Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De zorg: hoeveel extra is het ons waard?

Ieder jaar geven we meer geld uit aan zorg

Waarom? Wat zijn de gevolgen? Is dat erg? Wat kunnen we hieraan doen?

Een doorsnee gezin betaalt ruim 11.000 euro per jaar aan verplicht verzekerde zorg.

Een doorsnee gezin is nu 23,5 procent van het inkomen kwijt aan zorg.



Stijgen de zorguitgaven net zoveel als de afgelopen 10 jaar, dan betaalt een doorsnee gezin in 2040 bijna de helft van het bruto inkomen aan de zorg.



Van wat we in een jaar uitgeven aan basis-onderwijs kunnen we nog geen twee maanden zorg betalen.



Van wat we in een jaar uitgeven aan politie kunnen we een maand zorg betalen.



Van wat we in een jaar uitgeven aan cultuur kunnen we nog geen week zorg betalen.

Een dag in het ziekenhuis kost 1200 euro. Dat is ongeveer net zoveel als je in een jaar aan de premie voor je zorgverzekering betaalt.





Van wat we uitgeven aan de tweede JSF kunnen we een ochtend zorg betalen.

De zorg: hoeveel extra is het ons waard?

Ieder jaar geven we meer geld uit aan zorg

Waarom? Wat zijn de gevolgen? Is dat erg? Wat kunnen we hieraan doen?

In deze uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vindt u een inhoudelijke analyse van de oorzaken en gevolgen van de stijgende collectieve zorguitgaven. Ook worden de hieruit voortvloeiende keuzes en mogelijkheden voor de toekomst van de zorg weergegeven.
Gezien de demissionaire status van het kabinet bevat deze publicatie geen hoofdstuk met concrete keuzes en maatregelen voor toekomstig beleid. Aan u om te kiezen hoe u de te maken keuzes invult en welke maatregelen uw voorkeur hebben om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden.

1	Stijgende collectieve zorguitgaven	Constatering: De collectieve zorguitgaven stijgen
2	Oorzaken	Waarom stijgen de collectieve zorguitgaven in Nederland zo hard?
3	Positieve gevolgen / Negatieve gevolgen	Wat zijn de positieve en negatieve gevolgen van stijgende collectieve zorguitgaven?
4	Keuzes	Wat zijn de keuzes voor de toekomst van de zorg? Voor welke dilemma's worden we geplaatst door de stijgende zorguitgaven?
5	Maatregelen	Wat zijn de opties voor de toekomst: hoe kunnen we omgaan met de stijgende zorguitgaven? Wat zijn de knoppen waaraan we kunnen draaien?

Inhoud

1 Constatering 5

Stijgende zorguitgaven 6
Internationaal verschijnsel 8
Meer medewerkers in de zorg 10

2 Oorzaken 13

Vergrijzing 14
Hogere welvaart 16
Technologie 18
Veranderende maatschappij 20
Epidemiologie 22
Organisatie van de zorg 24
Productiviteitskloof 26

3 Gevolgen 29

Positieve gevolgen 30
Baten van zorg 30
Negatieve gevolgen 32
Verdringing 32
Hogere staatsschuld 34
Stijging belasting en premie 36
Meer herverdeling 38

4 Keuzes 41

Keuzes 42

5 Maatregelen 45

Mogelijke maatregelen 46
Maatregelen: we doen altijd iets 48
Premies en belastingen 50
Zorgpakket 52
Eigen betalingen 54
Zorgcapaciteit 56
Zorgbehoefte 58
Efficiënte zorgverlening 60
Economische groei 62

1 **Constatering**

‘We geven steeds meer uit aan zorg’

Stijgende zorguitgaven

Internationaal verschijnsel

Meer medewerkers in de zorg

Stijgende zorguitgaven

In de afgelopen 60 jaar zijn de zorguitgaven elk jaar fors gestegen: in euro's, als aandeel van ons nationaal inkomen en als aandeel van de overheidsuitgaven. De verwachting is dat de zorguitgaven ook in de komende jaren blijven groeien.

Sinds de jaren '50 geven we elk jaar meer uit aan de zorg. De afgelopen 10 jaar stegen de zorguitgaven met maar liefst 4,4 procent per jaar (inflatie niet meegerekend). Dit geldt zowel voor de langdurige zorg (onder andere verzorgingshuizen) als voor de curatieve zorg (onder andere ziekenhuizen en huisartsen): zij groeien allebei en ook beide ongeveer even hard.

Verwachting: de stijging houdt aan

Velen verwachten dat de zorguitgaven sterk blijven stijgen. Het Centraal Planbureau (CPB) bijvoorbeeld voorspelt dat de zorguitgaven ook de komende jaren fors toenemen. De zorg groeit dan met 2,6 tot 4,2 procent per jaar. Volgens het RIVM kan de groei zelfs nog hoger zijn (tot wel 5 procent per jaar).

Nu 67 miljard per jaar

We geven nu ruim 67 miljard euro per jaar uit aan (collectief verzekerde) zorg. Dat wordt steeds meer. Naast collectieve zorg (zorg die we met zijn allen betalen via belastingen en premies) is er ook zorg die we zelf, zonder verplichting, aanschaffen. Bijvoorbeeld de aanvullende verzekering. Tellen we deze zorg ook mee, dan geven we in totaal 13,2 procent van alles wat we in Nederland verdienen (ons nationaal inkomen) uit aan zorg. Groeit de zorg net zo hard als de afgelopen 30 jaar dan is dat 22 procent in 2040. Groeien de zorguitgaven net zo hard als de afgelopen 10 jaar dan is dat zelfs 31 procent in 2040.

4826 euro per volwassene

67 miljard aan collectief verzekerde zorg betekent dat een volwassene gemiddeld 4826 euro per jaar betaalt. Veel mensen betalen meer omdat de meeste belastingen en premies inkomensafhankelijk zijn. Een doorsnee gezin betaalt nu ruim 11.000 euro per jaar. Rekenen we niet-verplichte zorg ook mee, dan is dat nog meer. Blijven de zorguitgaven net zo hard stijgen als de afgelopen tien jaar dan betaalt een doorsnee gezin in 2040 bijna de helft van zijn inkomen (47 procent) aan zorg.

Argumenten

Constatering: De collectieve zorguitgaven stijgen elk jaar. We verwachten dat de collectieve zorguitgaven ook in de toekomst blijven stijgen.

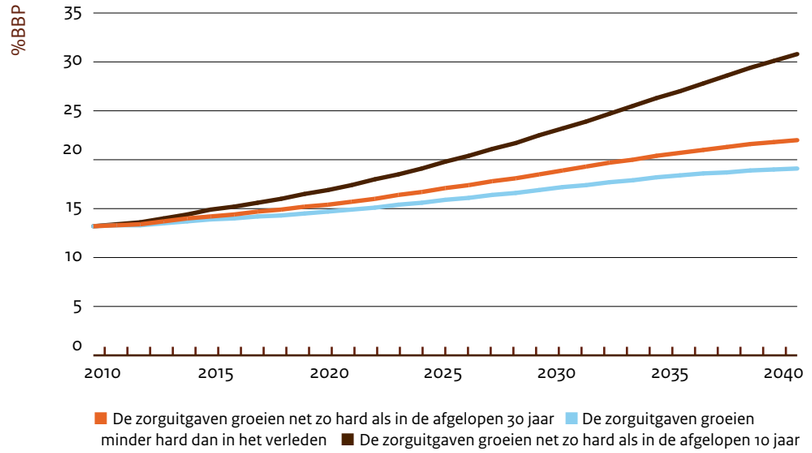
Ja maar... Waarom zou de trend van stijgende zorguitgaven zich voortzetten? Er zijn immers allerlei ontwikkelingen die de kosten in de toekomst kunnen drukken, zoals innovaties, vitaliteit en zelfredzaamheid en meer kennis over ziekteveroorzakers waardoor preventie mogelijk is.

Maar toch Uit het verleden blijkt dat innovaties een individuele behandeling goedkoper kunnen maken. Dit betekent niet dat de totale uitgaven ook dalen: innovaties maken het meestal mogelijk meer mensen te behandelen, waardoor de totale zorguitgaven uiteindelijk vaak stijgen.

Maar toch Preventie leidt tot meer gezondheid en een langere levensduur. Doordat mensen gezonder worden zijn op de middellange termijn de zorgkosten lager. Op de korte termijn zijn er echter vaak kosten voor preventie. Ook op de lange termijn worden in veel gevallen hogere kosten gemaakt: in de jaren dat mensen langer leven maken zij namelijk (net als de meeste andere Nederlanders) gebruik van de zorg, bijvoorbeeld voor een gebroken arm of een chronische ziekte. Ook de kosten van het laatste levensjaar, waarin mensen vaak ziek zijn en veel zorg gebruiken, zijn erg hoog. Preventie kan het laatste levensjaar wel uitstellen, maar niet afstellen. De totale zorgkosten over het leven heen dalen daarom meestal niet door preventie.

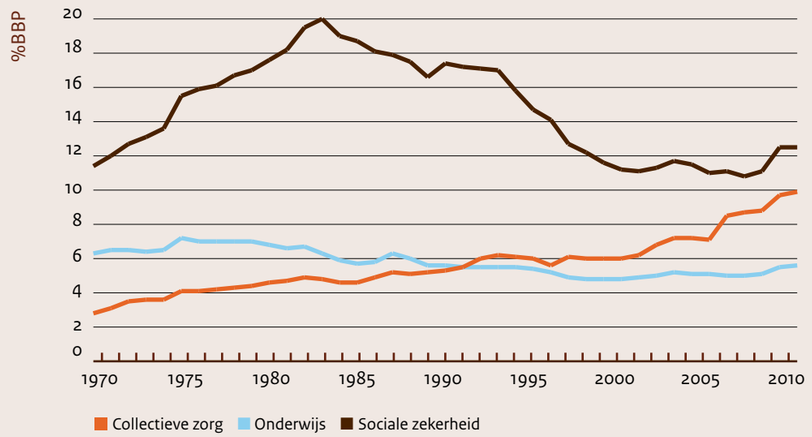
Ja maar... Kunnen we met behulp van technologische en sociale innovaties een omslag maken? Kunnen we zo veel zelf gaan organiseren dat de zorg in zijn totaliteit goedkoper wordt?

De zorguitgaven blijven stijgen



We geven steeds meer uit aan zorg. In 1972 gaven we 8 procent van het nationaal inkomen (BBP) uit aan zorg. Nu is dat ruim 13 procent. De komende 30 jaar wordt dat waarschijnlijk nog veel meer, tenzij we andere keuzes gaan maken. Het CPB voorspelt dat het deel van ons nationaal inkomen dat we uitgeven aan zorg kan oplopen tot meer dan 30 procent in 2040.

Meer zorg, minder andere overheidsuitgaven?



Een steeds groter deel van wat wij betalen aan belastingen en premies wordt uitgegeven aan de zorg. In het verleden hebben we een groot deel van de zorgstijging kunnen betalen door minder uit te geven aan de sociale zekerheid, bijvoorbeeld aan de WAO. Willen we dat in de toekomst ook of is de bodem van de uitgaven aan de sociale zekerheid in zicht?

Internationaal verschijnsel

De zorguitgaven stijgen niet alleen in Nederland: de toename van de zorguitgaven is een internationaal verschijnsel.

Ook in andere landen stijgen de zorguitgaven. Dat is ook niet verwonderlijk: de factoren die ertoe hebben geleid dat we meer zorg gebruiken, zoals vergrijzing en de toenemende mogelijkheden van de zorg (technologie), zijn immers een internationaal fenomeen.

Dezelfde zorg als andere landen

Omdat stijgende zorguitgaven een internationaal verschijnsel zijn, zouden ze wel eens lastig te remmen kunnen zijn.
Op de lange termijn kijken we in Nederland toch ook naar wat er in het buitenland aan zorg beschikbaar is. Het lijkt niet waarschijnlijk dat alle Nederlanders structureel minder of slechtere zorg zullen accepteren dan in het buitenland beschikbaar is. Bovendien zullen sommige Nederlanders zorg in het buitenland inkopen als die hier niet beschikbaar is. Het gevolg: sommige mensen kunnen die zorg wel betalen, anderen niet. Ook dat is een keuze.

Samen zoeken naar oplossingen

Dat de stijgende zorguitgaven een internationaal verschijnsel zijn, biedt ook kansen. Een gemeenschappelijk probleem betekent dat we gezamenlijk naar oplossingen kunnen zoeken. Bovendien kunnen we in Nederland leren van wat er in andere landen wel en niet goed werkt.

Grote langdurige zorg

Nederland heeft wel een aantal unieke factoren ten opzichte van het buitenland. Zo zijn wij nog niet zo vergrijsd als de meeste andere Europese landen. Dit maakt dat wij nog een kostenstijging te verwerken krijgen die veel andere landen al achter de rug hebben. Bovendien heeft Nederland een relatief grote langdurige zorg, wij hebben bijvoorbeeld veel verzorgings- en verpleeghuizen. Daar geven we dus ook veel geld aan uit. Bij ongewijzigd beleid zijn daarom in 2050 de kosten voor de langdurige zorg in Nederland veel hoger dan in de landen om ons heen.

Argumenten

Constatering
Stijgende zorguitgaven zijn een internationaal verschijnsel. Veel oorzaken zijn dan ook een internationaal verschijnsel. Omdat we maar beperkt invloed hebben op andere landen, hebben we ook maar beperkt invloed op veel oorzaken van de stijgende zorguitgaven.

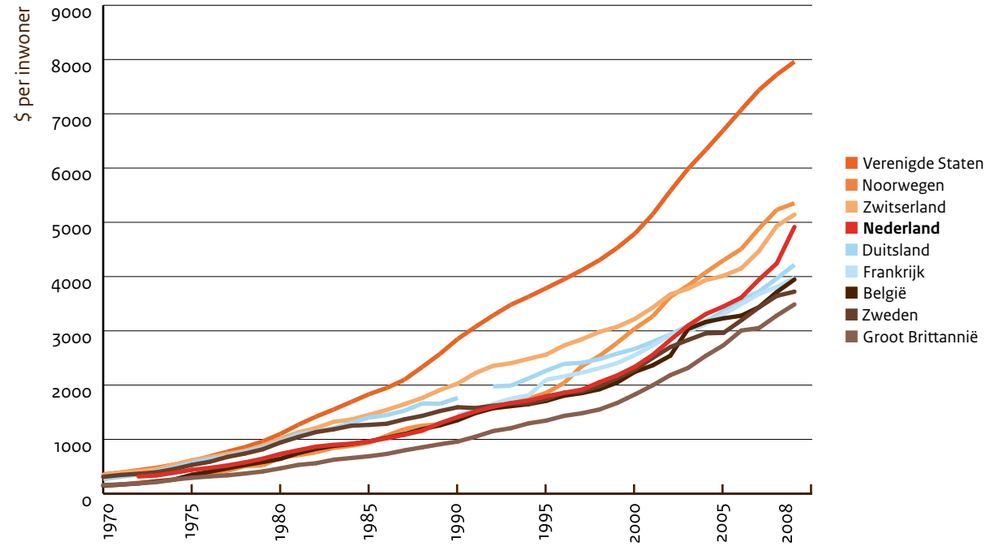
Ja maar...
Nederland voert zijn eigen beleid. Als we in ons land geen extra zorg willen, komt die er ook niet.

Maar toch
De zorg die in het buitenland beschikbaar is bepaalt deels het Nederlandse beeld van wat ‘goede’ zorg is. Bovendien kunnen sommige mensen zorg in het buitenland kopen wanneer deze zorg in Nederland niet aanwezig is. Leveren we sommige zorg niet in Nederland, dan komt er dus een verschil tussen mensen die wel en geen buitenlandse zorg kunnen betalen.

Maar toch
Internationale ontwikkelingen, zoals de toenemende mogelijkheden van de gezondheidszorg (onder andere meer technologie) kunnen we niet afremmen. We kunnen andere landen immers niet vertellen dat zij geen nieuwe wetenschappelijke ontdekkingen mogen doen. De toenemende mogelijkheden van de geneeskunde zijn daarmee een oorzaak van de stijgende zorguitgaven die we niet tegen kunnen houden.

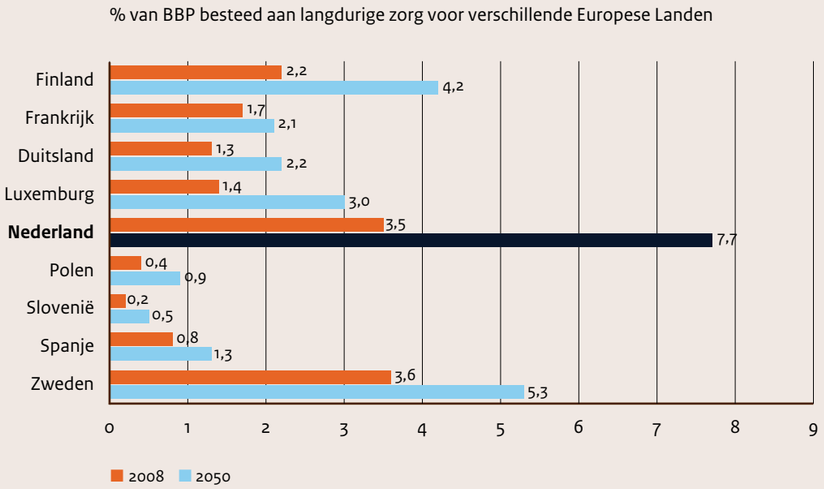
Ja maar...
Moet alles wat kan? We kunnen er ook voor kiezen om sommige nieuwe technologieën niet in het pakket op te nemen wanneer zij niet kostenbesparend werken. Zo begrenzen we de groei van de zorguitgaven.

De zorguitgaven stijgen overal



De zorguitgaven stijgen harder dan de economie groeit. Niet alleen in Nederland, maar ook in de landen om ons heen. We geven dus elk jaar een groter deel van ons inkomen uit aan zorg.

Nederland heeft een grote langdurige zorg



Nederland heeft een relatief grote langdurige zorg. Bij ongewijzigd beleid is de langdurige zorg in 2050 heel veel duurder dan de langdurige zorg in bijvoorbeeld Duitsland of Frankrijk.

