijk kunnen zijn.** Stel bijvoorbeeld dat besloten wordt om in Nederland de reële zorguitgaven per persoon tussen 2025 en 2060 constant te houden.<sup>23</sup> Dan geven we in 2060 geen 18,4 procent van het bbp uit aan zorg, maar 12,3 procent van het bbp. Ten opzichte van onze nieuwe raming moet de omvang van het verzekerde pakket in 2060 met ongeveer een derde afnemen.<sup>24</sup> Dat is een groot verschil. De effecten op de inkomens- en risicosolidariteit zullen overeenkomstig zijn.

---

<sup>23</sup> In termen van onze ramingensystematiek betekent dit dat we de zorguitgaven alleen laten stijgen met de componenten demografie en reële lonen en prijzen. De zorguitgaven groeien dan met 1,7% in plaats van 2,9% per jaar (zie tekstkader 1).

<sup>24</sup>  $(12,3 - 18,4) / 18,4 = -33\%$ .

# Literatuur

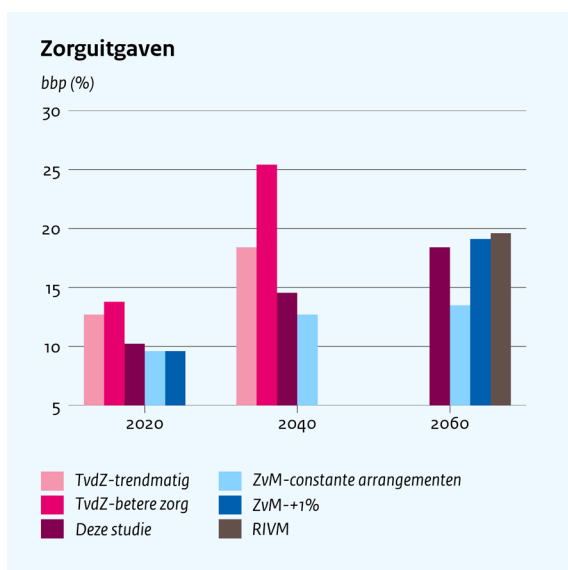
- Abaluck, J., L. Agha, C. Kabrhel, A. Raja en A. Venkathesh, 2016, The determinants of productivity in medical testing: intensity and allocation of care, *American Economic Review*, vol. 106, nr. 12, pag. 3730-3764.
- Algemene Rekenkamer, 2020, Verzekerd van Zinnige Zorg. De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019, Algemene Rekenkamer, Den Haag.
- APRA, 2021, Statistics: private health insurance membership trends September 2021, Australian Prudential Regulation Authority, Sydney.
- Baal, van. P., M. Perry-Duxbury, P. Bakx, M. Versteegh, E. van Doorslaer en W. Brouwer, 2019, A cost-effectiveness threshold based on the marginal returns of cardiovascular hospital spending, *Health Economics*, vol. 28, pag. 87-100.
- Barrett, G.F. en R. Conlon, 2003, Adverse selection and the decline in private health insurance coverage in Australia: 1989-95, *The Economics Record*, vol. 79, nr. 246, pag. 279-296.
- BMH, 2020, Naar een toekomstbestendig zorgstelsel. Brede Maatschappelijke Heroverweging, Rijksoverheid, Den Haag.
- Buchmueller, T.C., D.G. Fiebig, G. Jones en E. Savage, 2013, Preference heterogeneity and selection in private health insurance: the case of Australia, *Journal of Health Economics*, vol. 32, nr. 5, pag. 757-767.
- CBS, 2017, Belang dienstensector sinds 1969 sterk toegenomen, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/27/belang-dienstensector-sinds-1969-sterk-toegenomen>, Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag.
- CPB, 2013, Toekomst voor de zorg, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CPB, 2019, Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CPB, 2019b, Zorgen om morgen. CPB vergrijzingsstudie, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CPB, 2020, Analyse coalitieakkoord 2022-2025, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CPB, 2021, Keuzes in Kaart 2022-2025. Economische analyse van verkiezingsprogramma's, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CPB, 2022, Centraal Economisch Plan 2022, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Coalitieakkoord, 2021, Coalitieakkoord 2021-2025. Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, VVD, D66, CDA en ChristenUnie, Den Haag.
- Cutler, D.M., K. Ghosh, K.L. Messer, T. Raghunathan, A.B. Rosen en S.T. Stewart, 2022, A satellite account for health in the United States, *American Economic Review*, vol. 112, nr. 2, pag. 494-533.
- Douven, R., M. Remmerswaal en R. Zoutenbier, 2019, Do altruistic mental health care providers have better treatment outcomes?, *Journal of Human Resources*, vol. 54, nr. 2, pag. 310-341.
- Duckett, S. en G. Moran, 2021, Stopping the death spiral. Creating a future for private health, Grattan Institute Working Paper 2021-05.
- Duckett, S. en K. Nemet, 2019, The history and purposes of private health insurance, Grattan Institute Working Paper 2019-05.
- Healy, J., E. Sharman en B. Lokuge, 2006, Australia: Health system review. *Health Systems in Transition*, vol. 8, nr. 5, pag. 1-158.
- Heiink, R., X. Koolman en G.P. Westert, 2013, Spending more money, saving more lives? The relationship between avoidable mortality and healthcare spending in 14 countries, *European Journal of Health Economics*, vol. 14, pag. 527-538.
- OESO, 2020, Spending on long-term care. November 2020, Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, Parijs.
- RIVM, 2020, Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid Deel 2: maatschappelijke baten, RIVM-rapport 2020-0060, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.

