

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 469

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juli 2013

Dit kabinet streeft naar toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg. Een ingewikkelde opgave gezien de continu sterk stijgende zorguitgaven. Om dit te bereiken is een ambitieuze agenda in gang gezet ten aanzien van zowel de preventie, curatieve als langdurige zorg. Het Centraal Planbureau (CPB) levert met het boek «Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit» een waardevolle bijdrage aan het beleid en het debat rond een betaalbare zorg. Het boek is tot stand gekomen in het kader van het programma «Toekomst voor de Zorg», een driejarig onderzoeksprogramma gefinancierd vanuit de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Economische Zaken.

Het boek behandelt vooral de vraagzijde van de zorg (verzekeren, solidariteit, pakket, eigen betalingen). Het gaat over solidariteit, over de relatie tussen individuele voorkeuren en collectieve arrangementen en over de manier waarop en de mate waarin de zorg collectief geleverd en gefinancierd wordt. Onderwerpen die bij sterk stijgende zorguitgaven en een toenemend beroep op de zorg steeds belangrijker worden.

Op sommige onderdelen geeft het CPB een overzicht van de (wetenschappelijke) stand van het denken, op andere onderdelen juist een aanzet tot verder denken. Zo schetst hoofdstuk 11 een denkkader met vier mogelijke wereldbeelden voor de zorg. Aangezien het kabinet niet voor één wereld kiest, de te maken keuzes verschillen immers tussen enorm per zorgdomein, is ervoor gekozen om de belangrijkste bevindingen met implicaties voor beleid van een kabinetsstandpunt te voorzien. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar de thema's preventie, curatieve zorg en langdurige zorg; respectievelijk de hoofdstukken 8, 9 en 10. De hoofdstukken 1 t/m 7 vormen de opmaat naar deze hoofdstukken en worden dus niet apart behandeld.

Preventie

Gezondheid loont: grote individuele en maatschappelijke baten van gezondheid

Gezondheid vormt samen met onderwijs de belangrijkste bouwsteen van het menselijk kapitaal. Een gezonde leefstijl en adequate gezondheidszorg waarmee de gezondheid op peil kan worden gehouden dragen in belangrijke mate bij aan een gezonde Nederlandse economie. Maar bovenal, zoals het CPB laat zien, hebben mensen zelf baat bij preventie in de zin van gezonde leefstijl. Gezonde mensen leven langer, hebben een grotere inzetbaarheid op de arbeidsmarkt en in het gezin en een langer pensioen. Het CPB verwacht geen daling van de totale zorguitgaven als gevolg van investeringen in gezondheid. Gezonde mensen hebben over het hele leven gezien gemiddeld minder zorg nodig per jaar, maar leven langer en doen gedurende meer jaren een beroep op zorgvoorzieningen. Per saldo verwacht het CPB dat deze twee effecten tegen elkaar wegvallen. De overheidsfinanciën profiteren als mensen de betere gezondheid aanwenden om langer te leren en meer te werken en zodoende meer belasting en pensioenpremies afdragen. Als mensen wel langer leven, maar niet meer werken is het saldo van hogere uitgaven en inkomsten voor de overheid negatief (een verlies van 0,2% van het nationaal inkomen). Maar als mensen meer werken en langer leren, of als de overheid de pensioenleeftijd verhoogt, lopen de baten voor de overheid op tot ruim 1½% van het nationaal inkomen.

Investeren in gezondheid: individuele of collectieve verantwoordelijkheid?

Het CPB laat daarnaast zien dat, net als bij onderwijs, gezondheid vraagt om investeringen van jongs af aan. In eerste instantie is dat volgens het CPB de verantwoordelijkheid van het individu, aangezien de baten van gezond leven in eerste instantie ook aan het individu ten goede komen. Gezondheid is immers belangrijk voor de kwaliteit van leven. Het CPB zet vervolgens uiteen waarom niet iedereen automatisch kiest voor een gezonde leefstijl. Belangrijke oorzaken van ongezond gedrag zijn volgens het CPB een gebrek aan financiële middelen, onvoldoende informatie, sociale normen en kortzichtig gedrag. Bovendien wordt een gezonde of minder gezonde levensstijl al vroeg in het leven aangeleerd. Preventie vanaf jonge leeftijd is volgens het CPB belangrijk om iedereen gelijke kansen te geven. Een ongezonde leefstijl kan ertoe leiden dat niet alleen de gezondheid en kwaliteit van leven onnodig achterblijven, maar dat ook niet alle maatschappelijke voordelen van een gezonde beroepsbevolking behaald worden. Op dat punt ligt een rol voor de overheid voor de hand.