Meer medewerkers in de zorg

Er werken steeds meer mensen in de zorg. De vraag is hoeveel extra personeel er nog naar de zorg kan én welke gevolgen dit heeft voor de rest van de economie.

Om aan de toenemende vraag naar zorg te kunnen voldoen, zijn er meer mensen in de zorg gaan werken. Daardoor zijn we in staat om meer mensen te helpen en te genezen. Tussen 2000 en 2010 is het personeel in de gehele zorg- en welzijnssector toegenomen met 35 procent. Bij ongewijzigd beleid zijn er in 2025-2030 nog eens meer dan 400.000 extra medewerkers nodig.

Langer en meer uren werken

De vraag is in hoeverre nog eens 400.000 extra medewerkers voor de zorg beschikbaar zijn. Deze vraag naar arbeid kunnen we deels opgevangen door langer te werken (later met pensioen te gaan) en door deeltijders te vragen meer uren per week te werken.

Meer medewerkers = hoger loon?

Waarschijnlijk is dit niet voldoende: er zijn ook extra medewerkers nodig. Vaak wordt gesteld dat daarvoor extra loonsverhogingen noodzakelijk zijn. Maar is dat echt zo? De meeste mensen gaan in de zorg werken vanwege de inhoud van het werk. De afgelopen 10 jaar hebben laten zien dat een marktconforme loonontwikkeling (de lonen stijgen net zo hard als in andere sectoren) voldoende is om extra zorgpersoneel aan te trekken.

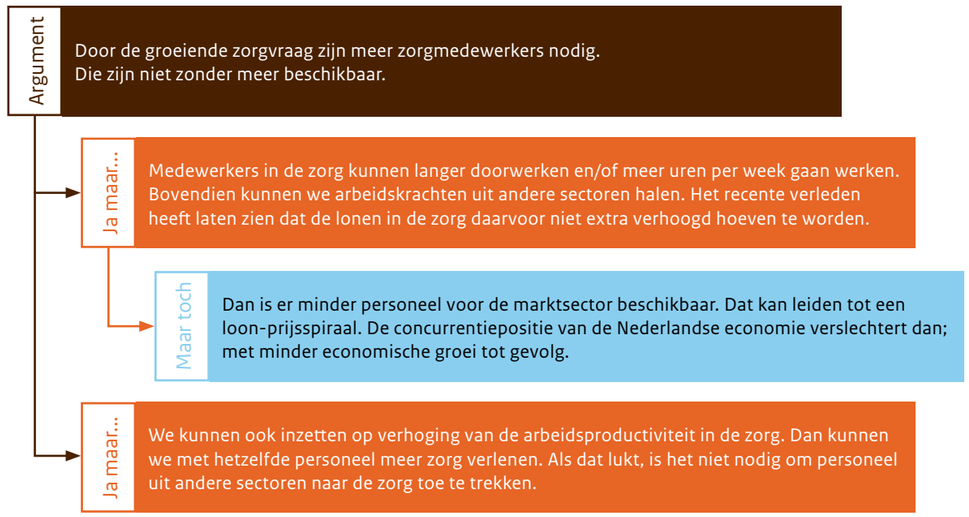
Verdringing andere sectoren

De Nederlandse beroepsbevolking stijgt de komende jaren niet of nauwelijks. Als er meer mensen in de zorg gaan werken, is er dus minder personeel beschikbaar voor andere sectoren. Dit kan leiden tot extra verhoging van de lonen en daardoor stijging van de prijzen van de producten die in deze sectoren gemaakt worden. Omdat producten duurder worden, gaan werknemers weer extra loon vragen (loon-prijsspiraal). Met dit hogere loon kunnen we geen extra producten kopen: veel dingen zijn immers duurder geworden. Wel zijn onze producten dan duurder dan producten uit het buitenland. Dat betekent minder economische groei en meer noodzaak om te bezuinigingen, wellicht ook op de zorg.

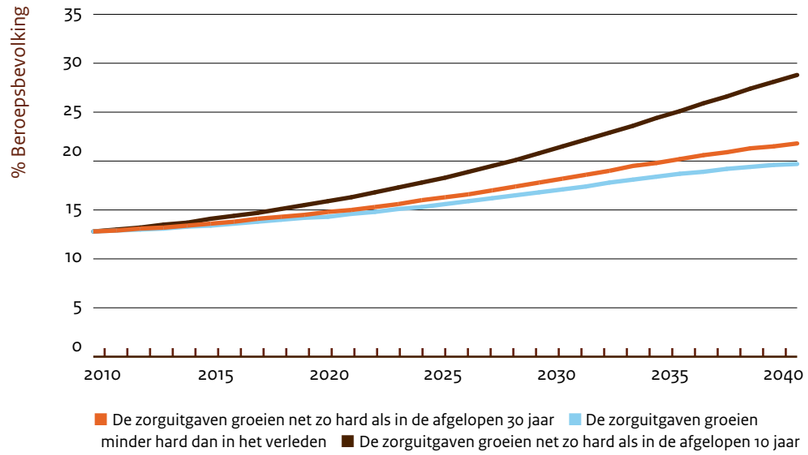
Verhoging van de arbeidsproductiviteit

Een goede oplossing is de verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg (meer doen in dezelfde tijd), bijvoorbeeld door de zorg slimmer te organiseren. Dan kunnen we veel meer zorg leveren zonder daar veel extra personeel voor nodig te hebben. Ook de afgelopen jaren is de zorg productiever geworden. Ondanks dat was er echter toch veel extra personeel nodig.

Argumenten



Steeds meer personeel naar de zorg



In 2000 werkten er 945.000 werknemers in de zorg- en welzijnssector. In 2010 waren dit er al 1,3 miljoen. Er werkt dus een steeds groter gedeelte van de beroepsbevolking in de zorg. De verwachting is dat het aantal mensen dat in de zorg gaat werken ook de komende jaren toeneemt.

Hoe organiseren we in de toekomst de zorg?

Mogelijke oplossingen vertaald naar extra arbeidsplaatsen in 2025:

Arbeidsproductiviteitsverhoging (meer doen in dezelfde tijd) van 0,5 procent per jaar = 110.000

Medewerkers in de zorg 2 jaar later met pensioen = 50.000

Deeltijders in de zorg 2 uur per week meer werken = 75.000

10 procent minder minder gebruik van AWBZ-zorg = 90.000



Door langer te werken, meer uren te werken of meer te doen in dezelfde tijd (hogere arbeidsproductiviteit) kunnen we met hetzelfde aantal mensen meer werk verrichten. Tegenover meer of langer werken staan wel kosten. Wat ook kan is minder zorg verlenen: gebruiken we 10 procent minder AWBZ-zorg, dan hebben we 90.000 arbeidsplaatsen minder nodig.

2 **Oorzaken**

Waarom geven we meer uit aan de zorg?

Vergrijzing

Hogere welvaart

- Technologie
- Veranderende maatschappij
- Epidemiologie

Organisatie van de zorg

Productiviteitskloof

Vergrijzing

Vergrijzing is een van de oorzaken van de stijgende zorguitgaven. Er komen meer ouderen en die maken meer gebruik van de gezondheidszorg. Maar zelfs als er geen vergrijzing zou zijn, zouden de kosten voor de gezondheidszorg nog stijgen. Het is namelijk niet de enige en zelfs niet de belangrijkste oorzaak van de stijgende zorguitgaven.

Het aantal ouderen neemt toe én ouderen leven langer. Dit noemen we dubbele vergrijzing. In een vergrijsde maatschappij, een maatschappij met veel ouderen, bevinden relatief veel mensen zich in het laatste levensjaar. In de laatste levensjaren worden de meeste zorgkosten gemaakt. Daardoor is de zorg in een vergrijzende maatschappij duurder.

Vergrijzing verschilt tussen sectoren

Uitgaande van het huidige niveau van de zorg nemen de zorguitgaven door vergrijzing elk jaar met ongeveer 1 procent toe. Daarbij zijn er grote verschillen tussen zorgsectoren. De grootste invloed heeft de vergrijzing in de ouderenzorg. In bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is de invloed van vergrijzing daarentegen gering, omdat de cliënten daar verhoudingsgewijs jonger zijn.

Slechts een kwart van de totale groei

Toch moeten we het effect van de vergrijzing op de zorgvraag niet overschatten. De uitgavengroei door vergrijzing is 1 procent. Dat is nog geen kwart van de totale uitgavengroei. De rest van de kostenstijging is te wijten aan een hogere welvaart, technologie, veranderende maatschappij, epidemiologie, de productiviteitskloof en hoe wij de zorg met zijn allen organiseren.

Het laatste jaar is het duurst

Zolang de levensverwachting blijft stijgen wordt het effect van vergrijzing deels uitgesteld. Immers, een groot gedeelte van de zorgkosten maakt iemand in zijn laatste levensjaar. Als dit laatste levensjaar wordt uitgesteld, dan komen ook de bijbehorende zorgkosten later.

Argumenten

Argument

Het aantal mensen dat ouder wordt neemt toe én ouderen leven langer. Door deze dubbele vergrijzing nemen de zorguitgaven elk jaar met ongeveer 1 procent toe.

Ja maar...

Ouderen worden steeds meer zelfredzaam, waardoor ze:
a) Minder zorg nodig hebben;
b) Meer bijdragen aan de maatschappij (mantelzorg en vrijwilligerswerk remmen de vraag naar zorg).

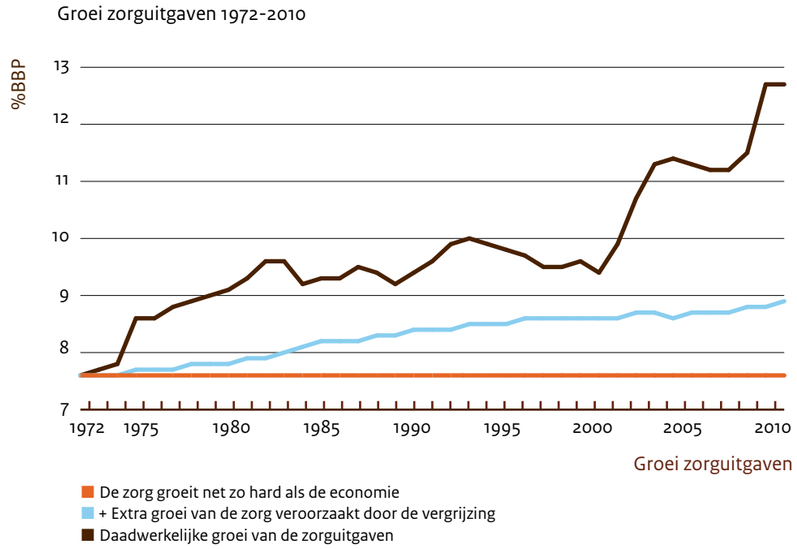
Maar toch

Soms kost het ook wat om mensen zelfredzaam te houden: denk aan hulpmiddelen en ondersteuning vanuit de Wmo. Er is dan dus niet zozeer minder maar *andere* zorg nodig.

Maar toch

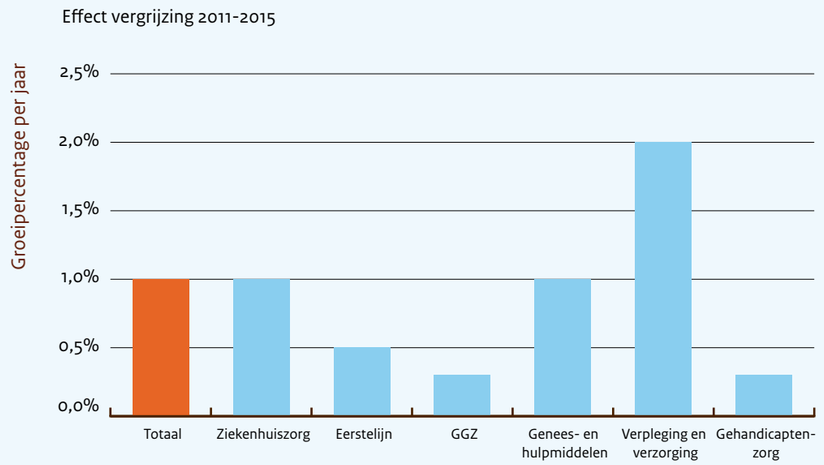
Tegenover de bijdrage van ouderen aan de maatschappij staan ook andere, hogere overheidsuitgaven door vergrijzing, zoals de stijgende kosten voor de AOW. Dit betekent dat overheidsuitgaven door de vergrijzing meer stijgen dan alleen door de kosten van de zorg verklaard kan worden.

Vergrijzing is niet de belangrijkste oorzaak



Hoewel vergrijzing vaak als *de* oorzaak van de stijgende zorguitgaven wordt genoemd, kan het nog geen kwart van de totale stijging van de zorguitgaven verklaren. Stijging van de welvaart (inclusief nieuwe technologie, veranderingen in de maatschappij en epidemiologie) en de productiviteitskloof verklaren de rest van de stijging.

De invloed van vergrijzing verschilt per sector



De invloed van de vergrijzing verschilt per sector. In de verpleging en verzorging (waar de ouderenzorg in valt) is het effect van de vergrijzing bijvoorbeeld groot, terwijl het in de GGZ bijvoorbeeld veel kleiner is. Verpleging en verzorging zijn erg arbeidsintensief: er zijn veel zorgmedewerkers nodig om de benodigde zorg te leveren. Daarmee leidt de vergrijzing niet alleen tot hogere zorguitgaven, maar ook tot een toename van de hoeveelheid medewerkers die nodig is in de zorg.

Hogere welvaart

We worden als samenleving steeds rijker. Als we bedenken waar we dat extra geld aan uit willen geven, staan gezondheid en zorg al snel bovenaan. De vraag is wel of we deze extra uitgaven aan zorg alleen aan onszelf willen besteden, of dat we ook bereid zijn meer uit te geven aan zorg voor andere Nederlanders.

Als samenlevingen rijker worden, geven ze steeds meer uit aan gezondheidszorg. Dat is ook niet verwonderlijk: we vinden gezondheid belangrijk. Als we het geld hebben om gezondheid te kopen, bijvoorbeeld in de vorm van zorg, dan doen we dat ook.

Veranderende maatschappij en technologie

Een toenemende welvaart vertaalt zich in twee trends:

1. Veranderende maatschappij: het toenemende belang van gezondheid in een rijke maatschappij betekent dat we steeds minder ongemak accepteren. De vraag naar zorg neemt toe. Bovendien stellen we andere eisen aan de zorg. Zo willen we tegenwoordig een eenpersoonskamer in het verpleeghuis en willen we uitgebreid geïnformeerd worden over de risico's van een behandeling. Tenslotte verandert met de maatschappij ook onze leefstijl. Dit heeft invloed op de ziektes die we kennen: ziektes door overgewicht komen nu bijvoorbeeld meer voor dan vroeger.
2. Medische technologie: een hogere welvaart betekent ook dat we meer geld uit kunnen geven aan technologie en dat we meer kunnen investeren in de ontwikkeling van nieuwe medische technologie. We kunnen daardoor steeds meer op medisch gebied. Doordat we steeds meer kunnen, gaan we ook steeds meer ziekten en ongemakken behandelen. Daardoor stijgen de kosten in de gezondheidszorg.

Meer verdienen = meer zorg

Als we meer verdienen met zijn allen, kunnen we meer uitgeven aan zorg. Sommigen zeggen dan ook dat we ervoor moeten zorgen dat de Nederlandse economie beter wordt, waardoor we als land meer geld verdienen. Daar zouden we dan de stijging van de zorguitgaven van kunnen betalen. Meer verdienen als land (een hogere welvaart) betekent niet alleen dat we meer geld uit kunnen geven, maar maakt ook dat we weer extra zorg willen. Rijkere samenlevingen geven immers meer uit aan gezondheidszorg.

Meer zorg voor jezelf of voor een ander

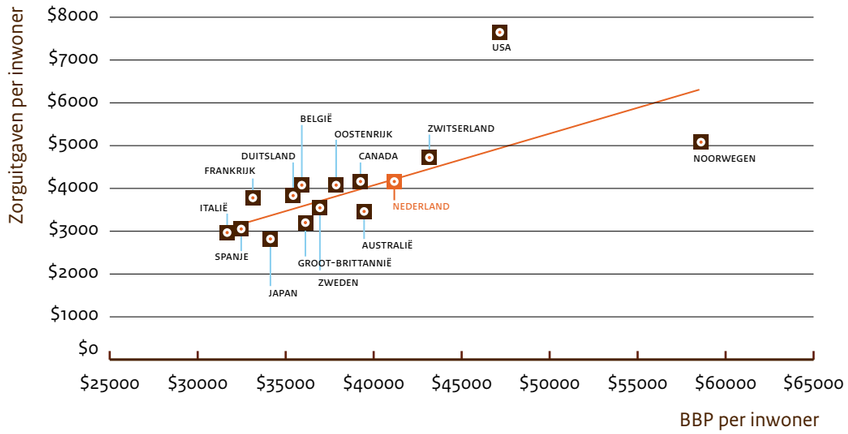
Dat we extra uit willen geven aan gezondheid, betekent niet per definitie dat we meer uit willen geven aan de zorg voor anderen. Hoeveel we meer uit willen geven aan zorg voor anderen hangt af van de mate van solidariteit in de samenleving.

Argumenten

Argument: Als samenlevingen rijker worden geven ze steeds meer uit aan gezondheidszorg. Dit komt door sociaal-culturele veranderingen (de maatschappij verandert) en een toename van (het gebruik van) technologie.