- RIVM, 2020b, Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties, RIVM-rapport 2020-0059, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- RMO/RVZ, 1999, Zorgarbeid in de toekomst: advies over de gevolgen van demografische ontwikkeling van vraag en aanbod zorg(arbeid), Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag/Zoetermeer.
- RVS, 2021, Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg, Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, Den Haag.
- SBR, 2020, Koers bepalen. Kiezen in tijden van budgettaire krapte, 16<sup>e</sup> Studiegroep Begrotingsruimte, Den Haag.
- SiRM, Celsus Academie en Talma Institute, 2017, Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden in opdracht van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Strategies in Regulated Markets, Utrecht.
- WHO/OESO, 2021, Pricing long-term care for older persons, World Health Organization/Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, Geneve.
- WHO, 2022, Global Health Expenditure database. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, World Health Organization, Geneve.
- Wouterse, B., A. Hussem en A. Wong, 2019, The welfare effects of co-payments in long term care, CPB Discussion paper, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Wouterse, B., H. ter Rele en D. van Vuuren, 2016, Financiering van de zorg op de lange termijn, CPB Policy Brief 2016/10, Centraal Planbureau, Den Haag.
- WRR, 2021, Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag.

## Bijlage 1 – De nieuwe raming vergeleken

In deze bijlage zetten we de nieuwe raming af tegen een aantal langetermijnramingen en -projecties die in de afgelopen jaren zijn gepubliceerd. Het gaat om de ramingen ‘trendmatige zorg’ en ‘betere zorg’ uit Toekomst voor de Zorg (TvdZ)<sup>25</sup> en de projecties op basis van ‘constante arrangementen’ en ‘1% hogere groei zorguitgaven tussen 2026 en 2060’ uit de meest recente CPB-vergrijzingsstudie ‘Zorgen voor Morgen’ (ZvM)<sup>26</sup> en de RIVM-raming in het kader van de WRR-publicatie ‘Kiezen voor Houdbare Zorg’<sup>27</sup> (zie figuur B-1).

Figuur B-1 Zorguitgaven vergeleken



De vergelijking laat zien dat de nieuwe raming van het CPB in 2060 in lijn is met de raming van het RIVM<sup>28</sup> en de houdbaarheidsprojectie ‘1% hogere groei zorguitgaven tussen 2026 en 2060’<sup>29</sup>. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de RIVM-raming geen raming is van de collectieve zorguitgaven onder het kader Zorg, maar een raming van de collectieve én private zorguitgaven.<sup>30</sup> Omdat de RIVM-raming ook de private zorguitgaven omvat, valt deze hoger uit dan de nieuwe raming uit deze studie.<sup>31</sup>

De projectie op basis van constante arrangementen uit de CPB-vergrijzingsstudie<sup>32</sup> is lager dan de nieuwe raming. Onder constante arrangementen gaan we ervan uit dat de collectieve zorguitgaven per leeftijd meegroeien met de lonen. Het effect van inkomensgroei per hoofd en overige groei (zie tekstkader 1) blijft in de vergrijzingsstudie grotendeels buiten beschouwing. De nieuwe raming valt daarmee hoger uit.

<sup>25</sup> CPB (2013)

<sup>26</sup> CPB (2019b)

<sup>27</sup> RIVM (2020b)

<sup>28</sup> RIVM (2020b)

<sup>29</sup> CPB (2019b)

<sup>30</sup> Zie bijlage 1 in RIVM (2020b). De RIVM-raming is gebaseerd op de CBS zorgrekeningen, met uitzondering van de niet-ziektegerelateerde welzijnsactiviteiten, zoals kinderopvang, jeugdzorg en de opvang van asielzoekers en dak- en thuislozen.

<sup>31</sup> Qua definitie is de RIVM-raming beter te vergelijken met de raming van de totale zorguitgaven uit deze publicatie. De RIVM-raming valt in vergelijking met die raming echter lager uit. Dat verschil wordt met name veroorzaakt door de veel hogere bbp-groei die het RIVM hanteert.

<sup>32</sup> CPB (2019b)



**De ramingen uit Toekomst voor de Zorg<sup>33</sup> komen in 2020 en 2040 veel hoger uit dan de andere ramingen en projecties.** Daarvoor zijn meerdere redenen. Zo zijn er in de nasleep van de Grote Recessie omvangrijke ombuigingen in de collectieve zorg gedaan, waardoor de collectieve zorguitgaven uiteindelijk lager zijn uitgevallen (zie figuur 2.1 links) dan de beleidsarme raming uit Toekomst voor de Zorg. Ook was in beide scenario's uit Toekomst voor de Zorg de raming van de jaarlijkse reële groei van de netto zorguitgaven hoger dan in meer recente ramingen en projecties.

---

<sup>33</sup> CPB (2013)