Het Nationaal Programma Preventie

Het kabinet is van mening dat gezondheid belangrijk is voor de kwaliteit van het leven van mensen en dat een vitale samenleving baat heeft bij een gezonde bevolking. De komende maanden wordt een Nationaal Programma Preventie (NPP) uitgewerkt, de inzichten uit deze studie zullen daarbij worden meegenomen. In het NPP staat het leggen van verbanden tussen verschillende maatschappelijke sectoren (arbeid, school, de wijk) centraal, wat voor de hand ligt gezien het feit dat diverse partijen baat hebben bij en kunnen bijdragen aan gezondheid. De analyse van het CPB sluit daar goed bij aan.

Curatieve zorg

Beheersing van de zorguitgaven

Het CPB schetst een internationaal perspectief op de curatieve zorg. De curatieve zorg in Nederland scoort gemiddeld wat betreft kwaliteit en zeer goed op het gebied van toegankelijkheid van zorg. Het boek laat ook zien dat de uitgaven aan curatieve zorg in Nederland gemiddeld zijn ten opzichte van ons omringende landen, maar dat de groei van de uitgaven in de curatieve zorg juist relatief hoog is. Het groeipercentage in de curatieve zorg was tussen 2000 en 2010 het hoogst van heel West-Europa en wereldwijd heeft alleen Australië hogere groei gekend.

Het CPB laat daarnaast zien dat de zorg wordt gekenmerkt door een grote mate van complexiteit, beperkte informatie bij artsen en patiënten over onder andere de (kosten-)effectiviteit van behandelingen en verschillende vormen van informatieasymmetrie. Hierdoor ontstaat, aldus het CPB, het grote «grijze gebied» in de zorg. Een gebied waar de indicatiestelling niet altijd even goed objectiveerbaar is, wat kan leiden tot zowel teveel als te weinig zorg. De indicatie is dus met onzekerheid omgeven. Het vele onderzoek naar inefficiënties in de zorg laat zien dat er veel potentie is voor doelmatigheidswinst. Manieren om de zorg slimmer te organiseren, maar ook ruimte om onnodige zorg, onnodige medicalisering, minder (kosten)effectieve zorg, minder noodzakelijke zorg of zorg met een lage ziektelast uit het pakket te verwijderen zonder dat de volksgezondheid in het geding komt. Het is volgens het CPB echter niet eenvoudig om deze inefficiënties uit het systeem te halen.

Dit kabinet staat voor een omvangrijke opgave in de curatieve zorg. In 2017 moeten de zorguitgaven € 3,1 miljard lager uitkomen ten opzichte van de door het CPB geraamde groei van ruim € 10 miljard voor de periode 2013–2017. Het in internationaal perspectief hoge groeipercentage en het grote «grijze gebied» sterken het kabinet in zijn streven om de groei van de zorguitgaven terug te brengen naar een niveau dat meer in lijn ligt met demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Kortom, een lager groeipad dat de onderliggende ontwikkelingen in ziektebeelden beter weerspiegelt. Hiervoor heeft het kabinet een ambitieuze agenda gepresenteerd waarin verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden meer mogelijkheden krijgen om hun rol te vervullen. De verwachting is dat dit leidt tot beperking van de groei met € 1,6 miljard. Via pakketaanpassingen beoogt het kabinet de resterende opgave in te vullen. Het kabinet benadrukt dat ondanks deze soms pijnlijke maatregelen de nominale uitgaven aan curatieve zorg tussen 2013 en 2017 nog altijd groeien met ruim € 7 miljard.

Pakketbeheer

Het CPB doet de suggestie om bij de pakketafbakening de afbakening afhankelijk te maken van zowel noodzakelijkheid als kosteneffectiviteit. Dit ligt in lijn met de voornemens van dit kabinet om onder andere door stringenter pakketbeheer het uitdijen van het zorgpakket af te remmen. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zal het zorgpakket jaarlijks doorlichten. In het regeerakkoord wordt verder gesproken over het wettelijk verankeren van het criterium (relatieve) kosten-effectiviteit en het hanteren van «noodzakelijkheid» als voorliggend criterium.