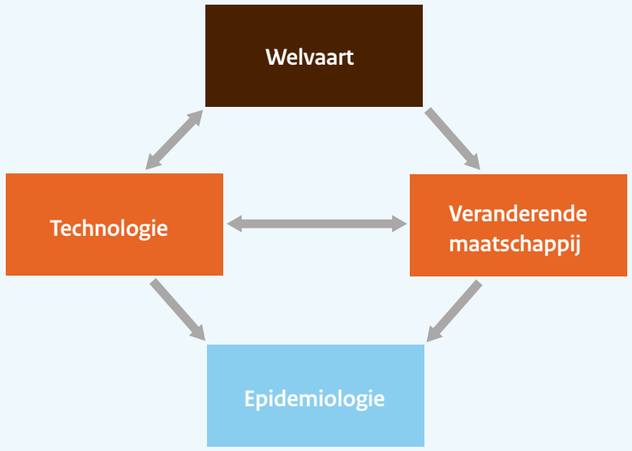
- **Ja maar...** Hoeveel gezondheid leveren extra uitgaven aan gezondheidszorg ons nog op? Zijn de mogelijkheden tot gezondheidsverbetering door de gezondheidszorg bijna uitgeput? Of zijn er juist nog grote verbeteringen mogelijk en zouden we allemaal gezond 100 kunnen worden?
- **Ja maar...** Als extra uitgaven extra gezondheid opleveren, zijn we dan als samenleving bereid om niet alleen voor onze eigen zorg extra te betalen, maar ook voor de zorg van anderen?
- **Ja maar...** Misschien komen – omdat we het kunnen betalen – de echte baanbrekende (en kosten-besparende) technologieën wel niet van de grond. Mogelijk is er daardoor nog veel doelmatigheid te winnen.

Rijkere landen geven meer uit aan zorg



Hoe rijker het land (hoger inkomen per hoofd van de bevolking), des te meer dit land uitgeeft aan gezondheidszorg. Dat geldt ook voor Nederland: naarmate ons land rijker werd, zijn ook wij veel meer gaan uitgeven aan de zorg.

Meer welvaart: andere zorg en andere ziekten



Als de welvaart stijgt, verandert de maatschappij. Er is meer geld om te investeren in innovatie en medische technologie. Bovendien kunnen we meer eisen stellen aan de zorg: we accepteren bijvoorbeeld minder ongemak, leven anders en stellen hogere eisen aan de zorg. Dit maakt ook dat de ziekten (epidemiologie) veranderen: ernstige ziekten worden behandelbaar en er komen 'nieuwe' ziekten bij.

Technologie

Door medische technologie verbetert de zorg. Soms zijn nieuwe technologieën heel duur. Vaak zijn ze echter goedkoper dan het oude alternatief. Wel zien we dan vaak dat het aantal behandelingen enorm toeneemt. We gaan dus meer mensen helpen en genezen. Daardoor stijgen de zorguitgaven.

Nieuwe medicijnen, behandeltechnieken, apparaten en technische hulpmiddelen: ze dragen allemaal bij aan een betere zorgverlening. Maar door deze medische technologie nemen de zorguitgaven ook toe.

Technologie maakt de zorg duurder

Voor meer zorg en meer kwaliteit moeten we meestal meer betalen. Sommige nieuwe medicijnen of innovaties zijn ontzettend duur. Natuurlijk zijn er ook technologische innovaties die behandelingen goedkoper maken. Maar ook dan zijn we vaak per saldo duurder uit doordat we meer mensen gaan behandelen.

We behandelen meer

Door nieuwe technologische innovaties is het mogelijk meer mensen te behandelen en te verzorgen. Er is behandeling mogelijk voor klachten die voorheen onbehandelbaar waren. Of we kunnen mensen op hogere leeftijd behandelen. Bovendien zorgen nieuwe technologieën ervoor dat behandelingen voor patiënten minder ingrijpend worden. Daardoor komen mensen eerder in aanmerking voor behandelingen en kiezen zij hier zelf ook eerder voor.

We sporen meer ziekten op

Technologie maakt het niet alleen mogelijk om meer ziekten te behandelen, maar ook om meer ziekten op te sporen: de diagnostische mogelijkheden zijn toegenomen. Hierdoor vinden we dus ook meer aandoeningen dan vroeger. Vaak kiezen we ervoor om de ziekten die we vinden ook te behandelen. Soms behandelen we daardoor aandoeningen waar iemand nooit last van zou hebben gekregen. Het komt namelijk regelmatig voor dat mensen eerder overlijden dan dat ze last van een ziekte gekregen zouden hebben.

Moeten we alles doen wat kan?

We hebben de neiging om alles te doen wat kan. Maar is de patiënt dan ook beter af? Word je er gelukkiger van als je altijd alles weet? Als je veel tijd doorbrengt in de medische molen en veel (ingrijpende) behandelingen ondergaat? Of moeten we er soms voor kiezen om af te zien van bepaalde behandelingen of diagnostiek?

Argumenten

Argument
We kunnen steeds meer, dus doen we ook steeds meer. Daar wordt de zorg wel duurder van.

Ja maar...
Technologie kan juist ook leiden tot goedkopere zorg.

Maar toch
Gemiddeld gezien wordt de zorg vooral duurder door technologie. Dit komt soms doordat nieuwe behandelingen erg duur zijn. Vaak zijn nieuwe technologieën echter goedkoper. Doordat de hoeveelheid behandelingen toeneemt zijn de totale kosten dan toch nog vaak hoger.

Maar toch
Technologie kan ervoor zorgen dat mensen niet meer dood gaan aan bepaalde ziekten. Daar zijn vaak wel langdurige, zelfs levenslange, behandelingen voor nodig. Ziektes worden dus chronisch en daarmee duurder. Langer leven kent een prijs.

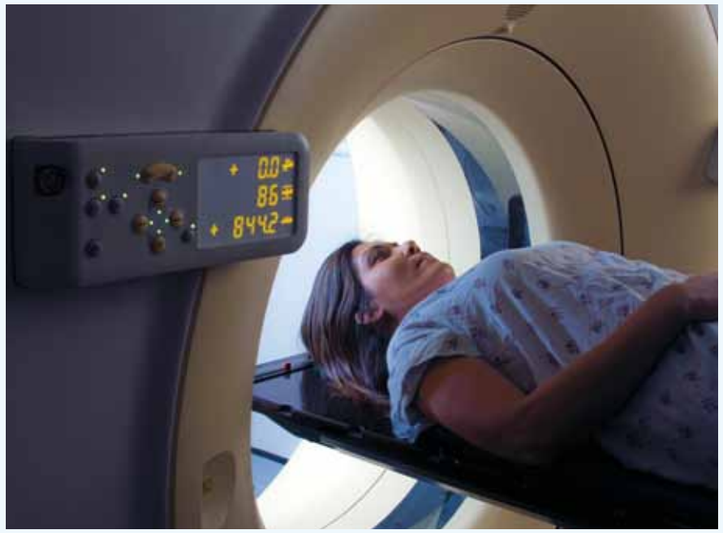
Technologie maakt de zorg duurder

BIJ ONTWIKKELINGEN IN DE TECHNOLOGIE GAAN DE KOSTEN PER PRODUCT OMLAAG, MAAR HET AANTAL PRODUCTEN OMHOOG. HIERDOOR NEMEN DE TOTALE KOSTEN TOE.



De zorg wordt duurder door technologie, vooral doordat de hoeveelheid behandelingen stijgt. Dit is vergelijkbaar met computerinnovatie. Vroeger hadden weinig mensen een computer, want hij was duur en had weinig mogelijkheden. Tegenwoordig heeft de computer meer mogelijkheden én is hij goedkoper. Het aantal mensen dat er een heeft is dan ook enorm gestegen. Zo gaat het ook in de zorg.

De zorg kan meer, maar dat kost ook wat



De gezondheidszorg kan steeds meer. Continu komt er nieuwe kennis beschikbaar. We kunnen meer aandoeningen behandelen, maar behandelingen zijn ook steeds vaker minder ingrijpend voor de patiënt. Daardoor komen mensen eerder in aanmerking voor behandelingen en kiezen zij hier zelf ook eerder voor. Daar staan natuurlijk wel kosten tegenover.

Veranderende maatschappij

De maatschappij verandert. We krijgen andere ideeën, een andere leefstijl en andere waarden. Dat beïnvloedt ook hoeveel en welke zorg we vragen en wat we van die zorg verwachten. De afgelopen jaren betekende dit dat we meer zorg wilden, dat er steeds meer nieuwe aandoeningen kwamen en dat we hogere eisen zijn gaan stellen aan onze zorgverleners.

Onze samenleving is anders dan 50 jaar geleden. Dat zie je ook in de zorg. We verwachten andere dingen van de gezondheidszorg en zijn voor meer dingen samen (collectief) gaan betalen.

Steeds bredere definitie gezondheidszorg

We laten ons tegenwoordig sneller onderzoeken voor allerlei aandoeningen, we verwachten steeds meer van de zorg en accepteren minder beperkingen. De definitie van gezondheidszorg lijkt daarnaast breder te worden. Steeds meer zaken die we vroeger als maatschappelijk probleem zagen, zien we nu als medische aandoening. Wat we vroeger samen, op school of in de kerk regelden, komt nu in de zorg terecht. Bij dyslexie, zorg voor ouderen en levensproblematiek worden tegenwoordig vaak hulpverleners betrokken, terwijl dat vroeger niet het geval was. Dat kan veel opleveren, maar heeft ook hogere zorguitgaven tot gevolg.

Meer en meer passende zorg

Bepaalde ziekten zijn ook beter bespreekbaar dan vroeger. Daarom wordt er voor deze aandoeningen meer en meer passende zorg geleverd. Denk bijvoorbeeld aan depressie.

Ondersteuning om mee te kunnen komen

Een laatste aspect waardoor het beroep op zorg toeneemt is de kenniseconomie die steeds andere en hogere eisen stelt aan mensen. De samenleving is gecompliceerd geworden. Hierdoor doen sommige mensen een beroep op zorg om mee te kunnen komen. Vooral op het terrein van de psychische aandoeningen leidt dit tot een toename van de zorgvraag.

We betalen veel collectief

Hoe de samenleving in elkaar zit, bepaalt niet alleen welke zorg we willen, maar ook hoeveel we gezamenlijk (collectief) uit willen geven aan zorg. Dit verklaart bijvoorbeeld dat we in Nederland redelijk veel collectief betalen, terwijl een land als de Verenigde Staten daar zeer huiverig voor is.

Argumenten

Argument
De maatschappij verandert. We krijgen andere ideeën, een andere leefstijl en andere waarden. Dat beïnvloedt ook hoeveel en welke zorg we vragen en wat we van die zorg verwachten. Meestal betekent dit dat we meer vragen van de zorg.

Ja maar...
Wanneer we steeds meer ongemakken binnen de zorg kunnen behandelen, rijst de vraag: wat is medisch noodzakelijke zorg en wat niet? Wat hoort thuis in het zorgstelsel, wat moeten we met z'n allen (collectief) betalen en voor welke kosten is iemand zelf verantwoordelijk?

Ja maar...
De patiënt wordt steeds mondiger. Dit leidt ertoe dat hij vaker zorg krijgt zoals hij die zelf graag zou willen. Maar dit roept ook de vraag op wie welke rol heeft in het zorgsysteem. Mag de patiënt een behandeling eisen? Mag een arts een behandeling weigeren? En is de patiënt ook verantwoordelijk voor de kosten die hij maakt?

Ja maar...
Een andere leefstijl en waardepatronen kunnen ook het beroep op zorg beperken. Wanneer we bijvoorbeeld uitgaan van de eigen kracht van mensen (meer zelf doen), wordt er minder beroep gedaan op de gezondheidszorg.

De grens tussen ziek en gezond verschuift



We accepteren steeds minder ongemakken en beperkingen. We willen en kunnen steeds meer onderzoeken en behandelen en doen dat ook. Zou deze trend zich sterk doorzetten, dan zouden er straks geen mensen meer zijn zonder ziekte, alleen mensen die nog geen diagnose hebben.

Patiënten worden steeds mondiger



Onze samenleving is mondiger, hoger opgeleid en beter geïnformeerd. Voor de zorg betekent dit dat mensen zich sneller laten onderzoeken, de verwachtingen stijgen en beperkingen steeds minder worden geaccepteerd. Patiënten krijgen meer rechten en mogelijkheden. De vraag is welke plichten hier tegenover staan.

Epidemiologie

Tegenwoordig hebben we andere ziekten dan vroeger: de epidemiologie verandert. Doordat we andere ziekten hebben, stijgen ook de zorguitgaven. Vooral de toename van het aantal chronisch zieken leidt tot een toename van de vraag naar en daarmee de kosten van zorg.

Er is een forse toename van het aantal chronische zieken. Mensen blijven steeds langer leven dankzij de medische vooruitgang. Ziekten als hart- en vaatziekten en beroertes zijn steeds beter te behandelen. Ook genezen jongeren en kinderen steeds vaker van ziekten (zoals kanker) waaraan ze vroeger overleden. Het is natuurlijk goed dat mensen langer leven. Hier staan wel hoge zorguitgaven tegenover.

Toename chronisch zieken

Dat mensen niet overlijden, betekent niet dat de ziekte ook per definitie te genezen is. Veel acute ziekten zijn chronisch geworden. Denk maar aan HIV of diabetes, waaraan mensen vroeger overleden, maar waarmee ze nu (met de juiste medicatie) nog vele jaren kunnen leven. Dit betekent vaak wel dat mensen langdurig een beroep doen op de gezondheidszorg, met onder andere stijgende zorguitgaven tot gevolg.

Ziekten als gevolg van leefstijl

Ook ziekten die relatief vaak voorkomen bij een bepaalde leefstijl, zoals suikerziekte en de longaandoening COPD, komen steeds vaker voor op jongere leeftijd. Dit zijn chronische aandoeningen. Chronisch zieken maken jaar in jaar uit gebruik van zorg. Dit leidt tot een toename van de zorguitgaven.

Meer aandoeningen tegelijkertijd

Het komt ook steeds vaker voor dat mensen meer ziekten en aandoeningen tegelijkertijd hebben. Dit gaat gepaard met hogere zorgkosten per patiënt.

Zowel kosten als baten

De verandering van (het verloop van) de ziekten die in Nederland voorkomen, heeft er toe geleid dat we langer leven en dat chronisch zieken vaker kunnen werken en meedoen in de maatschappij. Hier staat tegenover dat de zorgkosten gestegen zijn.

Argumenten

Argument
Er is een forse toename van het aantal chronisch zieken. Daardoor stijgen de kosten voor de gezondheidszorg, aangezien chronisch zieken een langdurig beroep doen op de gezondheidszorg.

Ja maar...
Chronisch zieken zijn steeds vaker in staat om in de maatschappij te functioneren, zelf een deel van hun zorg uit te voeren of te organiseren en te werken. Daardoor dalen de kosten voor de zorg en stijgen de belastinginkomsten.

Maar toch
Vooral veel ouderen zijn chronisch ziek. Zij worden hierdoor kwetsbaar en kunnen bijvoorbeeld niet meer zelfstandig wonen. Dat kost veel geld.

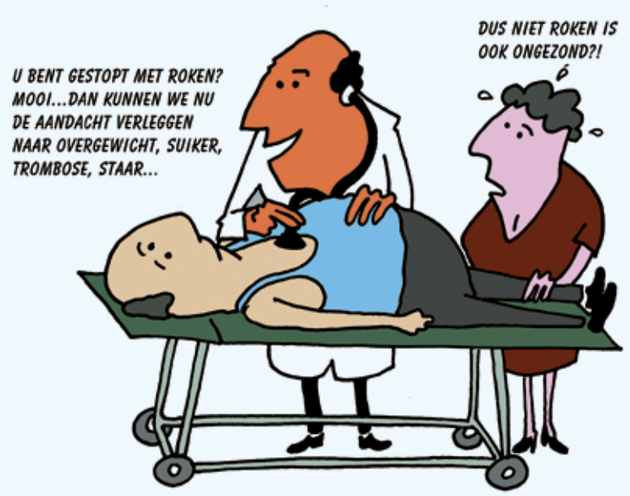
Maar toch
Hoewel de kosten per chronisch zieke kunnen dalen door betere zelfredzaamheid, neemt het totale aantal chronisch zieken wel sterk toe. Daardoor stijgen de uitgaven als geheel.

Het aantal chronisch zieken neemt toe



Een toename van het aantal chronisch zieken verhoogt de zorguitgaven. Niet alleen vergrijzing leidt tot een toename van het aantal chronisch zieken, ook epidemiologische veranderingen (veranderingen in de ziekten die in Nederland voorkomen) zijn een belangrijke oorzaak. Denk bijvoorbeeld aan de toename van overgewicht onder de Nederlandse bevolking waardoor meer mensen suikerziekte krijgen.

Andere leefstijl, andere ziekten



Doordat onze leefstijl is veranderd, zijn de ziekten (epidemiologie) ook anders. De epidemiologie blijft ook veranderen. Mensen die nu stoppen met roken hebben bijvoorbeeld veel minder kans op longkanker. Iedereen die geen longkanker krijgt, overlijdt echter aan iets anders. Andere ziekten komen dan dus vaker voor.

Organisatie van de zorg

Hoe we de zorg organiseren heeft invloed op hoeveel zorg we krijgen én op de prijs van deze zorg. Zowel de organisatie van de zorg op de werkvloer als het zorgsysteem bepalen hoe efficiënt de zorg is.

Ieder jaar wordt de zorg efficiënter. Toch stijgen de kosten. Maar de kosten zouden nog harder gestegen zijn wanneer de zorg niet steeds efficiënter werd.

Een efficiënter zorgsysteem

Hoe we het zorgsysteem organiseren bepaalt hoeveel zorg we krijgen en tegen welke prijs. We kunnen bijvoorbeeld maximumtarieven vaststellen, wachtlijsten invoeren of maxima aan het aantal behandelingen. Maar we kunnen ook kwaliteitseisen stellen, nieuwe technieken introduceren en ziekenhuizen bouwen. We verdelen rollen en verantwoordelijkheden: de patiënt denkt na over welke zorg hij nodig heeft en volgt trouw zijn therapie, de zorgverlener schrijft de beste behandeling voor en verleent geen overbodige zorg. Alle landen denken na over hoe ze de zorg het beste kunnen organiseren en iedereen doet iets anders. Al deze systemen hebben voor- en nadelen, een perfect systeem is nog nooit gevonden.

Efficiënte zorgverlening

In de spreekkamer wordt uiteindelijk bepaald wie welke zorg krijgt. Hoe deze zorg uiteindelijk georganiseerd wordt, bepaalt wat de zorg kost. Wat er op de werkvloer gebeurt is dus erg belangrijk. Zorgverleners spelen hierbij een belangrijke rol: als patiënt kan je vaak niet goed inschatten welke zorg je nodig hebt en welke zorg beschikbaar is. Dat doet de zorgverlener. Maar ook de patiënt heeft een rol. Hij kan nadenken over of iets wel echt behandeld moet worden of dat hij echt hulp nodig heeft en hij hoeft bijvoorbeeld niet naar de spoedeisende hulp te gaan als hij ook naar de (veel goedkopere) huisarts kan. Vaak voel je het niet in je portemonnee als je zorg gebruikt. We betalen de meeste zorg immers met zijn allen (collectief). Dan hoeft de patiënt dus geen afweging te maken tussen de kosten van de zorg en wat het hem oplevert (baten). Daardoor kan iedereen de zorg krijgen die hij nodig heeft, ongeacht zijn inkomen, maar dat betekent wel dat sommige mensen mogelijk te veel zorg gebruiken 'omdat het toch gratis is'.

Risico's en regels

In de zorg willen we vaak zoveel mogelijk risico's uitsluiten. Er mag zo min mogelijk mis gaan. Daarom bedenken we dan (op de werkvloer of vanuit de overheid) procedures en regels die ongelukken moeten voorkomen. Dit zorgt dat de risico's kleiner worden en de kwaliteit hoger. De kosten gaan hierdoor echter fors omhoog. Tegen welke kosten moeten we een risico uitsluiten en wanneer moeten we accepteren dat er altijd risico's blijven bestaan?

Argumenten

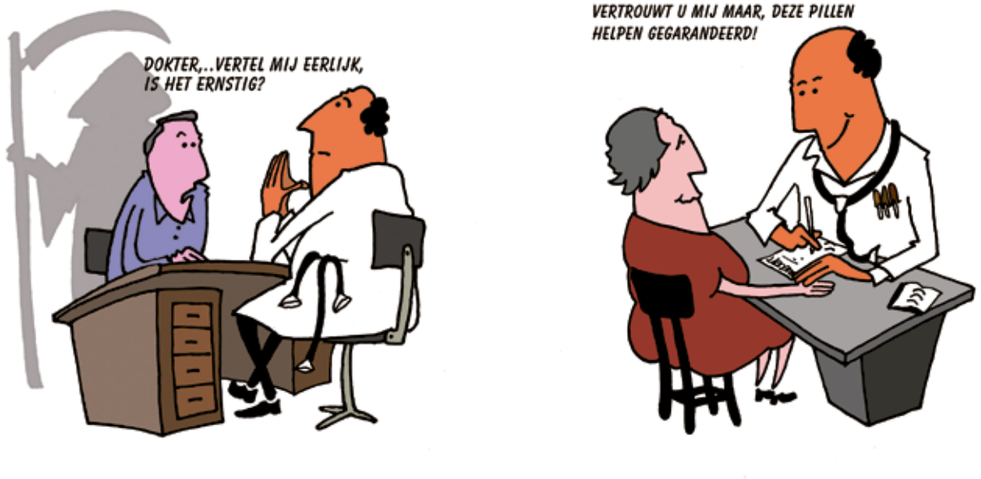
Argument: Zorg is anders dan andere producten en diensten. De zorg is ingewikkelder en heeft een paar bijzondere kenmerken. Daarom is het lastig de zorg efficiënt te organiseren.

Ja maar...: We krijgen elk jaar meer zorg voor onze euro: de zorg wordt wel degelijk elk jaar efficiënter. Gebeurde dit niet, dan zouden we nog meer uitgeven aan zorg. Ook in de berekeningen voor de toekomst is er rekening mee gehouden dat de zorg elk jaar efficiënter wordt.

Maar toch: Er kunnen nog veel dingen beter in de zorg: iedereen kent wel een voorbeeld van hoe de zorg sneller, beter of gemakkelijker zou kunnen.

Ja maar...: De vraag is wel wat we kunnen doen zodat de zorg nog sneller nog efficiënter wordt. Ook in het verleden is de zorg immers veel efficiënter geworden. Zowel in Nederland als in andere landen is het perfecte zorgsysteem nog niet gevonden.

Zelf weet je niet welke zorg je nodig hebt



Bij gewone producten bedenk je hoeveel je van iets nodig hebt en hoeveel je daarvoor wilt betalen. In de zorg werkt dat niet zo: de meeste mensen weten niet precies welke zorg ze nodig hebben, welke zorg beschikbaar is en wat deze zorg kost. Bovendien betalen ze niet zelf voor de meeste zorg: we zijn immers allemaal (verplicht) verzekerd.

In de zorg zijn veel wetten en regels



Omdat we gezondheidszorg zo belangrijk vinden, willen we dat iedereen de noodzakelijke zorg ontvangt en dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd is. We hebben dan ook veel wetten en regels opgesteld om dat te regelen. Wetten, regels en procedures kosten tijd en geld. Wel verminderen ze de risico's op fouten. Hoeveel regels willen we hebben en wat hebben we daar (financieel gezien) voor over?

Productiviteitskloof

Elk jaar moeten we meer euro's betalen voor dezelfde zorg. Dit komt door de productiviteitskloof, ook wel het Baumol-effect genoemd. Dit houdt in dat de lonen stijgen, zelfs als de hoeveelheid verleende zorg per werknemer gelijk blijft. Dit effect zorgt ervoor dat – ook als de hoeveelheid zorg niet toeneemt – de zorg toch duurder wordt.

Productiviteitskloof/Baumol-effect: de arbeidsproductiviteit stijgt in de zorg minder hard dan in andere sectoren. Dit geldt vooral voor de langdurige zorg. De hoeveelheid technologie neemt in de (langdurige) zorg namelijk niet zo hard toe als in bijvoorbeeld de industrie: zorg is toch vaak mensenwerk. Om voldoende personeel te behouden in de zorg, kunnen de lonen in de zorg niet veel lager zijn dan de lonen in andere sectoren. Daarom stijgen de lonen in de zorg net zo hard als de lonen elders, terwijl de arbeidsproductiviteit minder hard stijgt. Dit maakt de zorg relatief duur ten opzichte van andere sectoren. Per werknemer wordt er namelijk minder geproduceerd tegen dezelfde prijs.

Loonkosten zijn een groot deel van de zorgkosten

De zorg is erg arbeidsintensief. Wegens de grote hoeveelheid personeel vormen de loonkosten ook een groot deel van de zorgkosten. Zou de zorg productiever worden, bijvoorbeeld door meer apparaten te gebruiken, dan stijgen de zorgkosten per behandeling minder snel. Er is dan immers minder personeel nodig om dezelfde zorg te leveren.

Productiviteitswinst

De curatieve zorg boekt meer productiviteitswinst dan de langdurige zorg. Vooral in de ziekenhuizen gaan de technologische ontwikkelingen snel. Zo snel zelfs dat we de ontwikkelingen in andere sectoren bijna bij lijken te houden. Vooral in de langdurige zorg vinden we het erg belangrijk dat werk door mensen wordt gedaan. Aandacht, persoonlijk contact en een praatje vinden we essentiële onderdelen van de verzorging van mensen. Daardoor kan de productiviteit in de langdurige zorg maar met een beperkte hoeveelheid toenemen: apparaten kunnen immers veel overnemen, maar menselijk contact valt daar niet onder.

Baumol-effect geldt in veel sectoren

Het Baumol-effect geldt niet alleen voor de zorg: het geldt voor alle sectoren waarin het vooral om mensenwerk gaat, zoals onderwijs, openbaar bestuur en dienstverlening.

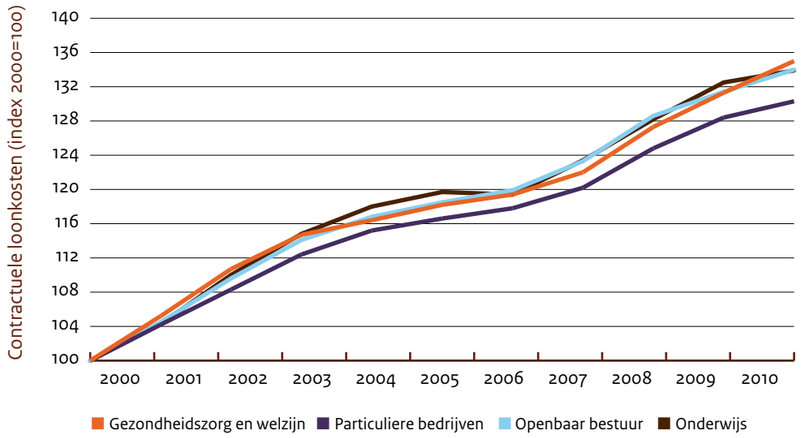
Argumenten

Argument: De zorg is relatief duur ten opzichte van andere sectoren, omdat de arbeidsproductiviteit minder stijgt dan in andere sectoren, terwijl de lonen wel net zo hard stijgen. De zorg wordt dus duurder ten opzichte van andere producten en diensten die we kopen, zelfs als de hoeveelheid zorg niet toeneemt.

Ja maar... De productiviteit in de zorg stijgt wel degelijk. Vooral in de curatieve zorg gaat de technologische ontwikkeling zeer snel. We weten alleen vaak niet hoeveel de productiviteit in de zorg stijgt.Productiviteitswinst kan zich vertalen in een hogere kwaliteit van zorg of in meer zorg per werknemer. Vooral extra kwaliteit kunnen we voor een individuele behandeling wel meten, maar voor de gehele gezondheidszorg niet.

Ja maar... Als we meer inzetten op arbeidsbesparende technologie, kan de arbeidsproductiviteit in de zorg meer stijgen dan nu gebeurt. Dat zorg mensenwerk is en daarom duur, is deels ook een keuze die we als maatschappij maken.

Zorglonen stijgen net zo als andere sectoren



De lonen in de zorg stijgen net zo hard als in andere sectoren. Vooral de overeenkomst met andere dienstensectoren, zoals het openbaar bestuur en het onderwijs, is groot.

Productiviteit stijgt meer in de industrie dan in de (langdurige) zorg



In de zorg is het soms lastig om meer te doen met hetzelfde personeel. Voor zover we dat kunnen meten stijgt de productiviteit in de industrie dan bijvoorbeeld ook sneller dan in de zorg. Toch doet de curatieve zorg steeds meer om mensen sneller te genezen. Maar ook in de langdurige zorg stijgt de productiviteit dankzij het gebruik van technologie en nieuwe werkwijzen. Nieuwe methoden en technieken bieden belangrijke kansen voor de toekomst.

3 Gevolgen

Wat gebeurt er als we steeds meer uitgeven aan zorg?

Positieve gevolgen
- Baten van zorg

Negatieve gevolgen
- Verdringing
- Hogere staatsschuld
- Stijging belasting en premie

Meer herverdeling

Baten van zorg

De gezondheidszorg levert ons veel op. We leven langer, zijn langer gezond en blijven langer zelfredzaam. Dankzij de zorg kunnen we ook meer en langer werken en stijgt onze arbeidsproductiviteit. Tot slot geeft de zorg ons een gevoel van zekerheid en zorgzaamheid. De vraag is wel of nog meer extra geld uitgeven aan zorg ook leidt tot nog hogere baten.

De zorg levert ons veel op:

- **Langer leven:** we leven acht jaar langer dan in 1950, waarvan zes jaar dankzij de zorg.
- **Kwaliteit van leven:** we zijn dankzij de zorg gemiddeld acht jaar langer gezond dan in 1950. Zes jaar hiervan komt doordat we langer leven. En twee jaar door een betere kwaliteit van leven.
- **Welbevinden:** de zorg biedt verzorging en ondersteuning aan zieken, ouderen en gehandicapten. Dit leidt tot een toename in zelfstandigheid en autonomie. Daardoor kunnen zij langer mee blijven doen in de maatschappij en sociale contacten blijven onderhouden. Dit vergroot hun gevoel van geluk of 'welbevinden'.
- **Arbeidsparticipatie:** dankzij de zorg leven we langer en zijn we langer gezond. Hierdoor kunnen meer mensen werken, betaald of onbetaald. En kunnen we meer uren werken. Werknemers verzuimen minder door ziekte en gaan later met pensioen. Dit is goed voor de economie.
- **Arbeidsproductiviteit:** wie gezond en fit is presteert beter en kan meer werk verzetten. We zijn dus productiever. Zowel op school als op ons werk. Ook dat is goed voor de economie.
- **Zekerheid:** indien nodig is er zorg beschikbaar. 24 uur per dag. Voor onszelf of voor onze naasten. Dat geeft ons een zeker en onbezorgd gevoel. Niemand hoeft zijn huis te verkopen als hem een ernstige ziekte treft die dure behandeling vergt.
- **Zorgzaamheid:** indien nodig is er zorg beschikbaar. Niet alleen voor onszelf of onze naasten, maar voor iedereen die hulp nodig heeft.

De zorg levert dus veel op. Sommige van deze baten komen bij het individu terecht (je beter voelen), andere ook bij de maatschappij (meer mensen werken). Bijna alle kosten dragen we daarentegen met z'n allen: de zorg wordt immers grotendeels collectief gefinancierd.

Argumenten

Argument

De uitgaven aan zorg leiden tot baten voor het individu, de economie en de samenleving. De vraag is of aanvullende uitgaven aan zorg tot evenredig veel extra baten leiden.

Ja maar...

Elke euro die we extra investeren in de zorg, leidt niet per se tot extra baten. Dit hangt ervan af waar we die extra euro aan besteden.

Ja maar...

Langer leven levert *financieel* gezien alleen iets op voor onze samenleving als de maatschappij zich hierop aanpast. Dit betekent bijvoorbeeld dat je de pensioenleeftijd moet verhogen als we langer leven: anders kost langer leven de samenleving vooral extra geld. Niet alleen in de vorm van extra zorguitgaven, maar bijvoorbeeld ook in de vorm van extra uitgaven voor de AOW.

Ja maar...

Als we het geld niet aan zorg hadden uitgegeven, maar bijvoorbeeld aan onderwijs, waren de baten mogelijk nog veel groter geweest. De vraag is dus waar we onze euro's investeren.

We leven langer en zijn langer gezond

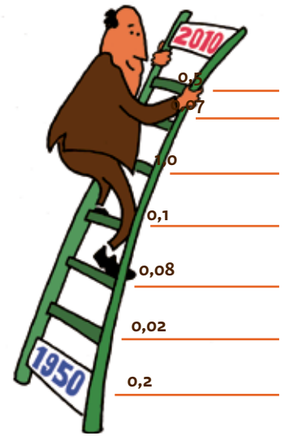
We leven 6 jaar langer (gezond) sinds 1950, dankzij de zorg

1,8	Zorg rondom geboorte
1,4	Zorg bij infectieziekten
2,0	Zorg bij hart- en vaatziekten
0,6	Zorg bij kanker
0,3	Zorg bij diabetes
0,2	Verpleeghuiszorg

= 6,3 Jaar langer leven



+2 jaar langer gezond sinds 1950, door betere kwaliteit van leven



Door betere behandeling of preventie van..

- Staar
- Knie/Heup
- Beroerte
- Syfilis
- Diabetes
- Depressie
- ..en minder overbelaste mantelzorg

We leven langer en zijn langer gezond dan vroeger. In 1950 was onze levensverwachting bij geboorte 72 jaar. In 2010 is dat 80 jaar. We leven dus gemiddeld 8 jaar langer dan in 1950. Daarvan is 6 jaar te danken aan de zorg. De belangrijkste reden dat we langer leven is dat ziekten nu beter te behandelen zijn: we overlijden er minder snel aan. Daarnaast leven we ook nog eens langer in goede gezondheid. De zorg heeft ons dus ook veel opgeleverd.

Dankzij de zorg kunnen meer mensen werken



Dankzij de zorg leven we langer en zijn we langer gezond. Zieken zijn daarnaast niet alleen op hun naasten aangewezen, maar ontvangen vaak ook zorg door een professional. Hierdoor kunnen meer mensen meer uren werken, betaald of onbetaald. Werknemers verzuimen daarnaast minder door ziekte en kunnen tot op hogere leeftijd doorwerken. Dat is goed voor de economie.

Verdringing

We geven steeds meer geld uit aan onze gezondheidszorg. Dat geld moet ergens vandaan komen. De overheid kan meer uitgeven aan zorg als zij minder uitgeeft aan andere dingen.

We kunnen meer uitgeven aan de zorg als we minder uitgeven aan andere dingen. De afgelopen jaren werd er maar liefst 3 miljard euro extra per jaar uitgetrokken voor de zorg.

De zorguitgaven stijgen, andere uitgaven dalen

De meeste jaren verdienen we met z'n allen meer dan het jaar daarvoor. Daardoor stijgen ook de belastinginkomsten. Daaruit kunnen we een deel van de stijgende zorguitgaven betalen. Een groot deel echter niet.

De zorg is groot ten opzichte van andere sectoren

Omdat de zorguitgaven zo hoog zijn in vergelijking met de meeste andere overheidsuitgaven, zijn de benodigde bezuinigingen om de stijgende zorgkosten op te vangen groot. Bezuinigen op andere overheidsuitgaven om de stijging van de zorguitgaven te betalen is dus lastig.

Vaak genoemde bezuinigingen leveren weinig op

Een veelgenoemde bezuinigingsoptie is bijvoorbeeld het koningshuis. Maar wat we gedurende een jaar uitgeven aan het koningshuis, staat gelijk aan 5 uur zorg. Grote posten op de begroting - daar waar drastisch bezuinigen wel heel veel geld zou opleveren- zijn vaak onderwerpen waarvoor er veel minder draagvlak voor bezuinigen is. De AOW bijvoorbeeld, kost ons 31,6 miljard euro in 2012. Dat is bijna de helft van wat we nu uitgeven aan zorg. Zouden we de AOW afschaffen, dan kunnen we dus wel veel meer aan zorg uitgeven.

Argumenten

Argument
Een mogelijkheid om de stijgende collectieve zorguitgaven te betalen is het verdringen van andere overheidsuitgaven.

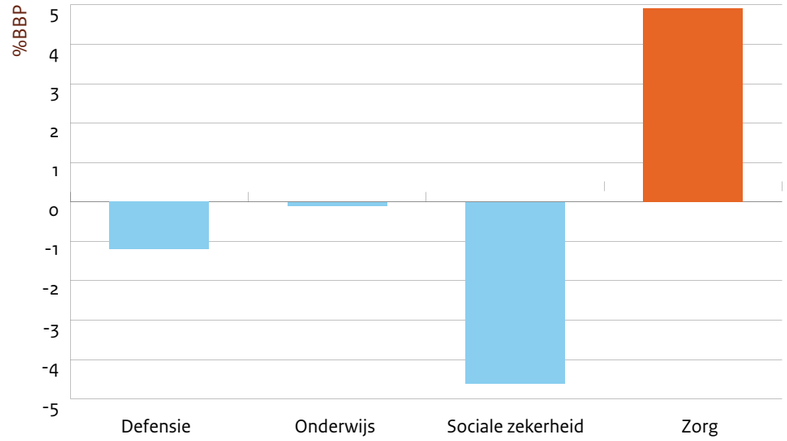
Ja maar...
Kennelijk vinden we de zorg belangrijker dan de andere dingen waaraan de overheid haar geld besteedt.

Maar toch
Op de lange termijn zijn de mogelijkheden voor verdringing uitgeput. We vinden bijvoorbeeld onderwijs en dijken ook erg belangrijk.

Maar toch
De zorg is zo groot in vergelijking met de andere overheidsuitgaven, dat verdringing steeds lastiger wordt zonder grote en dus pijnlijke ingrepen in andere overheidssectoren te doen.

De zorg groeit, de rest bezuinigt?

Verschil tussen wat we in 1991 en in 2011 als deel van het nationaal inkomen uitgaven aan verschillende overheidstaken



De afgelopen jaren zijn we steeds meer uit gaan geven aan zorg. Het deel van ons nationaal inkomen dat we uitgeven aan andere overheidstaken, zoals defensie, onderwijs of de sociale zekerheid, daalt daarentegen.

De zorg is grootverbruiker van overheidsgeld



Basisonderwijs afschaffen = nog geen twee maanden zorg



Cultuur afschaffen = nog geen week zorg



Politie afschaffen = een maand zorg



Geen tweede JSF = een ochtend zorg

Van wat we in een jaar uitgeven aan cultuur kunnen we 5 dagen zorg per jaar betalen. Wanneer we meer willen uitgeven aan zorg zonder de belastingen te verhogen, moeten we daarom al snel op grotere overheidsuitgaven bezuinigen, zoals het onderwijs of de AOW. Dit zijn namelijk overheidsposten waarvoor wel veel geld beschikbaar is.

Hogere staatsschuld

We geven steeds meer geld uit aan zorg. Dat geld zouden we kunnen lenen. De volgende generatie blijft dan wel achter met een hoge staatsschuld. Bovendien moet er over een hogere schuld ook meer rente worden betaald: lenen kost geld.

Lenen kost geld. Over elke lening moet rente betaald worden, dus ook over de staatsschuld. Op dit moment betaalt de overheid 10,4 miljard euro aan rente per jaar. Lenen we meer, dan neemt ook dit bedrag toe.

Op krediet

We kunnen niet continu leven van geleend geld: meer uitgeven dan er binnenkomt is slechts een tijdelijke strategie. Onbeperkt de staatsschuld laten oplopen kan dus niet.

Lenen = terugbetalen + rente

Wat wij nu lenen, is de staatsschuld van de volgende generaties. Zij moeten de kosten dragen voor de schulden die wij nu maken. We moeten immers de rente betalen of de schuld aflossen. De vraag is of dit erg is. Dat weten we niet: misschien zijn toekomstige generaties wel rijker dan wij. Blijkt dat niet zo te zijn, dan geven wij hen echter, door nu extra te lenen, een hoge financiële last.

Lenen is het verschuiven van kosten

Lenen is het verschuiven van kosten in de tijd. Door de staatsschuld te verhogen kunnen we op korte termijn dus meer uitgeven aan zorg. Op de lange termijn moeten we dit terug betalen en moeten we rente betalen. Hierdoor kunnen we in de toekomst waarschijnlijk minder aan zorg besteden.

Argumenten

Argument
Een mogelijkheid om de stijgende zorguitgaven te betalen is het op laten lopen van de staatsschuld.

Ja maar...
Wat je leent moet je ook terug kunnen betalen. De staatsschuld op laten lopen is leven op krediet. We kunnen niet continu meer uitgeven dan er binnenkomt.

Ja maar...
Als we de staatsschuld op laten lopen schuiven we het probleem door naar volgende generaties: zij moeten de schuld aflossen en/of rente betalen. Daardoor kunnen we in de toekomst minder uitgeven aan zorg.

Maar toch
Mogelijk zijn toekomstige generaties rijker dan wij, waardoor zij dit wel kunnen betalen. Dat weten we alleen niet zeker.

Meer lenen? De volgende generatie betaalt



Alles wat we nu lenen, is de schuld van de volgende generatie. We moeten rente betalen over de staatsschuld en/of de staatsschuld aflossen. Hoe dan ook: laten we nu de staatsschuld oplopen, dan betaalt de volgende generatie.

Staatsschuld laten oplopen is leven op krediet

Let op!
Geld lenen
kost geld



Over wat we lenen moeten we rente betalen. De overheid betaalt nu 10,4 miljard euro aan rente per jaar. Lenen we meer, dan betalen we ook meer rente. Als we deze rente betalen door weer meer te lenen, betalen we daar ook weer rente over. Dit rente-op-rente-effect zorgt ervoor dat de rentelast steeds groter wordt.

Stijging belasting en premie

We kunnen de stijgende zorguitgaven betalen door de belastingen en premies te verhogen. Dit kan ertoe leiden dat mensen minder willen werken. Dat is slecht voor de economie.

Bij hogere belastingen zijn minder mensen bereid om te gaan werken. Mensen die wel gaan werken, zijn minder bereid om veel uren te werken: elk extra uur werk levert immers maar een klein beetje extra geld op. Door hoge belastingen daalt de arbeidsparticipatie dus. Een lagere arbeidsparticipatie is slecht voor de economie. Er wordt immers minder geproduceerd als minder mensen werken. Als we de zorgstijging betalen door de belastingen en premies te verhogen, zal ons nationaal inkomen volgens het Centraal Planbureau in 2040 dan ook 4% lager zijn dan als we dat niet doen.

Iedereen betaalt mee = 45 & 54 procent belasting

Wanneer we de zorgstijging zouden financieren door de belasting in de eerste en tweede schijf te verhogen (iedereen betaalt mee), dan zouden we in 2040 in de eerste schijf (inkomen tot € 18.628) 45 procent belasting betalen tegen 33 procent nu (voor ouderen is dit minder, omdat zij niet meebetalen aan de AOW). In de tweede schijf (€ 18.628 tot € 33.436) zouden we 54 procent belasting betalen tegen 41,95 procent nu. In beide schijven is dat een belastingverhoging van 12 procent.

Middeninkomens en hoge inkomens betalen = 79 & 89 procent belasting

Als we de zorgstijging financieren door de belasting in de derde en vierde schijf op te laten lopen (de middeninkomens en hoge inkomens betalen), dan zouden we in 2040 in de derde schijf (€33.436 tot €55.694) 79 procent belasting betalen tegen 42 procent nu. In de vierde schijf (inkomen vanaf €55.694) zouden we 89 procent belasting betalen tegen 52 procent nu. In beide schijven is dat een belastingverhoging van 37 procent.

Nominale premies verhogen

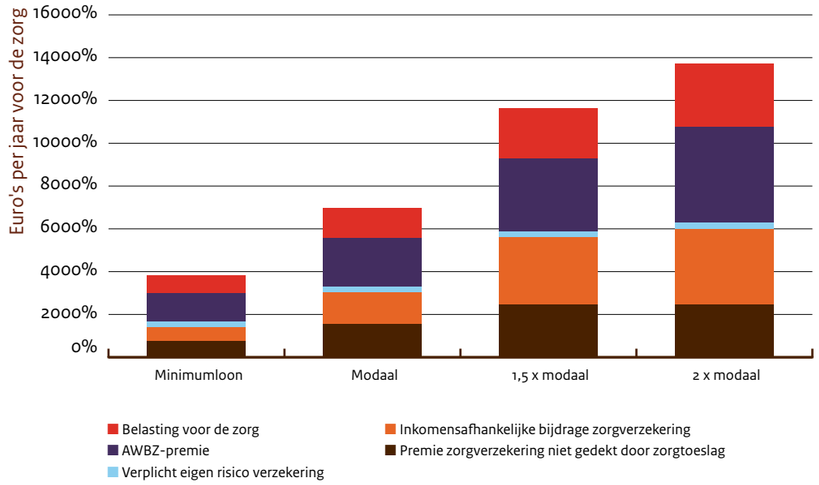
We kunnen ook de nominale premie voor de zorg op laten lopen. Worden de nominale premies echter erg hoog, dan hebben niet alleen de lage inkomens zorgtoeslag nodig om deze premies te kunnen betalen, maar ook de midden-inkomens. De hoge inkomens moeten dit dan voor de lage en middeninkomens betalen.

Argumenten

Argument: Een mogelijkheid om de stijgende collectieve zorguitgaven te betalen is het verhogen van de belastingen en premies. Hoge belastingen en premies zijn slecht voor de arbeidsparticipatie en de welvaart in een land.

- **Ja maar...** Welvaart is niet alleen een kwestie van inkomen (een hoog bbp), maar ook een kwestie van wel-zijn. Zorg draagt bij aan welvaart in brede zin (wel-zijn).
  - **Maar toch** We moeten de zorg wel ergens van betalen.
- **Ja maar...** In sommige landen zijn de belastingen hoger dan in andere landen. Toch werken in die landen niet minder mensen dan in de landen met lage belastingen en zijn die landen niet minder rijk.
  - **Maar toch** De zorguitgaven stijgen ieder jaar. De belastingen moeten dus ook ieder jaar omhoog. Als we de belastingen *te veel* verhogen, gaan mensen wel minder werken. Er is een grens aan hoe hoog de belastingen kunnen zijn.

Iedereen betaalt veel aan de zorg. Wie moet er nog meer gaan betalen?



De gemiddelde volwassene betaalt in 2012 4.826 euro per jaar aan de zorg. Een doorsnee gezin (twee volwassenen met een gezamenlijk inkomen van anderhalf keer modaal) betaalt meer. Wie een hoger inkomen heeft betaalt nog meer. Als we de zorgkosten collectief blijven financieren en de zorgkosten stijgen, zullen de belastingen en premies ten behoeve van de zorg moeten stijgen. Wie moet dat betalen?

Lagere uitgavengroei = meer te besteden

Is de zorggroei 1 procent lager, dan heeft een doorsnee gezin in 2040 700 euro per maand meer te besteden aan:

Eigen huis



Sparen voor later



Opleiding



Hoe harder de zorg groeit, des te harder stijgen de belastingen en premies om die zorg te betalen. Is de stijging van de zorguitgaven 1 procent lager, dan kan een huishouden met een inkomen van 1,5 x modaal in 2040 ongeveer 700 euro per maand meer besteden aan andere dingen dan zorg.

Meer herverdeling

We geven steeds meer geld uit aan zorg. Als we dat op dezelfde manier blijven betalen als nu, neemt de herverdeling in de financiering van de zorg toe. Hoge inkomens gaan meer betalen voor lage inkomens, gezonden dragen meer bij aan de zorg voor (chronisch) zieken en jongeren gaan meer betalen voor de ouderen in de samenleving. De vraag is of we dat willen.

De zorg wordt op dit moment solidair gefinancierd: je betaalt niet alleen voor jezelf, we betalen samen voor de meeste zorg die we gebruiken in Nederland. Hierbij treedt herverdeling op: er zijn inkomensoverdrachten. Gezonde mensen betalen bijna net zo veel voor de zorg als mensen die ziek zijn. Ook ouderen, die gemiddeld meer zorg gebruiken, dragen niet meer bij aan de zorg dan jongeren. Mensen met een hoog inkomen betalen extra belasting en premie, zodat mensen met een laag inkomen minder hoeven te betalen.

Meer inkomensoverdrachten

Meer herverdeling betekent meer inkomensoverdrachten. Soms betaal je nu zorg voor een ander, maar krijg je daar op een later moment in je leven ook zelf zorg voor terug (zorg voor ouderen, onvermijdbare ziekten). Soms betaal je zorg voor een ander waar je zelf nooit gebruik van zal maken. Dit laatste noemen we eenzijdige solidariteit en zien we bij:

- Inkomensoverdrachten van hoge naar lagere inkomens;
- Bijdragen van gezond levende mensen voor ziekten die je krijgt door ongezond gedrag;
- Bijdragen van jongeren voor ouderen die afgeschaft zullen worden voordat de jongeren zelf oud genoeg zijn om hier gebruik van te maken.

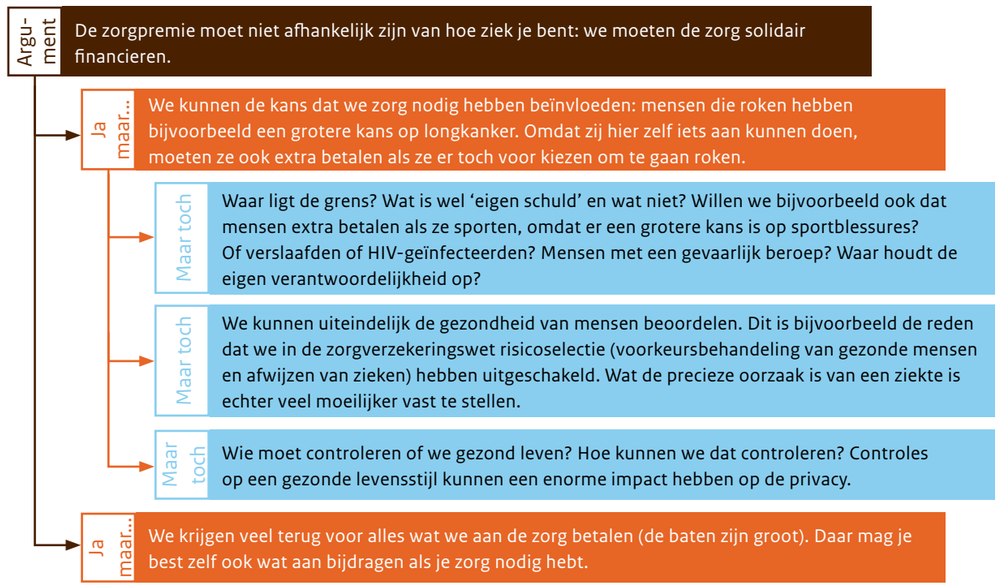
Hoeveel willen we betalen voor een ander?

Als de herverdeling (dat wat je voor een ander moet betalen) toeneemt, kan de solidariteit (de bereidheid voor een ander te betalen) onder druk komen te staan. Dit risico is het grootst voor eenzijdige solidariteitsoverdrachten (inkomens-overdrachten waar je zelf niets voor terug krijgt).

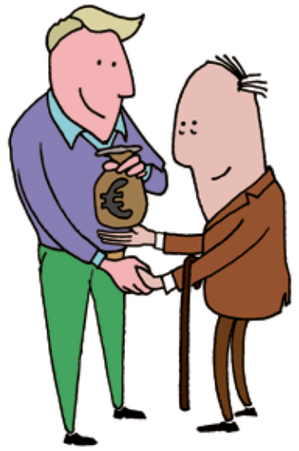
Eenzijdige solidariteit onder druk

Vooral de hoogte van de premie voor mensen die ongezond leven staat regelmatig ter discussie. Ook enkele uitgaven voor ouderen worden soms genoemd omdat ze op de lange termijn waarschijnlijk afgeschaft worden. In beide gevallen gaat het over eenzijdige inkomensoverdrachten.

Argumenten

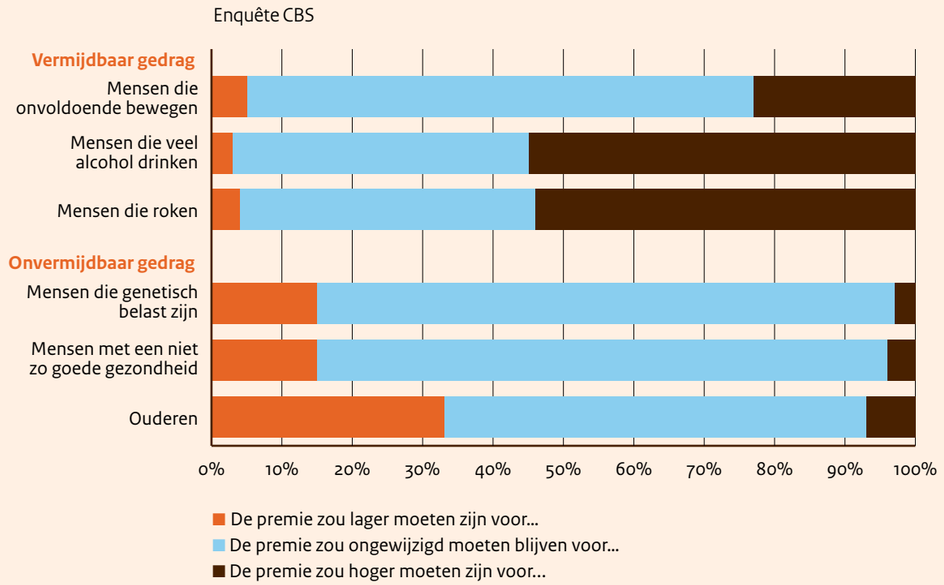


De solidariteitsoverdrachten nemen toe



Bij stijgende zorgkosten neemt de herverdeling sluipenderwijs toe, *tenzij* de financiering van de zorg wordt gewijzigd. Dit betekent dat gezonde mensen, mensen met een hoog inkomen en jongeren meer gaan betalen voor (chronisch) zieken, mensen met een laag- of middeninkomen en ouderen.

Geen 'eigen schuld': meer solidariteit



Eenzijdige solidariteit (datgene wat we betalen waarvan we zeker weten het nooit zelf nodig te hebben), staat eerder onder druk dan tweezijdige solidariteit (datgene waarvoor we betalen waarvan we denken het misschien zelf ook ooit nodig te hebben). Vooral als mensen zelf 'schuld' hebben aan hun ziekte, zijn we minder bereid om voor hen te betalen.

4 Keuzes

Keuze: wel/niet meer zorg en meer betalen?

Keuze: wel/niet meer zorg en meer betalen

Keuze: wel/niet meer zorg en meer betalen?

De stijgende zorguitgaven geven ons een aantal opties voor de toekomst:
- **Meer betalen (En: wie gaat dat betalen?)**
- **Minder (extra) zorg gebruiken**

Wat kiest u?

De vraag voor de toekomst is: gaan we steeds meer betalen voor meer zorg? En zo ja: wie gaat dat betalen?

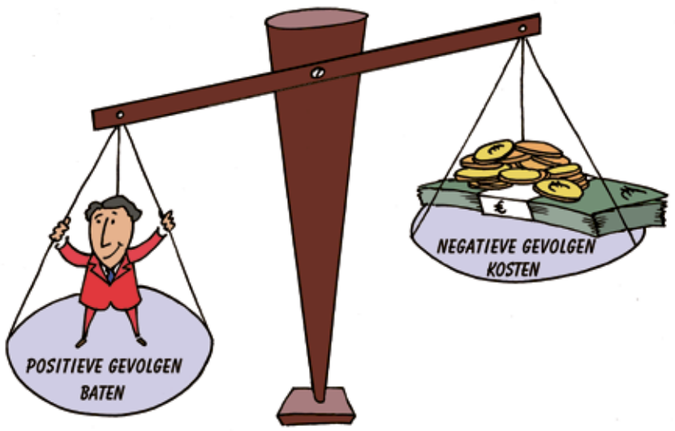
Meer zorg = meer betalen

Krijgen we meer zorg, dan betalen we over het algemeen ook meer. Een toenemende hoeveelheid zorg betekent dan ook dat de belastingen en premies voor de zorg omhoog gaan of dat we meer uit eigen zak gaan betalen. Betaalt een doorsnee gezin dadelijk bijna de helft van zijn inkomen aan zorg?
We kunnen meer zorg tegen een lagere prijs krijgen door efficiënter zorg te verlenen. Dat is alleen nog niet zo makkelijk. Ieder jaar wordt de zorg efficiënter, maar toch stijgen de zorguitgaven.

Wie gaat dat betalen?

Als de hoeveelheid zorg toeneemt volgt dus meestal de rekening. Wie gaat dat betalen? Willen we dat met zijn allen (collectief) betalen? Of is extra zorg voor eigen rekening? We kunnen kiezen bij wie we de rekening van de stijgende zorguitgaven neerleggen. Willen we hogere belastingen en premies vragen aan mensen die meer verdienen? Ook als dat betekent dat zij 80 procent belasting betalen? Hoe hoog mogen de belastingen voor de zorg zijn? Willen we zorggebruikers vragen een groter deel zelf te financieren door de eigen betalingen te verhogen? En hoe hoog mogen de eigen betalingen dan maximaal zijn? Of willen we bijvoorbeeld hogere premies vragen aan ouderen die veel zorg gebruiken, waardoor zij hun huis 'op moeten eten'? Kortom: Wie krijgt de rekening als de uitgaven stijgen?

Meer zorg: wat is het ons waard?



Hoelang willen we de zorguitgaven nog laten stijgen? Dat is afhankelijk van wat het ons met zijn allen kost én de negatieve effecten die daarmee samenhangen, maar ook van wat het ons als maatschappij oplevert (de baten). Zolang de zorg ons individueel meer oplevert dan het ons individueel kost, zullen we de stijgende zorguitgaven graag blijven betalen. Maar hoe ligt dat wanneer je zelf meer betaalt dan je daarvoor ontvangt? Als de baten bij je buurman terecht komen? Het is ook belangrijk om te bedenken wat het alternatief is: waar zouden we ons geld aan uitgeven als het niet naar de zorg zou gaan? En is dat ons meer of minder waard dan de zorg die we voor dit geld krijgen?

Willen we meer zorg?



De technologische mogelijkheden nemen toe, onze samenleving wordt steeds rijker en de vergrijzing is voorlopig nog niet op zijn hoogtepunt. Allemaal redenen waardoor we in het verleden meer zorg wilden hebben. Is dat in de toekomst ook zo? Willen we ook dan meer zorg? En zo ja: welke zorg wel en welke zorg niet? En tegen welke prijs? Want meer zorg betekent ook meer betalen. Waar ligt de grens voor wat we uit willen geven aan gezondheidszorg?

Wie gaat dat betalen?



Als we ervoor kiezen om meer uit te gaan geven aan zorg, zal iemand dat moeten betalen. Betalen we de extra zorguitgaven samen (collectief) via verplichte belastingen en premies? Of betaal je zelf voor de zorg die je gebruikt? En als we ervoor kiezen om de stijgende zorguitgaven samen te betalen, leggen we de rekening dan neer bij de zieken of gezonden, de hoge of lage inkomens, bij jongeren of bij ouderen?

5 **Maatregelen**

Maatregelen: we doen altijd iets

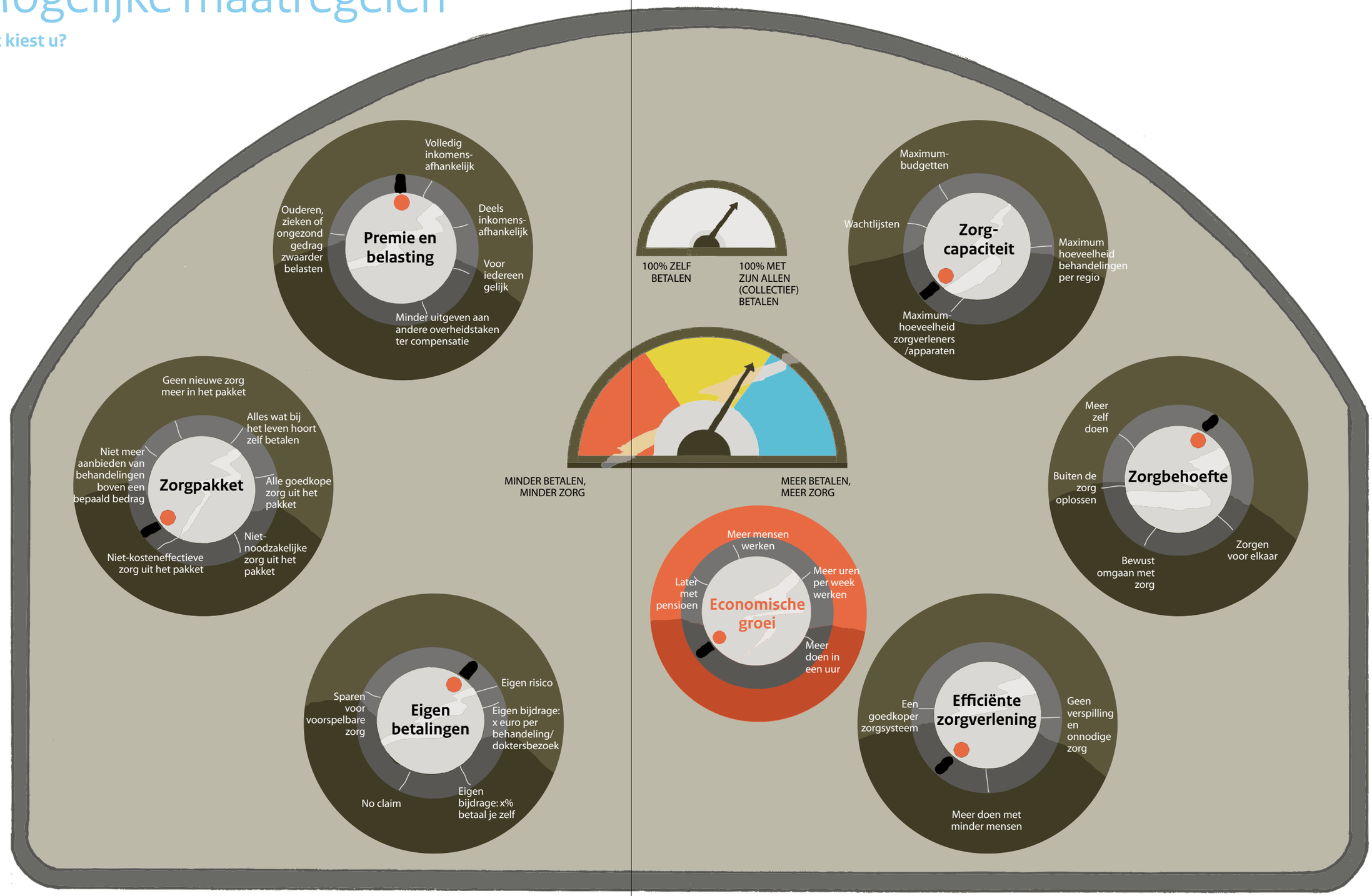
Mogelijke maatregelen

Maatregelen: we doen altijd iets

- Premies en belastingen
- Zorgpakket
- Eigen betalingen
- Zorgcapaciteit
- Zorgbehoefte
- Efficiënte zorgverlening
- Economische groei

Mogelijke maatregelen

Wat kiest u?



Maatregelen: we doen altijd iets

Wat we ook doen, we doen altijd iets: of we krijgen minder (extra) zorg of we gaan meer betalen. Er zijn binnen de zorg een paar knoppen waar we aan kunnen draaien om de toekomstige zorguitgaven vast te stellen: premies en belastingen, het zorgpakket, de eigen betalingen, de zorgcapaciteit, de zorgbehoefte of efficiënt werken. Buiten de zorg kunnen we werken aan economische groei, zodat we de zorg makkelijker kunnen betalen.

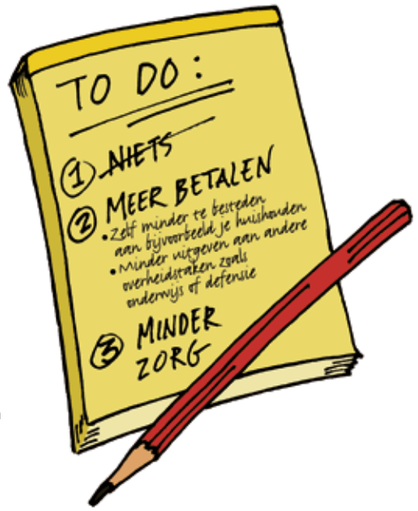
We kunnen een aantal dingen doen om met de stijgende zorguitgaven om te gaan:

- **Premies en belastingen:** hoe hoger de premies en belastingen, hoe meer geld er beschikbaar is voor de zorg. Dat betekent wel dat we minder geld overhouden voor andere overheidstaken of om zelf uit te geven.
- **Zorgpakket:** alles wat we niet gezamenlijk (collectief) betalen, betaal je zelf. Een kleiner collectief pakket, betekent dat de kosten dalen voor wie geen zorg nodig heeft. Als je het zelf betaalt, sta je ook vaker stil bij welke zorg je echt nodig hebt. Daardoor kan de hoeveelheid zorg ook omlaag.
- **Eigen betalingen:** door een eigen risico of eigen bijdrage betaal je zelf voor een deel van de zorg die je gebruikt. Daardoor dalen de zorgkosten voor degenen die geen zorg nodig hebben. Als je een deel zelf betaalt, denk je ook goed na over welke zorg je echt nodig hebt. Daardoor kan de hoeveelheid zorg omlaag.
- **Zorgcapaciteit:** we kunnen de hoeveelheid zorg beperken door de hoeveelheid zorg te reguleren. Dit kan door maximumbudgetten, een maximumhoeveelheid behandelingen of door een maximum te stellen aan het aantal zorgverleners of zaken die je nodig hebt om zorg te verlenen (zoals apparaten). Daardoor daalt de hoeveelheid zorg, maar niet de hoeveelheid zorg die we willen (zorgvraag). Dat betekent dat er wachtlijsten ontstaan.
- **Zorgbehoefte:** als we minder zorg willen en nodig hebben, kan de hoeveelheid zorg omlaag. We kunnen de zorgvraag beperken door meer zelf of voor elkaar te doen, door goed na te denken over welke zorg we wel en niet nodig hebben en door minder dingen binnen de zorg op te willen lossen.
- **Efficiënte zorgverlening:** als we meer gaan doen tegen hetzelfde geld wordt de zorg meer betaalbaar. Dat betekent dat we met minder mensen hetzelfde werk moeten doen of dat de lonen in de zorg minder stijgen.

Buiten de zorg: economische groei

Ook buiten de zorg zijn er mogelijkheden. Verdienen we met zijn allen meer dan kunnen we ook meer uitgeven aan zorg. We verdienen meer als meer mensen werken (door bijvoorbeeld een hogere pensioenleeftijd), als we meer uren werken (minder in deeltijd) of als we betere en goedkoper werken dan in andere landen.

Niets doen? We doen altijd iets!



Wat we ook doen, we doen altijd iets. Of we gaan meer betalen of we kiezen ervoor om veranderingen in de zorg door te voeren waardoor we minder zorg gaan gebruiken of efficiënter gaan werken. De afgelopen decennia is ervoor gekozen om meer te gaan betalen. Willen we dat in de toekomst nog steeds?

Wat zijn de mogelijkheden?



Er zijn een paar knoppen waar we aan kunnen draaien binnen de zorg. We zullen altijd aan een knop draaien, maar we kunnen wel kiezen aan welke knop we draaien. Welke knop(pen) kiest u?

Brede analyse van mogelijke maatregelen

1. **VWS-Financiën Taskforce**
   'beheersing zorguitgaven'
2. **Sociaal Economische Raad-adviesaanvraag**
   'betaalbare zorg voor toekomstige generaties'
3. **OESO-onderzoek**
   'kostenbeheersing in de zorg'
4. **Centraal Planbureau-Onderzoeksprogramma**
   'toekomst zorg'
5. **Kennisprogramma**
   'houdbaarheid van de zorg'
6. .....

Voorbeeld van een mogelijke keuze: vijftig kilometer rijden voor een scan of de premie omhoog?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: schoonmaken voor de zieke buurvrouw of twee uur per week extra werken?

Alle mogelijkheden worden de komende tijd grondig uitgewerkt. O.a. de Sociaal Economische Raad (sociale partners) en het Centraal Planbureau gaan dit doen. Wat zijn de opties die we hebben? Welke combinaties van knoppen werken goed samen? En waarom zouden we bepaalde opties (niet) kiezen?

Premies en belastingen

Als we met zijn allen meer belasting en hogere premies betalen, kunnen we meer uitgeven aan zorg. Dat betekent wel dat we minder geld overhouden voor andere overheidstaken of om zelf uit te geven.

Als we de belastingen en premies voor de zorg verhogen, krijgen we meer geld om meer en betere zorg van te betalen.

Verdringing of koopkrachtverlies

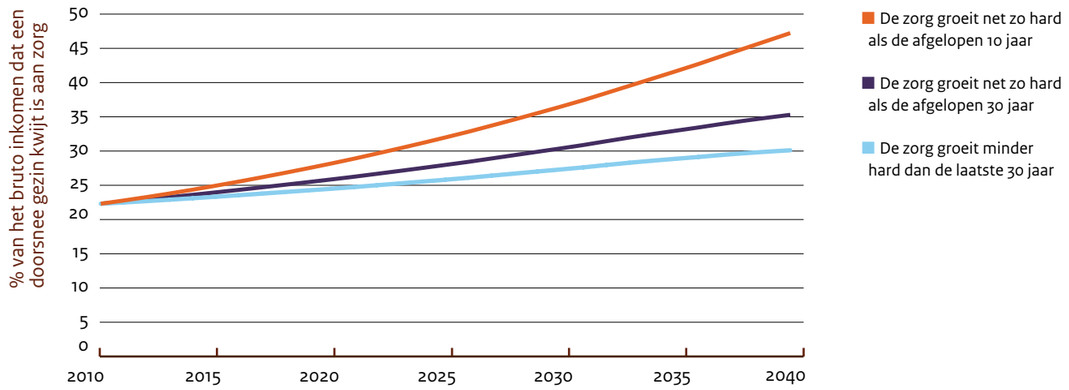
Belastingen en premies betalen we met zijn allen. Als de belastingen en premies voor de zorg stijgen, merk je dat dus meteen. Daarvoor zijn er twee opties:

- We verhogen de belastingen en premies voor de zorg en dat ga je direct in je portemonnee voelen. Je hebt minder geld te besteden voor andere dingen. Bijvoorbeeld voor je huis of je boodschappen. Stijgt de zorg één procentpunt minder hard dan nu, dan heeft een doorsnee gezin in 2040 700 euro per maand extra te besteden.
- We verhogen de belastingen en premies voor de zorg en verlagen de belastingen voor andere overheidsuitgaven met een even groot bedrag. Zo voel je de stijgende zorguitgaven niet direct in de portemonnee. Wat je wel merkt is dat er minder geld beschikbaar is voor andere overheidsuitgaven. Er moet dan dus worden bezuinigd op bijvoorbeeld onderwijs, uitkeringen of dijken. Van een jaar basisonderwijs kunnen we 52 dagen zorg kopen. Een jaar politie staat gelijk aan 29 dagen zorg. Omdat de zorguitgaven zo hoog zijn in vergelijking met de meeste andere overheidsuitgaven, zijn de benodigde bezuinigingen om de stijgende zorgkosten op te vangen ook groot.

Wie gaat meer betalen?

Als we de belastingen en premies verhogen, kan je kiezen voor wie je dat doet. Wie krijgt de rekening van de stijgende zorguitgaven? Gaan mensen met een hoog inkomen nog meer betalen? Of mensen die meer zorg gebruiken? Jongeren of ouderen? Wie gaat het merken in zijn portemonnee? En is er een grens aan wat je iemand verplicht aan de zorg kan laten betalen?

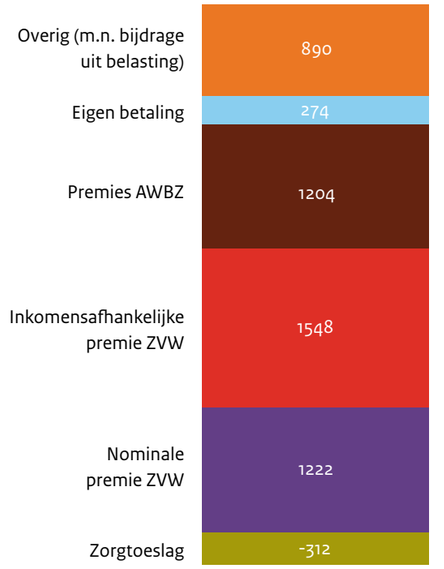
De helft van je inkomen naar de zorg?



Het CPB berekende dat een doorsnee gezin in 2040 tot bijna de helft van zijn inkomen aan zorg uitgeeft als de zorg net zo blijft groeien als de afgelopen 10 jaar. Nu betaalt dit gezin al ruim 11.000 euro aan verplichte belastingen en premies. Bent u bereid de helft van uw inkomen aan de zorg te besteden?

Hoe halen we het geld op?

Gemiddeld betaalt elke volwassene (18+) in 2012 aan zorg: €4826

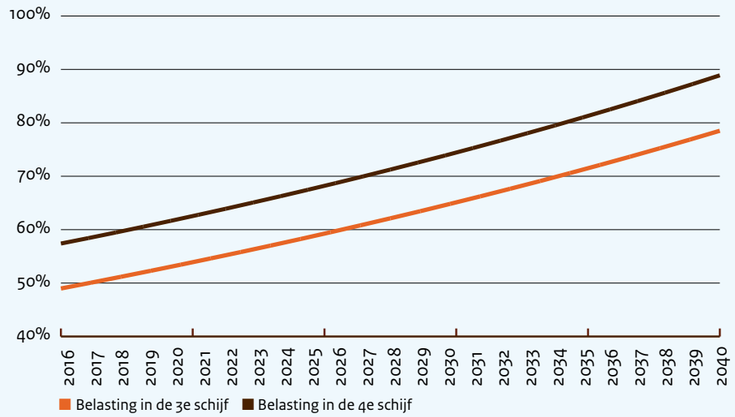


x 13,2 mln volwassenen

De zorg wordt nu betaald uit belastingen, premies voor de AWBZ (via het loonstrookje), de nominale premie voor de zorgverzekering, de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering en uit eigen betalingen. Mensen met een laag inkomen krijgen zorgtoeslag. Willen we dat in de toekomst net zo blijven doen? Of leggen we de rekening voor de stijgende zorgkosten neer bij bijvoorbeeld ouderen, zieken, werkenden of mensen met een hoog inkomen?

Is er een maximum voor wat je verplicht aan zorg moet besteden?

Wat gebeurt er als de middeninkomens en rijken de totale uitgavenstijging zouden betalen?



Voorbeeld van een mogelijke keuze: grotere schoolklassen of een eigen bijdrage voor de huisarts?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: moet de premie meer of minder inkomensafhankelijk zijn dan nu?

Wanneer je een steeds hoger percentage dan gemiddeld gaat bijdragen aan de zorg, wordt de kans groter dat je hier zelf niets voor terug krijgt. Mensen met een hoog inkomen gaan dus steeds meer voor anderen betalen ten opzichte van wat zij zelf aan zorg krijgen. Vinden we dat erg? Is er een maximumbedrag dat mensen met een hoog inkomen moeten bijdragen aan de zorg?

Zorgpakket

Alles wat we niet gezamenlijk (collectief) betalen, betaal je zelf. Een kleiner collectief pakket, betekent dat de kosten dalen voor wie geen zorg nodig heeft. Als je het zelf betaalt, sta je er meer bij stil of je iets echt nodig hebt en of je het ook op een andere manier op kan lossen (bijvoorbeeld door een familielid te vragen). Daardoor kan de hoeveelheid zorg ook omlaag.

Als het deel van de zorg dat we met zijn allen betalen (het zorgpakket) kleiner is, zijn de kosten hiervoor ook lager. We betalen immers voor minder zorg. Is het zorgpakket groter dan zijn de kosten hiervoor hoger. Je kan wel zelf dingen die niet collectief vergoed worden alsnog aanschaffen. Dan draag je de kosten daarvan ook zelf.

Heb ik het echt nodig?

Als je zelf de rekening betaalt, sta je meer stil bij of je iets echt nodig hebt en of je het niet zelf op kunt lossen, bijvoorbeeld met hulp vanuit je omgeving. Daardoor kan de totale hoeveelheid zorg (en daarmee de zorgkosten) ook omlaag.
In sommige gevallen kan het feit dat je zelf voor zorg moet betalen er voor zorgen dat mensen afzien van gebruik van zorg terwijl ze het wel nodig hebben. Dan kunnen de zorgkosten soms uiteindelijk zelfs hoger zijn, omdat mensen later alsnog zorg nodig hebben, die dan zelfs duurder kan zijn.

Wat kan er uit het pakket?

Er wordt regelmatig voorgesteld de volgende dingen uit het zorgpakket te halen:

- Zaken die je makkelijk zelf kan betalen omdat de kosten erg laag zijn (paracetamol bijvoorbeeld zit niet in het zorgpakket en koop je tegen een klein bedrag bij de drogist);
- Het hoort bij het leven. Dit zijn dingen die bijna iedereen op termijn nodig heeft en waarvan je dus van tevoren weet dat je het waarschijnlijk nodig zal hebben. Hier kan je dus bijvoorbeeld voor sparen. Voor de ouderenzorg bijvoorbeeld, of de rollator: een klein kind heeft een driewieler, een volwassene een fiets en een oudere een rollator.
- Zorg die andere uitgaven vervangt. Als je een aangepaste stoel hebt, heb je bijvoorbeeld geen gewone stoel meer nodig.
- Het is geen bewezen effectieve zorg. Als we niet weten of het helpt, moeten we het dan vergoeden?
- Het is niet medisch noodzakelijk. Daarom vergoeden we erectiemiddelen bijvoorbeeld niet.
- Het is niet kosteneffectief. De kosten zijn zo ontzettend hoog, dat dit niet opweegt tegen de voordelen die de zorg oplevert. Dit geldt bijvoorbeeld voor hele dure kankerbehandelingen die het leven nauwelijks verlengen.

Wat kan je zelf betalen?









Sommige zorgproducten en -diensten betalen we zelf, bijvoorbeeld paracetamol. Andere betalen we alleen voor mensen die dat zelf niet kunnen. Iemand kan via de bijzondere bijstand bijvoorbeeld een bril krijgen. Soms vragen we een hogere eigen bijdrage aan mensen met een hoger inkomen, bijvoorbeeld voor ouderenzorg in een instelling. Hoe willen we dat in de toekomst regelen? Wie betaalt wat zelf?

Wat hoort bij het leven?



We zien steeds meer ziekten in Nederland en kunnen steeds meer ongemakken genezen. Maar waar ligt de grens: wat hoort gewoon nog bij het leven en kan je dus zelf of in je eigen omgeving oplossen? En wat valt nog wel binnen het medische domein en moeten we dus met zijn allen regelen? Moet je relatietherapie door de verzekering vergoed worden? De paracetamol voor je hoofdpijn? Of je wandelstok? Of extra vitaminen voor kinderen in de groei?

Wat vinden we (niet) noodzakelijk?



Wanneer heeft iemand echt zorg nodig? We kunnen tegenwoordig heel veel, steeds meer zelfs. Maar is het ook allemaal echt nodig? Zijn er bepaalde kwalen of ongemakken die je maar moet accepteren? Wat vinden we noodzakelijke zorg en wat niet? Zijn middelen voor erectiestoornissen noodzakelijke zorg? Of begeleiding op school? Moet iedereen 's avonds goed kunnen slapen? Moet er in ieder verpleegtehuis internet zijn?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: neemt u uw moeder in huis wanneer zij oud wordt en niet meer goed voor zichzelf kan zorgen?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: moet een second opinion worden vergoed?

Eigen betalingen

Voor een deel van de zorg is er een eigen risico of eigen bijdrage. Dan betaal je zelf voor een deel van de zorg die je gebruikt. Daardoor dalen de zorgkosten voor degenen die geen zorg nodig hebben. Als je een deel zelf betaalt, sta je er meer bij stil of je iets echt nodig hebt en of je het ook op een andere manier op kan lossen. Daardoor kan de hoeveelheid zorg soms ook omlaag.

Bij eigen betalingen (een eigen bijdrage of een eigen risico) betaal je een deel van de zorg die je gebruikt zelf. De hoeveelheid zorg die via belastingen en premies (collectief) wordt betaald gaat dan omlaag.

Heb ik het echt nodig?

Als je zelf een deel van de rekening betaalt, sta je meer stil bij of je iets echt nodig hebt en of je het niet zelf op kan lossen, bijvoorbeeld met hulp vanuit je omgeving. Daardoor kan de totale hoeveelheid zorg (en daarmee de zorgkosten) ook omlaag. Eigen betalingen kunnen er ook voor zorgen dat mensen afzien van het gebruik van zorg terwijl ze het wel nodig hebben. Wanneer dat gebeurt kunnen eigen betalingen een negatief effect op de gezondheid hebben. Dit kan voorkomen worden door eigen betalingen vooral daar in te zetten waar dit negatieve effect niet verwacht wordt.

Eigen risico

Als je zorg gaat gebruiken, betaal je het eerste stukje zelf. Alle zorg die je gebruikt boven het eigen risico wordt wel vergoed. Voor de basisverzekering betaal je nu bijvoorbeeld 220 euro per jaar zelf (dit mag je vrijwillig hoger instellen). Alles wat je meer uitgeeft dan 220 euro, wordt volledig door de zorgverzekering vergoed.

Eigen bijdrage

Eigen bijdrage: per keer dat je zorg gebruikt (bijvoorbeeld per bezoek aan de dokter of per maand in een instelling), betaal je een bepaald bedrag. Hier kan een maximum aan zitten, zodat de totale kosten per persoon niet te hoog worden.

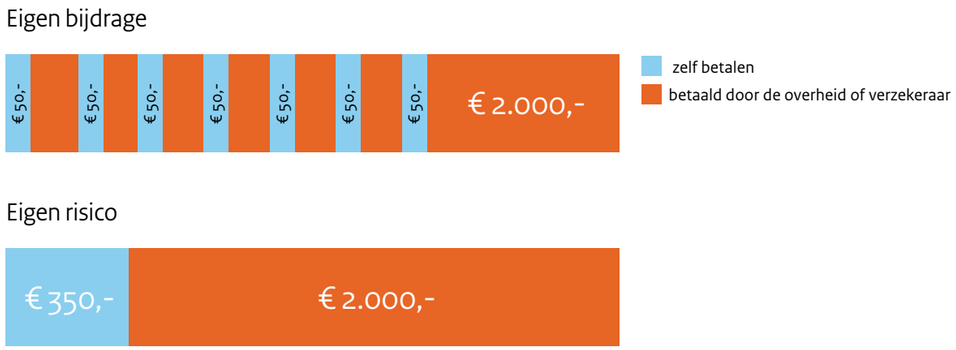
Zorgsparen

Als er hoge eigen betalingen zijn, kan het handig zijn om hier van tevoren geld voor opzij te zetten (zorgsparen). Zo heb je geld apart staan om de eigen betalingen te kunnen betalen als dat nodig is.

Vele mogelijke vormen

Eigen betalingen kunnen zeer verschillend zijn. Zo kan je ze alleen voor bepaalde vormen van zorg heffen (bijvoorbeeld voor dure zorg, voor levenskosten zoals voedsel, voor een bepaalde behandeling of voor de huisarts of fysiotherapeut) of je kan ze bijvoorbeeld inkomensafhankelijk maken. Hoe je de eigen betaling vormgeeft, bepaalt ook het effect.

Eigen risico of eigen bijdrage



Bij een eigen risico betaal je het eerste stuk van je zorguitgaven helemaal zelf. Bij een eigen bijdrage betaal je per behandeling , onderzoek of bezoek aan een zorgverlener een stukje zelf. Een alternatief voor een eigen betaling is een no claim: hierbij krijg je een stukje van je premie terug wanneer je géén zorg hebt gebruikt.

De een wel en de ander niet?



Mogen eigen bijdragen ingezet worden om verschillen in de zorg te creëren? Mag je een hogere eigen bijdrage vragen voor een mooiere kamer? Voor ouderen? Voor ongezond levende mensen? Voor mensen die niet werken? Door een hogere of een lagere bijdrage te heffen voor mensen uit een bepaalde groep of voor bepaalde zorg, wordt het voor deze groep of deze zorg meer of minder aantrekkelijk bepaalde zorg te gebruiken. Zo kan je het zorggebruik sturen. Wel kunnen er verschillen ontstaan tussen mensen die de eigen bijdrage wel en niet kunnen betalen. We kunnen de eigen bijdrage eventueel inkomensafhankelijk maken om dit te voorkomen.

Meer zelf betalen = minder overbodige zorg



Voorbeeld van een mogelijke keuze: mag het eigen risico naar 750 euro of gaat de premie omhoog?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: moet je een eigen bijdrage betalen voor je longkanker-behandeling wanneer je ooit hebt gerookt?

Wanneer je een deel van je zorg zelf betaalt, zal je afweging anders zijn dan wanneer je dat niet doet. Het maakt immers uit of iets gratis lijkt (als het kan en het kost me niets, waarom zou ik het dan niet doen?) of dat je zelf een deel betaalt (is dit het wel waard?).

Zorgcapaciteit

We kunnen ook de hoeveelheid zorg reguleren (aanbodbeperking). Dit kan door een maximum te stellen aan de hoeveelheid geld, zorgverleners, behandelingen of apparaten. Daardoor daalt de hoeveelheid zorg, maar niet de hoeveelheid zorg die we willen (zorgvraag). Dat betekent dat er wachtlijsten kunnen ontstaan.

We kunnen een maximum stellen aan de hoeveelheid zorg die verleend mag worden. Zo houden we de hoeveelheid zorg beperkt.

Aanbodbeperking

We kunnen de hoeveelheid (collectief gefinancierde) zorg beperken door:

- Maximumbudgetten vast te stellen (budgettering). Bijvoorbeeld voor een regio. Is het geld op, dan wordt er geen zorg meer geleverd.
- Maxima te stellen aan hoeveelheden behandelingen/zorg (bijvoorbeeld een maximumaantal uren huishoudelijke hulp per gemeente, of een ziekenhuis maar maximaal 100 keer een bepaalde operatie per jaar laten doen).
- Maxima te stellen aan het aantal zorgverleners (door bijvoorbeeld een numerus fixus of door vergunningen) of aantal zaken dat je nodig hebt om zorg te verlenen (bijvoorbeeld MRI-scanners).

Wachtlijsten

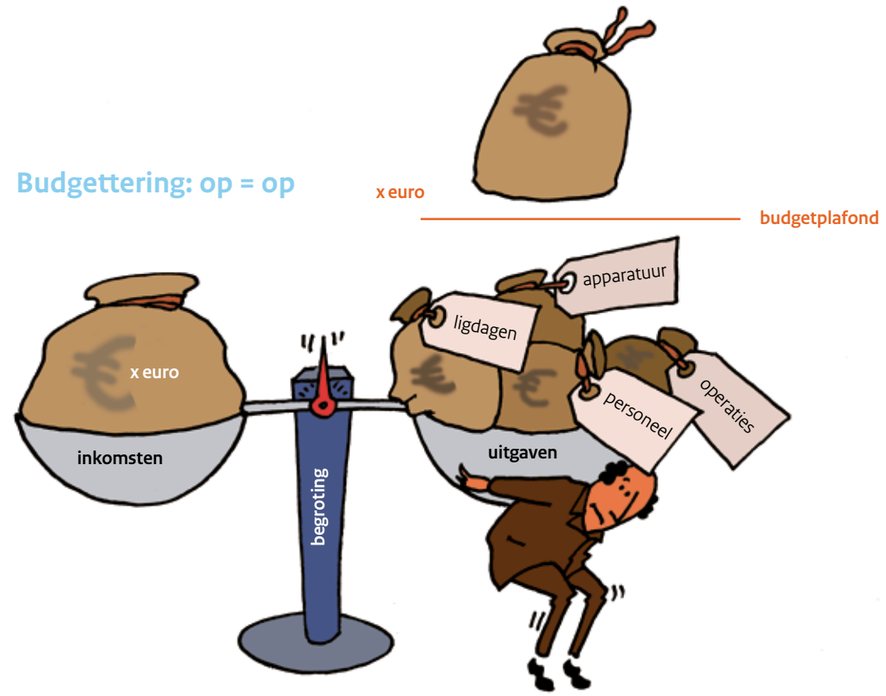
Beperking van de hoeveelheid zorg, oftewel op=op, kan zorgen voor wachtlijsten. Sommige mensen zullen daardoor later dan gewenst zorg ontvangen. Sommige zorg (bijvoorbeeld voor lichte gevallen) zal zelfs helemaal niet meer verleend worden. Wachtlijsten kunnen er daarom voor zorgen dat mensen langer ziek zijn. Dit vermindert hun kwaliteit van leven en maakt dat zij soms ook bijvoorbeeld niet kunnen werken.

Aanbodbeperking: Lagere kosten, langere wachtlijsten?



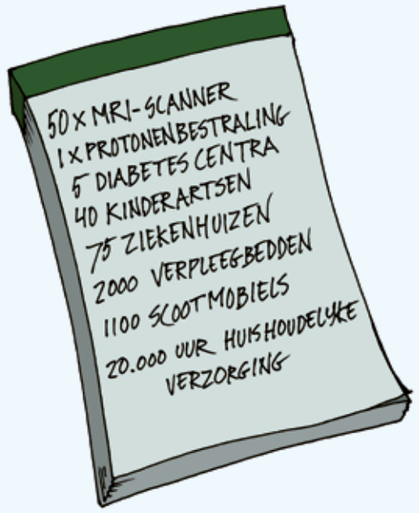
Aanbodbeperking kan wachtlijsten veroorzaken doordat er minder zorg beschikbaar is dan we willen. Wachtlijsten kunnen leiden tot gezondheidsschade en verlies van kwaliteit van leven doordat je langer ziek bent of niet geholpen wordt. Bij sommige ziekten kan de aandoening zelfs erger worden als je langer wacht. Vaak letten zorgverleners er bij wachtlijsten op dat de meest ernstige gevallen eerst worden geholpen. Lichte gevallen wachten dan langer of krijgen helemaal geen zorg. Zo blijft de gezondheidsschade (schade die kan optreden tijdens het wachten) beperkt. Wel betaal je dan premie of belasting voor zorg die je misschien niet krijgt wanneer je het nodig hebt.

Budgettering: op = op



Een budget is een maximum hoeveelheid geld voor een bepaalde periode (vaak een jaar). Als er een budget is, weet je precies hoeveel geld je uit kan geven. Meer geld uitgeven dan is vastgesteld is geen optie. Heeft een zorgaanbieder een budget, dan wordt hij gedwongen goed na te denken over hoe hij dat geld gaat besteden. Als hij dat goed doet, komt het geld daar terecht waar het het meest nodig is en worden overbodige kosten vermeden. Doet hij het niet goed, dan kan het geld voor het einde van het jaar op zijn, waardoor er dan geen zorg meer verleend kan worden. Dan komen er wachtlijsten.

Maximumaantallen



Voorbeeld van een mogelijke keuze: is het voldoende wanneer de huisarts alleen in de ochtenden beschikbaar is?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: is het acceptabel om een jaar te moeten wachten voordat je naar het verpleeghuis kan?

Door een maximum te stellen aan het aantal beschikbare apparaten, artsen, verpleegkundigen of uren zorg, kunnen we de kosten beperkt houden. Omdat er zo minder onderzoek en behandeling mogelijk is, kunnen er wachtlijsten ontstaan.

Zorgbehoefte

Als we minder zorg vragen of nodig hebben, kan de hoeveelheid zorg omlaag. We kunnen de zorgvraag beperken door meer zelf of voor elkaar te doen, door goed na te denken over welke zorg we wel en niet nodig hebben en door meer dingen buiten de zorg op te lossen.

Als we minder zorg willen kunnen de zorguitgaven omlaag.

Meer zelf doen

Door in te zetten op eigen kracht en zelf-doen makkelijker te maken (bijvoorbeeld met hulp van een app op je telefoon), kunnen we zorggebruik voorkomen.

Zorgen voor elkaar

Door elkaar te helpen, bijvoorbeeld schoonmaken bij je zieke buurvrouw, door vrijwilligerswerk of door (tijdelijk) je zieke ouders in huis te nemen, is er minder betaalde zorg nodig.

Bewust omgaan met zorg

Wanneer we bewuster nadenken over of dingen wel of geen zorg zijn, of we het echt nodig hebben en zo ja waar we de zorg dan gaan gebruiken, daalt de hoeveelheid zorg die we gebruiken. Mag je met een hoestje naar de huisarts? Kan je niet beter eerst naar de huisarts voordat je naar de eerste hulp gaat? Moeten we somberheid na een scheiding of overlijden behandelen of hoort dat bij het leven? Is het schoonmaken van je huis zorg?

Preventie?

Preventie wordt ook vaak genoemd als maatregel om de zorgvraag te beperken. Bij preventie is het echter zo dat het eerst vaak geld kost (de kosten van preventie), vervolgens geld oplevert (mensen hebben minder zorg nodig) en op de lange termijn weer geld kost (mensen overlijden niet omdat ze een ziekte niet krijgen, leven langer en krijgen dan andere ziektes die ook weer geld kosten). Daardoor zorgt preventie er op de lange termijn meestal voor dat er meer zorg nodig is in plaats van minder. Preventie heeft natuurlijk wel een positief effect op de gezondheid. Dit kan er ook voor zorgen dat meer mensen kunnen werken of dat mensen langer kunnen werken. Dan zijn er meer mensen om de zorg te financieren.

Eigen kracht: is professionele hulp nodig?







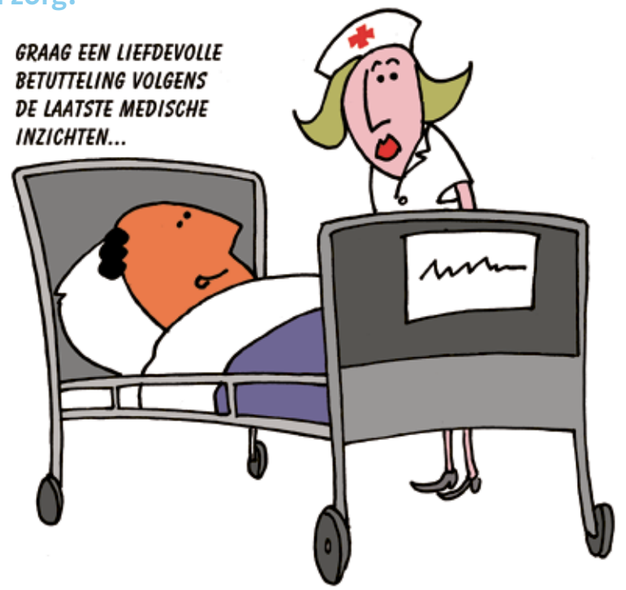


Voorbeeld van een mogelijke keuze: moeten we op zoek naar een therapie voor winderigheid?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: is thuiszorg om de eenzaamheid te verlichten zorg?

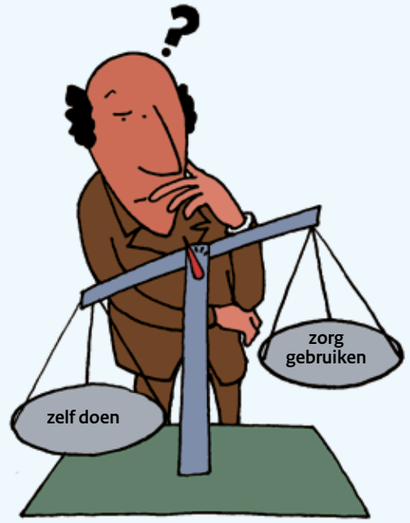
Sommige ongemakken kunnen we zelf oplossen of we kunnen het aan met hulp van onze sociale omgeving. Buren, kerken, sportverenigingen en familie zetten zich op allerlei manieren in voor anderen. Bovendien beschikken we over een forse eigen kracht. Veel kunnen we zelf, zonder hulp van allerlei instanties en organisaties. Soms is professionele hulp uiteraard wel nodig. Maar wanneer is dat? Wat kun je van mensen zelf verwachten en wat moeten we gezamenlijk in de zorg regelen?

Is het wel zorg?



Gaat zorg alleen om gezondheid? Of gaat het om ons gewaardeerd voelen, kunnen meekomen op school, nooit meer eenzaam zijn? Wat is zorg en waar moet de zorg toe leiden?

Heb ik het wel nodig?



We zien steeds meer ziekten in Nederland. Ook kunnen we steeds meer ongemakken genezen. Wat moeten we als maatschappij behandelen? Wat hoort bij het leven en wat moet iemand gewoon accepteren? Waar ligt de grens? Wat is ziekte en wat een ongemak? Welke zorg hebben we echt nodig en welke niet?

Efficiënte zorgverlening

Als we meer gaan doen tegen hetzelfde geld, kunnen we én meer zorg krijgen én het betaalbaar houden. Zowel op de werkvloer als in het zorgsysteem kunnen dingen nog beter.

Meer zorg voor je euro krijgen betekent dat we én meer zorg kunnen krijgen én dat de premie niet omhoog hoeft. Meer zorg voor je euro krijg je door een beter zorgsysteem, geen verspilling, meer doen in een uur.

Een beter zorgsysteem

Het perfecte zorgsysteem bestaat niet: ieder systeem kent voor- en nadelen. Belangrijk is dat iedereen zich verantwoordelijk voelt voor een goede en betaalbare zorg. Hoe worden professionals, verzekeraars, burgers, patiënten en cliënten gestimuleerd om goed en zuinig om te gaan met zorg? Bij professionals spelen bijvoorbeeld beroepsethiek en de wil om goed te doen voor de patiënt een grote rol, maar ook financiële motieven en voortzetting van hun praktijk zijn belangrijk. Verzekeraars willen goede zorg leveren voor hun klanten, klanten aan zich binden, maar ook winst maken. Patiënten willen de beste zorg voor zichzelf. De gezonde Nederlander wil een zo laag mogelijke premie, maar wil ook dat er voor de zieken in Nederland gezorgd wordt. Hoe maak je van al deze motieven gebruik om ervoor te zorgen dat de zorg zo goed mogelijk werkt?

Geen verspilling

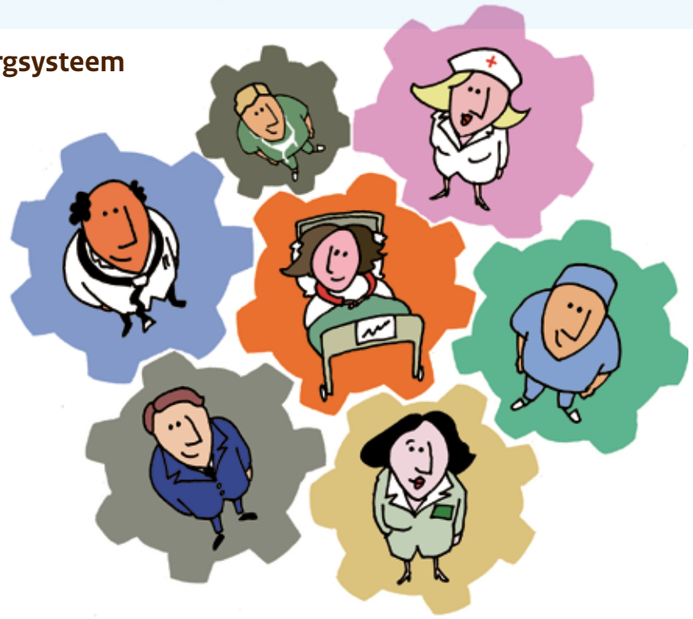
Overbodige zorg, verspilling en onnodige handelingen leiden tot hoge kosten terwijl ze niets opleveren. Hoe kunnen we dit zoveel mogelijk voorkomen? Het klink zo logisch en toch is er nog veel inefficiëntie in de zorg te vinden. Patiënten gaan naar de eerste hulp terwijl zij ook naar de (veel goedkopere) huisarts hadden kunnen gaan. Verpleeghuizen gooien ongebruikt verbandmateriaal weg. Mensen hebben een scootmobiel in de tuin die ze niet durven te gebruiken. Artsen schrijven dure geneesmiddelen voor waar goedkope even goed werken. Vaak weten we wel dat het anders kan, maar hoe zorgen we ervoor dat het ook echt gebeurt? Er is immers een reden dat verspilling optreedt.

Meer doen in een uur

Door bijvoorbeeld meer apparaten in te zetten of de zorg anders te organiseren, kan je met minder mensen dezelfde zorg leveren. Je verhoogt de efficiëntie van de zorg. Apparatuur kost echter ook geld.

Het beste zorgsysteem

Hoe richten we het zorgsysteem zo in dat we de beste zorg tegen de laagste prijs krijgen? Hoe garanderen we dat zorgverleners, zorgverzekeraars, mantelzorgers, patiënten en alle andere organisaties en personen die zich met de zorg bezig houden, zo goed mogelijk hun werk kunnen doen? Dat er geen werk blijft liggen, maar ook dat er niets teveel gebeurt? Dat de kwaliteit zo goed mogelijk is? Dat iedereen doet wat hij moet doen?



Voorbeeld van een mogelijke keuze: moeten er 3 mensen op een kamer in het verpleegtehuis zodat het personeel makkelijk overzicht kan houden over de cliënten?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: moeten artsen bijhouden hoe hun behandelresultaten zijn, ook al zijn ze daar een uur per dag aan kwijt?

Efficiënte zorgverlening



Elk jaar kunnen we meer doen tegen lagere kosten: de zorg wordt elk jaar efficiënter. Operaties waarvoor vroeger een langdurige opname nodig was, kunnen nu bijvoorbeeld in de dagbehandeling worden gedaan. Daar houden we ook rekening mee in de voorspellingen voor de toekomst. Maar kan het nog sneller nog beter? Kunnen zorgverleners nog goedkoper werken? Kan de kwaliteit of de hoeveelheid zorg omhoog zonder dat de kosten stijgen?

Voorkom onnodig zorggebruik





Onnodig zorggebruik leidt niet alleen tot kosten, maar brengt ook andere nadelen met zich mee. Voor de meeste zorg geldt: baat het niet, dan schaadt het wel. Hoe voorkomen we onnodig zorggebruik of zorggebruik op de verkeerde plek? Hoe zorgen we ervoor dat er geen overbodige scans worden gedaan? Of dat patiënten niet naar de Spoedeisende Hulp gaan als ze ook naar de huisartsenpost kunnen?

Economische groei

Ook buiten de zorg zijn er mogelijkheden. Verdienen we met zijn allen meer (groeit de economie) dan kunnen we ook meer uitgeven aan zorg. We verdienen meer als meer mensen werken (door bijvoorbeeld een hogere pensioenleeftijd), als we meer uren werken (minder in deeltijd) of als we beter en goedkoper werken dan in andere landen.

Als we met zijn allen meer verdienen omdat de economie groeit, kunnen we ook meer uitgeven aan zorg. We kunnen met zijn allen meer verdienen in Nederland als meer mensen gaan werken, als we meer uur per week gaan werken of als we meer doen in een uur (hogere arbeidsproductiviteit).

Meer mensen werken

Als meer mensen gaan werken verdienen we met zijn allen meer. Dat kan als er minder mensen werkloos thuis zitten, ziek thuis zitten of als mensen later met pensioen gaan. De zorg levert hier een grote bijdrage aan door mensen (tot op hogere leeftijd) gezond te laten zijn.

Meer uren per week

Als we allemaal een paar uur extra per week gaan werken, kunnen we meer producten maken en diensten leveren. Dan verdienen wij met zijn allen ook meer.

Meer doen in een uur

Als we meer of betere producten maken in een uur (we zijn productiever), worden deze producten goedkoper (minder loon per product) of aantrekkelijker (een beter product tegen een zelfde prijs). Dan kunnen we ze beter verkopen in het buitenland. Dit geldt ook voor de zorg: hebben wij zorg tegen een erg goede prijs-kwaliteit verhouding, dan kunnen wij deze zorg exporteren. In de zorg is dit lastig, omdat medewerkers (het grootste gedeelte van de kosten) in Nederland relatief veel kosten ten opzichte van landen als bijvoorbeeld India waar de lonen erg laag zijn.

Meer verdienen = meer zorg

Meer verdienen betekent een hogere welvaart. Een hogere welvaart is één van de oorzaken van de kostenstijging in de zorg; als we rijker zijn willen we meer zorg. Daarmee veroorzaakt meer verdienen ook een extra kostenstijging.

Meer verdienen = meer geld voor zorg



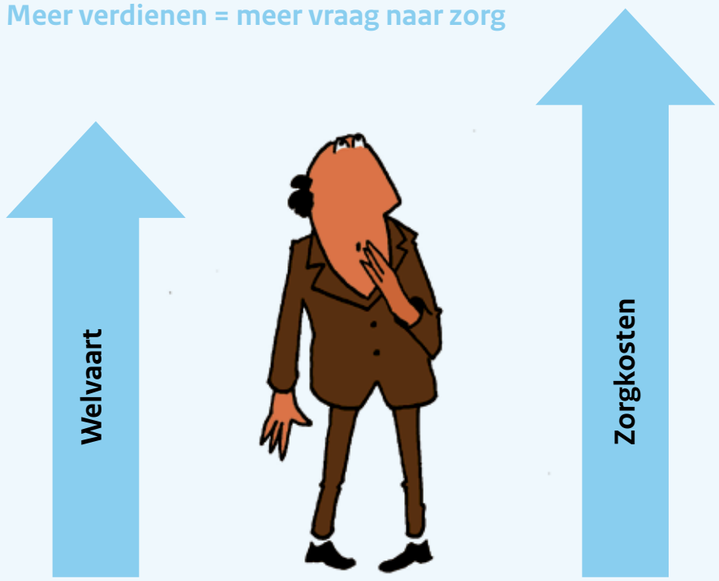
Als we meer verdienen, kunnen we ook meer uitgeven aan zorg. De vraag is wel of we dat willen: vinden meer zorg belangrijk of willen toch ook graag ver op vakantie, een nieuw mobieltje, beter onderwijs of hogere dijken?

Meer mensen werken meer uur per week



Als meer mensen werken, kunnen we met zijn allen meer verdienen. Verhogen we de pensioenleeftijd bijvoorbeeld met een jaar, dan krijgt de overheid ca. 2 miljard meer belasting binnen. Van dat extra geld kunnen we onder andere extra zorg kopen. Ook als we allemaal een paar uur extra per week werken (veel Nederlanders werken nu parttime), kunnen we veel extra geld ophalen.

Meer verdienen = meer vraag naar zorg



De stijgende welvaart is één van de oorzaken van de stijgende zorgkosten. In ieder geval in het verleden was het zo dat wanneer we rijker werden (de welvaart steeg) we ook meer zorg wilden. Meer verdienen kan dus ook zorgen voor een extra stijging van de zorguitgaven.

Voorbeeld van een mogelijke keuze: gaat u twee uur per week meer werken als we daardoor een behandeling voor dementie kunnen betalen?

Voorbeeld van een mogelijke keuze: mag de pensioen-leeftijd naar 75 als we dan betere zorg krijgen?

Bronnen

Voor deze publicatie is gebruik gemaakt van cijfermateriaal van onder andere het CPB (CPB policy brief 2011/11 ‘Trends in gezondheid en zorg’, Centraal Economisch Plan 2012), het RIVM (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 ‘van gezond naar beter’), het CBS (Statline), de OECD (Health Statistics), de Rijksbegroting voor 2012, het boek ‘een beter Nederland, de gouden eieren van de gezondheids-zorg’ van Marc Pomp en eigen publicaties en berekeningen van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.minvws.nl

Meer informatie
Met vragen kunt u terecht bij Postbus 51: bel 0800-8051 (gratis)
of kijk op www.postbus51.nl. De medewerkers zijn op
werkdagen telefonisch bereikbaar van 08.00 tot 20.00 uur.

Vormgeving
Ontwerpwerk, Den Haag

Illustraties
Bert Dekker, Den Haag

juni 2012