Aanvullende verzekering: wel of niet reguleren?

Het CPB signaleert tevens dat een beperking of versoering van het basispakket kan leiden tot meer druk op de aanvullende verzekering omdat een deel van de mensen zich zullen willen verzekeren voor zorg die

niet strikt medisch noodzakelijk is en buiten het basispakket valt. De aanvullende verzekering is niet zo sterk gereguleerd als de basisverzekering. Risicoselectie en premiedifferentiatie zijn dan ook toegestaan en er geldt geen verzekeringsplicht waardoor ook averechtse selectie door verzekerden plaats kan vinden. Het CPB pleit in dat kader voor meer regulering op de aanvullende verzekering.

Het kabinet ziet momenteel geen reden tot en juridische ruimte voor regulering van de aanvullende verzekering. Het uitgangspunt is immers dat medisch noodzakelijke zorg die niet voor eigen risico en rekening te dragen is, gewoon verzekerd is via het basispakket. Bovendien verbiedt de EU-regelgeving regeringen om beperkingen op te leggen aan de bedrijfsvoering van verzekeraars die het interstatelijke verkeer van diensten belemmeren (bijv. acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie).

Eigen betalingen

Ook de voor- en nadelen van verschillende modaliteiten van eigen betalingen komen aan bod in deze studie. Het CPB stelt dat het inkomensafhankelijk maken van eigen betalingen (ongeacht de gekozen vormgeving) kan helpen de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Mensen met een hoger inkomen zijn immers beter in staat om inkomensschokken als gevolg van eigen betalingen op te vangen dan mensen met een lager inkomen. Daar staat tegenover dat inkomensafhankelijke eigen betalingen extra druk zetten op de inkomenssolidariteit, waarvan het CPB laat zien dat op dit moment reeds de helft van de premies van hoger opgeleiden gaat naar zorg voor lager opgeleiden. Het regeerakkoord bevat het voornemen het eigen risico inkomensafhankelijk te maken. Via de zorgtoeslag is daarvan feitelijk ook nu al sprake, alleen minder zichtbaar. Want hoewel het eigen risico zelf niet inkomensafhankelijk is, wordt er via de (inkomensafhankelijke) zorgtoeslag expliciet gecompenseerd voor het eigen risico. Bij de hoogte van de zorgtoeslag wordt namelijk rekening gehouden met de hoogte van het eigen risico.

Langdurige zorg en ondersteuning

Beheersing van de zorguitgaven

Waar in de curatieve zorg vooral de groei van de uitgaven moet worden beheerst om ervoor te zorgen dat de uitgaven niet uit de pas gaan lopen met omringende landen, heeft de opgave voor de langdurige zorg en ondersteuning naast de groei ook betrekking op de omvang van de langdurige zorg en ondersteuning. Het CPB laat zien dat het volume in de langdurige zorg hoog is in vergelijking met andere landen. Ook kent Nederland een grote intramurale ouderenzorg en maken relatief veel ouderen gebruik van formele hulp in de huishouding. Het percentage ouderen dat gebruikt maakt van informele persoonlijke verzorging (door mantelzorg) is relatief laag. De hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning richt zich voor een belangrijk deel op deze twee knelpunten, onder andere via verdere extramuralisering, versterking van de wijkverpleegkunde en beperking van de huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging.

Ouderenzorg: wel of niet verzekeren?

Het CPB gaat uitgebreid in op het wel of niet verzekeren van ouderenzorg. Verzekeren van ouderenzorg ligt volgens het CPB voor de hand omdat de kosten erg scheef verdeeld zijn over de populatie. Hoewel bijna iedereen te maken krijgt met een of andere vorm van langdurige zorg of ondersteuning, is de mate waarin erg verschillend. Dat wil zeggen, de kans is

relatief klein dat het iemand ooit in de zware (intramurale) langdurige zorg belandt, maar mocht het onverhoopt toch gebeuren dan zijn de kosten voor deze persoon doorgaans zeer hoog. Individueel zorgsparen ligt daarom niet voor de hand en is economisch niet efficiënt. Er moet namelijk een zeer groot bedrag gespaard worden, terwijl de kans groot is dat die spaarpot nooit aangesproken wordt. Verzekeren van langdurige zorg kent dit grote nadeel niet. Verzekeren ligt volgens het CPB ook meer voor de hand wanneer de noodzaak en de mate van zorg die daarbij hoort in zekere mate objectief is vast te stellen. Als de objectiveerbaarheid beperkt is, zoals bij de extramurale ouderenzorg, is de waarde van verzekeren minder groot vanwege het gevaar op moreel risico (onnodig gebruik). Ook gezonde mensen zouden wel in aanmerking willen komen voor wat huishoudelijk hulp. Eigen bijdragen kunnen dit moreel risico in principe tegen gaan, maar in de praktijk werkt dit volgens het CPB voor mensen met een laag inkomen niet goed omdat al snel de maximale eigen bijdrage wordt bereikt. Bij meer zorg kan dan geen extra eigen bijdrage meer worden geïnd en dus is er geen remmende werking. Hieruit trekt het CPB de conclusie dat wanneer men moeilijk indiceerbare zorg toch collectief wil aanbieden, dat noodgedwongen op een meer restrictieve wijze moet.

De keuzes die het kabinet maakt sluiten aan bij de analyse van het CPB. Het kabinet kiest ervoor om de zeer scheef verdeelde, beter te objectiveren zware intramurale zorg en extramurale verpleging te verzekeren in respectievelijk een kern-AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Juist bij deze zorg is de meerwaarde van verzekeren hoog (kleine kans, hoge kosten). De moeilijker objectiveerbare begeleiding en verzorging lenen zich minder goed voor een verzekering vanwege moreel risico. Deze zorgvormen worden overgeheveld naar gemeenten waar een betere inschatting kan worden gemaakt van de daadwerkelijke zorgbehoefte en voorkeuren van de cliënt. Dit biedt ruimte voor zowel maatwerk als voor het tegengaan van onnodig gebruik.

De rol van het vermogen bij eigen betalingen

Het CPB schetst ook de verschillende voor- en tegenargumenten van het betrekken van vermogen bij het vaststellen van de eigen bijdrage. Het ligt volgens het CPB niet voor de hand om specifiek binnen de groep hulpbehoevenden te herverdelen tussen mensen met en mensen zonder vermogen. Herverdeling zou volgens het CPB geen onderscheid moeten maken tussen gezond en ongezond. Het betrekken van vermogen kan ertoe leiden dat mensen zelf minder voorzieningen treffen door bijvoorbeeld meer te sparen. Daar staat weer tegenover dat het CPB verwacht dat het betrekken van het vermogen bij de vaststelling van de eigen bijdrage ertoe leidt dat kinderen die een erfenis verwachten, eerder de verzorging zelf ter hand te nemen.

Het doel van de vermogensinkomensbijtelling is volgens het kabinet *niet* het herverdelen tussen gezond en ongezond. Het gaat hier slechts om de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage. Dat daarbij rekening wordt gehouden met draagkracht ligt voor de hand, zoals ook het CPB uiteenzet. De stimulerende werking van de vermogensinkomensbijtelling op de betrokkenheid van de omgeving van de cliënt sluit bovendien goed aan bij de visie van dit kabinet op de langdurige zorg en ondersteuning. In deze visie wordt uitgegaan van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen en waarbij allereerst wordt gekeken naar het eigen, sociale netwerk en de financiële mogelijkheden van betrokkenen.

Solidariteit tussen jong en oud

Het CPB beschrijft de druk die de ouderenzorg legt op de solidariteit van jong naar oud. De druk op de solidariteit van jong naar oud kan volgens

het CPB op twee manieren worden verlicht: 1) door het houdbaarheidsstekort van de overheid terug te brengen (algemeen) en 2) door de premiestelling leeftijdsafhankelijk te maken (binnen de zorg zelf). De meest recente inschatting van het CPB is dat het voorgenomen beleid van de kabinetten Rutte I en Rutte II het houdbaarheidstekort doet omslaan in een overschot, onder meer door de koppeling van de AOW-leeftijd aan de levensverwachting. In die berekening is ervan uitgegaan dat op lange termijn de zorguitgaven gelijke tred houden met de structurele economische groei en de demografische ontwikkeling. De feitelijke groei lag de afgelopen decennia daar ruim boven. We moeten onszelf daarom vooral niet te rijk rekenen.

Het kabinet is ervan overtuigd dat de hervormingen in de langdurige zorg en ondersteuning niet alleen het niveau van de aanspraken terugbrengt naar een niveau vergelijkbaar met ons omringende landen, maar op termijn de groei van de uitgaven zal beperken. De hervorming is derhalve een belangrijke stap richting gezonde overheidsfinanciën en draagt bij aan het behoud van draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel.

De druk op de solidariteit tussen jong en oud kan volgens het CPB ook worden verlicht door een leeftijdsafhankelijke premiestelling. Hiermee kunnen de lasten meer in lijn worden gebracht met het profijt per leeftijdscohort, waardoor bij stijgende uitgaven geen extra beroep gedaan wordt op de solidariteit van jongere generaties. Bovendien, zo argumenteert het CPB, besteden mensen wanneer ze geconfronteerd worden met beperkingen minder geld aan andere doelen. Men gaat immers minder snel op reis of naar de sportvereniging, aldus het CPB, dat vervolgens de vraag stelt waarom men hoge premie of belasting zou betalen als je gezond en vitaal bent en geld zou overhouden wanneer men ziek wordt of te maken krijgt met beperkingen.

Vanuit de welvaartstheorie bezien zijn dit interessante bespiegelingen. Echter, het kabinet is van mening dat hier niet alleen naar de zorg moet worden gekeken, maar naar de collectieve uitgaven als geheel. Voor onderwijs bijvoorbeeld is de relatie andersom (ouderen betalen voor jongeren). Bovendien beslaat de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de langdurige zorg al een fors deel van het inkomen; wat in de praktijk hetzelfde effect heeft (een lagere premie en geen eigen bijdrage in gezonde jaren, en een hoge eigen bijdrage wanneer men meer beperkingen krijgt). Vooralsnog ziet het kabinet daarom geen aanleiding om de financiering van de zorg leeftijdsafhankelijk te maken.

Tot slot

Het boek biedt naast een overzicht van de wetenschappelijke stand van denken over preventie, curatieve en langdurige zorg ook een denkkader waarin twee vormen van solidariteit centraal staan: de mate van risicosolidariteit en de mate van zorgsolidariteit. Risicosolidariteit is de solidariteit tussen ziek en gezond en heeft betrekking op de wens om risico's te verzekeren enerzijds en de wens om overmatig zorggebruik af te remmen met eigen betalingen anderzijds. Zorgsolidariteit houdt in dat elke burger dezelfde kwantiteit en kwaliteit van zorg krijgt bij dezelfde behoefte. Dit leidt tot vier mogelijke wereldbeelden, die zowel op preventie, curatieve als langdurige zorg kunnen worden toegepast.

Dit kabinet acht solidariteit een groot goed. Jong of oud, ziek of gezond, als iemand medisch noodzakelijke hulp of ondersteuning nodig heeft is die hulp voor iedereen toegankelijk. Solidariteit gaat echter niet alleen over de mate van gelijkheid, maar ook over de bereidheid om aan die gelijkheid bij te dragen. Het CPB laat zien dat de stijgende kosten de solidariteit onder druk zetten. Betaalt een doorsnee gezin op dit moment al bijna een kwart van het inkomen aan de zorg, in 2040 zal dit gezin bijna

de helft van het inkomen aan zorg besteden indien de zorguitgaven net zo doorstijgen als de afgelopen tien jaar. Het besteedbaar inkomen van lager opgeleiden zal in dat geval de komende 30 jaar gemiddeld nauwelijks toenemen: het grootste deel gaat op aan de lasten als gevolg van stijgende zorguitgaven.

We zullen dan ook keuzes moeten maken. De vier wereldbeelden bieden tezamen een denkkader waarmee de keuzes rondom een betaalbare zorg in kaart worden gebracht en waar per wereld aandachtspunten voor beleid worden geschetst. Aandachtspunten die ook het kabinet de komende jaren mee zal nemen in de uitwerking van het regeerakkoord. Het boek biedt hiermee een waardevolle bijdrage aan het debat én het beleid rondom een betaalbare zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers