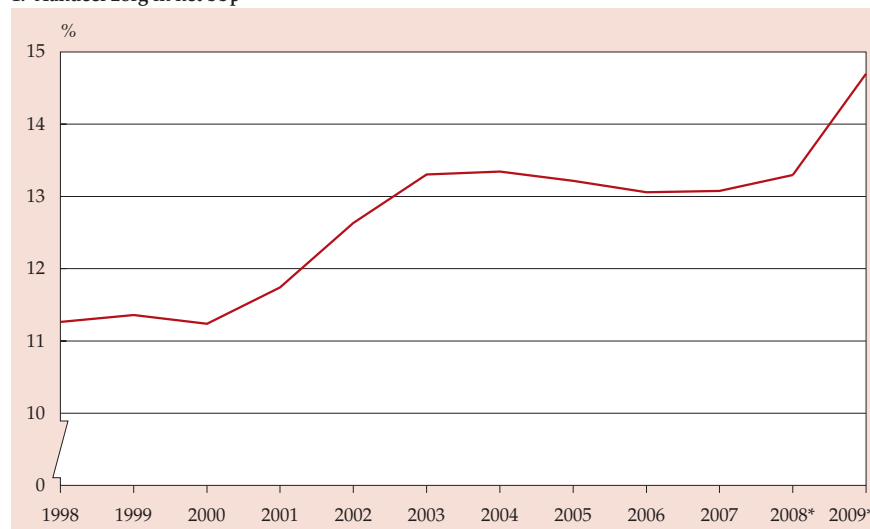


## *De verdeling van de lasten in de zorg*

De uitgaven aan zorg nemen in een snel tempo toe. In 1998 bedroegen in Nederland de totale uitgaven aan zorg nog ongeveer 41 miljard euro<sup>1)</sup>. In 2009 waren deze al toegenomen tot bijna 84 miljard euro. Dit komt overeen met een aandeel van bijna 15 procent van het bruto binnenlands product. Per hoofd van de bevolking werd in 2009 bijna 5 100 euro uitgegeven aan zorg. Er gaat dus veel geld om in deze sector. Om het zorgstelsel betaalbaar en solidair te houden zijn in het eerste decennium van de 21e eeuw wijzigingen doorgevoerd in het verzekeringsstelsel en de financieringswijze van de zorg. Door deze veranderingen is de manier waarop wij voor de zorg betalen gewijzigd. Hierdoor zijn er veranderingen opgetreden in de uiteindelijke lastenverdeling tussen de diverse maatschappelijke groepen: huishoudens, bedrijven, overheid, instellingen en het buitenland.

Tegen deze achtergrond wordt in dit artikel eerst ingegaan op de belangrijkste wijzigingen in het zorgstelsel. Daarna wordt gekeken naar de totale kosten en worden deze verdeeld naar type financiering. Vervolgens wordt een analyse gemaakt van de lastenverdeling tussen de verschillende actoren. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de situatie in een aantal andere landen.

### 1. Aandeel zorg in het bbp



Bron: CBS, Zorgrekeningen 2009.

<sup>1)</sup> Het CBS hanteert een zeer ruime definitie van zorg. Hieronder vallen onder andere ook kinderopvang, opvanghuizen, asielzoekerscentra, jeugdzorg en welzijnswerk. Bij internationale vergelijkingen wordt een minder ruime definitie gebruikt.

## **Recente wijzigingen zorgstelsel**

De meest ingrijpende wijziging van het zorgstelsel gedurende het eerste decennium van de 21e eeuw betrof de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw, zie kader b) in 2006. Hiermee kwam een eind aan het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Bijna elke inwoner van Nederland is vanaf 2006 wettelijk verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten en hiervoor een (nominale) premie te betalen. Bovenop deze verplichte basisverzekering kan vrijwillig worden gekozen voor een aanvullende verzekering ter dekking van ziektekosten die niet via het wettelijk vastgestelde basispakket worden vergoed.

Ook de manier van premiebetaling onderging een ingrijpende aanpassing. Vanaf 18 jaar betaalt iedereen een nominale premie, die wordt aangevuld met een inkomensafhankelijke premie. Voor werknemers wordt deze premie vergoed door de werkgever (bedrijven en overheid); zelfstandigen en gepensioneerden betalen zelf hiervoor. Daarnaast dragen de bedrijven ook rechtstreeks bij aan de financiering van de zorg, bijvoorbeeld bij de arbozorg. Werknemers, zelfstandigen en uitkeringsgerechtigden betalen bovendien via de loon- en inkomstenbelasting premie voor de AWBZ. Verder draagt de overheid (Rijk, provincies en gemeenten) bij aan de financiering van de zorg. De overheidsbijdragen hebben onder meer betrekking op de preventieve zorg (GGD-en en bevolkingsonderzoeken), academisch onderwijs, verslavingszorg, voorzieningen voor gehandicapten, huishoudelijke zorg en welzijnszorg (waaronder jeugdzorg, asielzoekerscentra, opvanghuizen, welzijnswerk en kinderopvang). Via overheidsbeleid is ook sprake van een herverdeling van de lasten van de zorgfinanciering, bijvoorbeeld via de zorgtoeslag, de kinderopvangtoeslag en belastingteruggave bij hoge individuele zorgkosten. Deze is in 2009 vervangen door de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (zie verder).

Vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet is in 2005 ook de Wet op de kinderopvang ingevoerd, waarmee de wijze van financiering van de kinderopvang aanzienlijk veranderde: gezinnen betalen de kinderopvang in eerste instantie zelf, waarna compensatie plaatsvindt in de vorm van een kinderopvangtoeslag. Verder trad in 2007 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking. Een deel van de tot dan uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) betaalde zorg (dit betreft vooral huishoudelijke verzorging) werd overgeheveld naar de gemeenten.

## **Van primaire financiering naar uiteindelijke financiering**

Het CBS publiceert diverse statistieken betreffende de uitgaven aan zorg. De langstlopende en meest prominente hiervan betreft de primaire financiering van de zorg. De primaire financiering levert informatie op over hoe de zorgaanbieders gefinancierd worden (door wie wordt er welk bedrag rechtstreeks aan de zorgaanbieder

betaald) en voor welke diensten er betaald wordt. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de zorgverzekeraars in het geval van verzekerde zorg of huishoudens in het geval van eigen betalingen. Door op deze manier de geldstromen in kaart te brengen wordt een overzicht verkregen van de totale uitgaven aan zorg.

Hoewel de primaire financiering waardevolle informatie oplevert, geeft het geen antwoord op de vraag op wiens schouders de lasten uiteindelijk terecht komen. De betalingen aan zorgaanbieders worden namelijk door de zorgverzekeraars gefinancierd uit hun premie-inkomsten die deels door verzekerden en deels door werkgevers (bedrijven en overheid) worden betaald. Ook de overheid stort geld in de kassen van de zorgverzekeraars (bijvoorbeeld voor verzekerde kinderen tot 18 jaar) naast de verplichting die zij heeft als werkgever. Daarnaast worden huishoudens door de overheid op verschillende manieren gecompenseerd voor hun zorguitgaven en premiebetalingen, bijvoorbeeld in de vorm van de kinderopvang- en zorgtoeslag. Door de primaire financiering te corrigeren met genoemde (her-)verdelingsmechanismen, kan worden bekeken hoe de uiteindelijke zorgkosten over de verschillende relevante maatschappelijke groeperingen zijn verdeeld, de uiteindelijke financiering. In het navolgende zullen eerst de bevindingen uit de primaire financiering besproken worden en daarna die uit de uiteindelijke financiering.

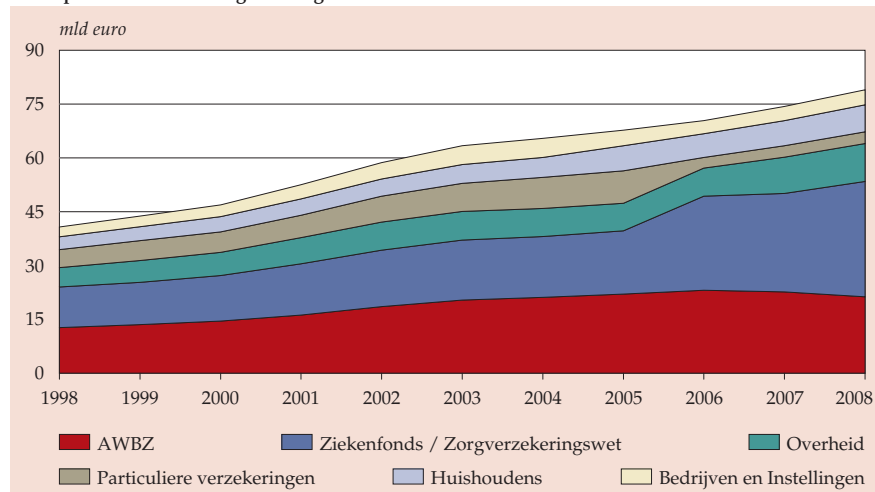
### **Merendeel primaire financiering loopt via sociale verzekeringen**

Figuur 2 geeft inzicht in de geldstromen van de primaire financiering voor de periode 1998–2008. Hierin worden de rechtstreekse betalingen van de overheid, huishoudens, de sociale verzekeringswetten (Zvw en AWBZ) etc. getoond. Uit de grafiek blijkt dat de totale zorgkosten in tien jaar tijd bijna zijn verdubbeld, van 41 miljard naar 79 miljard euro. Verder geschiedt het grootste deel van de primaire financiering van de uitgaven aan zorg op basis van sociale verzekeringswetten: de Zorgverzekeringswet (vóór 2006 de Ziekenfondswet) en de AWBZ. Daarnaast levert de overheid ook een substantiële bijdrage aan de financiering van de zorguitgaven.

De knikken in de reeksen Zorgverzekeringswet, overheid en private verzekeringen in 2006 zijn veroorzaakt door de invoering van de Zorgverzekeringswet in dat jaar. Hiermee kwam een eind aan het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulierverzekerden. Vanaf 2006 heeft de reeks particuliere verzekeringen alleen nog maar betrekking op de aanvullende verzekering. De toename van de reeks overheid in 2007 heeft te maken met de invoering van de Wmo en een andere wijze van financiering van de zogenaamde opleidingsfondsen voor artsen. De huishoudelijke verzorging is dat jaar overgeheveld van de AWBZ naar de gemeenten. In de reeks huishoudens zijn in 2005 en 2007 de effecten zichtbaar van wijzigingen in de financieringsmethodiek van de kinderopvang. De daling in deze reeks in 2006 houdt verband met het feit dat verzekerden met de komst van de Zorg-

verzekeringswet meer dan voorheen hebben gekozen voor polissen zonder of met een laag eigen risico.

## 2. De primaire financiering van zorg



Bron: CBS, Zorgrekeningen 2009.

### Herverdeling leidt tot uiteindelijke financiering

Uiteindelijk worden de kosten van zorg gedragen door vier maatschappelijke groepen, namelijk:

1. Huishoudens: alle ingezeten particuliere en institutionele huishoudens (bewoners van verzorgingstehuizen, gevangenen e.d.).
2. Bedrijven: alle Nederlandse ondernemingen.
3. Overheid: rijk, provincies en gemeenten.
4. Overige: instellingen zonder winstoogmerk en het buitenland.

Door de totale kosten van de primaire financiering te verdelen naar bovengenoemde groeperingen wordt inzicht verkregen in de uiteindelijke lastenverdeling. De zorgverzekeraars zijn in deze benadering niet meer van direct belang: zij zijn geen partij in de zin dat zij de zorgkosten mede financieren. Wel zijn zij een belangrijke tussenschakel als het gaat om het geleiden van de geldstromen van de groepen naar de zorgaanbieders. Hierdoor zijn zij ook terug te vinden in de primaire financiering van de zorg. Figuur 3 geeft weer hoe de herverdeling van de primaire financiers naar uiteindelijke financiers plaatsvindt. Volgens de primaire financiering betalen de huishoudens bijvoorbeeld ruim 7,5 miljard euro aan de zorg. Als naar de uiteindelijke financiering gekeken wordt, is dit echter 33,3 miljard euro. Dit komt onder andere door de herverdeling van de kosten van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de private verzekeringen in de vorm van premiebetalingen. Van de 7,5 miljard euro in de primaire financiering krijgen de gezinnen daarentegen weer

4,9 miljard terug van de overheid (zie figuur 3), bijvoorbeeld in de vorm van de kinderopvangtoeslag.

Het merendeel van de geldstromen is direct te herleiden tot de uiteindelijke financiers. Bij enkele geldstromen wordt er een verdeling gemaakt tussen de verschillende financiers. Een voorbeeld hiervan is het werkgeversdeel zorgverzekeringen; dit wordt verdeeld over de bedrijven en de overheid aan de hand van het aantal werknemers. Ook wordt een aantal posten gesaldeerd. Dit is het geval voor de teruggave van de no-claimpremie, welke is afgetrokken van de door de huishoudens betaalde no-claimpremie en de betaalde nominale premie, welke is verminderd met de zorgtoeslag.

### 3. Van primaire naar uiteindelijke financier, 2008

	Uiteindelijke financier				
	Overheid	Bedrijven	Huishoudens	IZWh's	Buitenland
	<i>mld euro</i>				
Primaire financier					
Overheid	10,6				
AWBZ	5,1		16,8		
Zorgverzekeringswet	4,7	15,7	10,3		
Private verzekeringen			3,0		
Huishoudens	4,9		2,7		
Instellingen zonder winstoogmerk				2,4	
Bedrijven en instellingen		1,3	0,5		
Buitenland					0,1
<b>Totaal<sup>1)</sup></b>	<b>25,3</b>	<b>17,0</b>	<b>33,3</b>	<b>2,4</b>	<b>0,1</b>

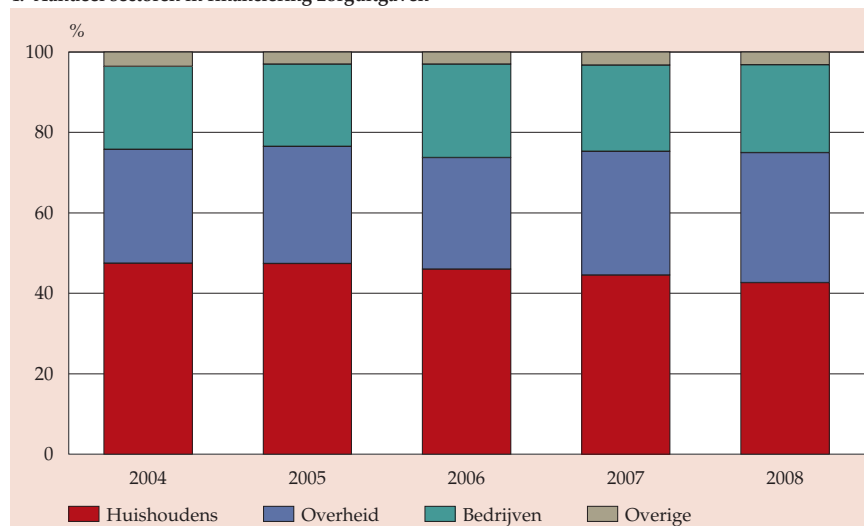
Bron: CBS, Geldstromen in de zorg; uiteindelijke financiering 2008.

<sup>1)</sup> Door het weglaten van de saldi en verschillen in deze tabel hoeven de posten niet op te tellen tot de totalen.

### Huishoudens betalen grootste deel van de zorg

Figuur 4 biedt inzicht in de uiteindelijke financiering in de periode 2004–2008. Er is voor deze periode gekozen omdat de grootste wijzigingen in de wetgeving hebben plaatsgevonden in de jaren 2005 tot en met 2007. Duidelijk is dat het grootste deel van de zorguitgaven uiteindelijk wordt betaald door de huishoudens. In 2008 ging het om ongeveer 43 procent van de totale uitgaven aan zorg, ongeveer 33 miljard euro. In 2004 was dit nog circa 47 procent (ongeveer 32 miljard euro) zodat kan worden gesteld dat de in de periode 2004–2008 doorgevoerde wettelijke veranderingen hebben geleid tot een verhoudingsgewijs lagere bijdrage van huishoudens in de totale zorguitgaven. Ondanks de relatieve daling van de uitgaven van huishoudens zijn ze door de toename van de totale kosten voor zorg in absolute termen wel meer gaan betalen.

#### 4. Aandeel sectoren in financiering zorguitgaven



Bron: CBS, Geldstromen in de zorg; uiteindelijke financiering 2008.

#### Aandeel overheid relatief toegenomen

De relatieve verbetering van de positie van huishoudens is vooral ten koste gegaan van de sector overheid. In 2004 bedroeg het aandeel van de overheid in de financiering van de uitgaven aan zorg nog 28 procent (19 miljard euro). In 2008 was dit aandeel gestegen naar bijna 32 procent (25 miljard euro). Vooral de uitgaven in de vorm van de kinderopvangtoeslag en de fiscale compensatie voor buitengewone ziektekosten zijn in deze periode aanzienlijk toegenomen. Ook de invoering van de Wmo heeft de overheidsuitgaven doen stijgen. Het aandeel van bedrijven in de financiering van de zorguitgaven is van 2004 tot 2008 met 1 procentpunt gestegen tot circa 22 procent. In 2006 lag dit percentage iets hoger, waarna in 2007 weer een verlaging volgde: achteraf bleek dat de werkgeversbijdrage voor de financiering van de zorguitgaven in 2006 iets te hoog was vastgesteld.

#### Grote veranderingen in geldstromen huishoudens en overheid

In figuren 5 en 6 wordt nader ingegaan op de geldstromen met betrekking tot de sectoren huishoudens en overheid. Tussen en binnen deze sectoren vond namelijk de grootste herverdeling plaats in de financiering van de zorguitgaven in de periode 2004–2008. De uiteindelijke betalingen van de overheid zijn in deze periode gestegen van 19,0 naar 25,3 miljard euro. Het merendeel van deze betalingen heeft betrekking op de overheid als primaire financier, waarbij de overheid dus rechtstreeks betalingen doet aan de aanbieders van zorg. De sterke stijging van

deze post in 2007 is veroorzaakt door de invoering van de Wmo en de gewijzigde financieringsmethodiek van de fondsen voor de (vervolg)opleiding van artsen. De betalingen van de overheid aan de AWBZ betreffen vooral de zogenaamde Rijks Bijdragen In de Kosten van de Kortingen (BIKK). De daling van de AWBZ-betalingen in 2007 hangt samen met de invoering van de Wmo in dat jaar. Een deel van de AWBZ-voorzieningen is toen overgeheveld naar de Wmo.

#### 5. Uitgaven overheid<sup>1)</sup>

	2004	2005	2006	2007	2008
	mld euro				
Rechtstreeks betaald door de overheid aan de zorgverlener	7,8	7,7	7,8	10,1	10,6
Rijksbijdrage AWBZ BIKK	5,4	5,3	4,8	4,5	4,8
Rijksbijdrage Algemene Kas	3,0	2,9			
Kinderopvangtoeslag		0,7	0,9	2,3	2,9
Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven	1,4	1,8	1,8	1,8	2,0
Zorgtoeslag Zvw			2,5	2,9	3,7
Werkgeversdeel particuliere verzekeringen	1,1	1,2			
Rijksbijdrage Zorgverzekeringsfonds			1,9	1,9	2,1
Werkgeversdeel ziektekosten			1,9	2,0	2,3
<b>Totaal</b>	<b>10,9</b>	<b>11,9</b>	<b>13,8</b>	<b>15,3</b>	<b>17,7</b>

Bron: CBS, Geldstromen in de zorg; uiteindelijke financiering, 2008.

<sup>1)</sup> In de tabel wordt gebruik gemaakt van gedesaldeerde cijfers. Hierdoor komen de totalen niet overeen met de totalen in tabel 3.

De betalingen aan de Zorgverzekeringswet betreffen onder andere de bijdrage voor de zorgkosten van kinderen tot 18 jaar (deze betalen geen premie) en de werkgeversbijdrage Zorgverzekeringswet. De betalingen aan huishoudens en eigen betalingen hebben betrekking op de fiscale tegemoetkoming in de buitengewone ziektekosten, de zorgtoeslag en de kinderopvangtoeslag. De stijgingen in de kinderopvangtoeslag in 2005 en 2007 hebben te maken met wijzigingen in de financiering van de kinderopvang. Ook de fiscale tegemoetkoming in de buitengewone uitgaven (tegemoetkoming BU) is in de periode 2004–2008 aanzienlijk toegenomen.

Voor de sector huishoudens is een soortgelijk overzicht gemaakt van de uitgaven, aangevuld met de ontvangsten van de huishoudens met betrekking tot de zorg. Verreweg het grootste deel van de bestedingen van de huishoudens heeft betrekking op de premiebetalingen voor de AWBZ (via de loon- en inkomstenbelasting) en vanaf 2006 voor de Zorgverzekeringswet, voordien voor de Ziekenfondswet en particuliere ziektekostenverzekeringen. De eigen betalingen van huishoudens zijn het saldo van de betalingen door huishoudens als primaire financier en de tegemoetkomingen die zij ontvangen in de vorm van bijvoorbeeld de kinderopvangtoeslag en de fiscale tegemoetkoming buitengewone uitgaven.

## 6. Inkomsten en uitgaven huishoudens<sup>1)</sup>

	2004	2005	2006	2007	2008
<i>mld euro</i>					
<b>Inkomsten</b>					
Kinderopvangtoeslag		0,7	0,9	2,3	2,9
Zorgtoeslag			2,5	2,9	3,7
Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven	1,4	1,8	1,8	1,8	2,0
Teruggave no-claimpremie			1,2	1,3	
Werkgeversdeel particuliere verzekeringen	2,3	2,5			
Werkgeversbijdrage kinderopvang	1,0	1,1	1,1		
<b>Totaal inkomsten</b>	<b>4,7</b>	<b>6,1</b>	<b>7,5</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>
<b>Uitgaven</b>					
Premiebetalingen Zorgverzekeringswet			13,0	14,0	13,3
Premiebetalingen Ziekenfondswet	4,1	5,0			
Premiebetalingen Particuliere verzekeringen	6,5	7,5			
Premiebetalingen Aanvullende verzekeringen	1,8	1,9	3,3	3,6	3,9
Premiebetalingen AWBZ	15,9	1,6	14,0	14,4	14,2
Eigen betalingen AWBZ	1,7	1,8	1,8	1,6	1,6
Eigen betalingen	5,5	7,0	6,7	7,0	7,6
<b>Totaal uitgaven</b>	<b>35,7</b>	<b>39,3</b>	<b>38,8</b>	<b>40,6</b>	<b>40,6</b>
<b>Saldo inkomsten en uitgaven</b>	<b>-31,0</b>	<b>-33,2</b>	<b>-31,3</b>	<b>-32,3</b>	<b>-32,0</b>

Bron: CBS, Geldstromen in de zorg; uiteindelijke financiering 2008.

<sup>1)</sup> In de tabel wordt gebruik gemaakt van gedesaldeerde cijfers. Hierdoor komen de totalen niet overeen met de totalen in tabel 3.

### Nederland in internationaal perspectief

Hoe verhoudt de Nederlandse manier van betalen voor de zorg zich tot die in het buitenland? Op welk land lijkt Nederland het meest bij het financieren van de zorg en op welk land het minst? Gegevens over uiteindelijke financiering zijn er nog niet zo lang. Het aantal landen dat hierover cijfers publiceert is ook niet zo groot (15). Voor de vergelijking met Nederland zijn België, Frankrijk, Zwitserland, de Verenigde Staten, Japan en Zuid-Korea gekozen: andere landen vallen af, omdat ze te klein zijn, te weinig gegevens verstrekken, een andere definitie gebruiken of omdat de gegevens nog niet zijn vrijgegeven.

Er bestaan verschillende definities voor de zorg. De hier gepresenteerde beperkt zich tot wat internationaal gebruikelijk is. De internationale definitie voor zorg omvat minder uitgaven dan de Nederlandse definitie (zie kader a). Grote delen van de ouderenzorg en maatschappelijke dienstverlening zitten er niet in. De Nederlandse zorguitgaven volgens de internationale definitie betreffen slechts 68 procent van die volgens de nationale definitie.



## Kader a

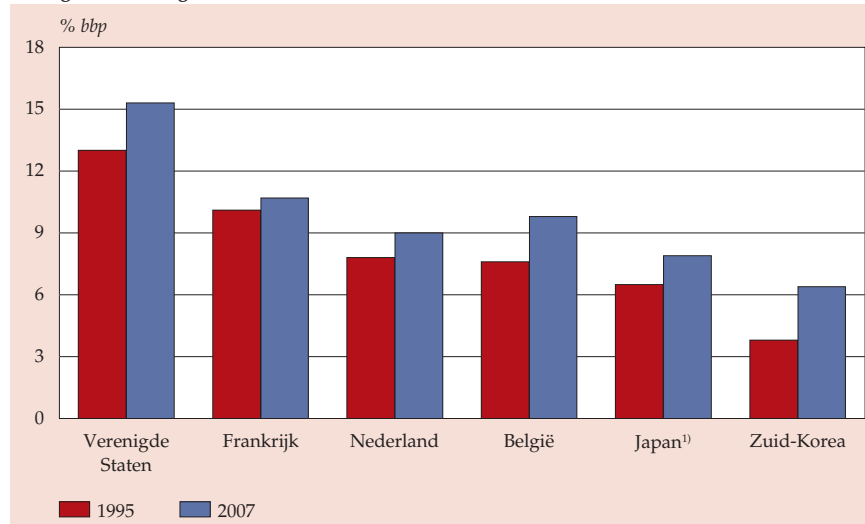
### Wat wordt internationaal verstaan onder gezondheidszorg?

Tussen een aantal internationale organisaties (OESO, WHO en Eurostat) zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop cijfers over de gezondheidszorg samengesteld moeten worden. Hierbij valt te denken aan de omschrijving, classificatie en definitie van gezondheidszorg, regels om uitgaven te boeken en de manier waarop resultaten gepresenteerd dienen te worden. Deze zijn te vinden in het System of Health Accounts. Hiermee willen de organisaties internationaal vergelijkbare cijfers van uitgaven aan gezondheidszorg verkrijgen.

### Definitie CBS is ruimer

Gezondheidszorg beslaat internationaal een kleiner terrein dan de Zorgrekeningen van het CBS. Het omvat activiteiten met als doel genezing, revalidatie, langdurige zorg (verpleegkundige en (para)medische zorg), ondersteunende diensten door laboratoria en ambulances, genees- en hulpmiddelen, preventie, volksgezondheid en beleid en tenslotte bestuur en administratie van verzekeringen. Wat in de internationale zienswijze buiten de cijfers blijft, zijn de verzorgende en sociale activiteiten binnen de langdurige zorg, de jeugdzorg, de kinderopvang, de maatschappelijke dienstverlening en de overige welzijnszorg.

## 7. Uitgaven aan zorg



Bron: OESO.

<sup>1)</sup> Voor Japan is voor 2007 het cijfer van 2006 gebruikt.

Om landen te kunnen vergelijken is het belangrijk eerst te kijken of een land een universele dekking (een door de overheid geregelde ziektekostenverzekering) heeft of niet. De Verenigde Staten is het enige geïndustrialiseerde land dat tot op heden geen universele dekking heeft. De door president Obama ingezette hervorming heeft deze echter wel als doel. Het resultaat van het huidige Amerikaanse systeem is dat zeker 46 miljoen Amerikanen onverzekerd zijn (dat is bijna 1 op de 6) en dat terwijl de Verenigde Staten zo'n 16 procent van hun bbp aan ziektekosten besteden, meer dan enig ander land. De overige hier behandelde landen hebben wel een universele dekking. Een andere cruciale vraag is hoe de zorg wordt betaald. Is dit uit algemene middelen (zoals bij een *national health service*), uit sociale of particuliere verzekeringen, door donaties (bedrijven, ontwikkelingshulp) of direct uit eigen portemonnee?

### **Financieringsstructuur Frankrijk vertoont overeenkomsten**

Als wordt gekeken naar de primaire financieringsstructuur dan lijkt Nederland met zijn sociale verzekeringsstelsel (AWBZ en zorgverzekering) eenzelfde structuur te hebben als Frankrijk (zie figuur 8). In Nederland loopt 78 procent van de financiering van de gezondheidszorg via sociale, verplichte verzekeringen, in Frankrijk 74 procent. Geen van de andere landen kent een dergelijk hoog aandeel, hoewel in België en Japan de sociale verzekeringen ook een belangrijke rol spelen. Met de komst van de Zorgverzekeringswet is het aandeel van de particuliere vrijwillige verzekering erg laag geworden, met maar zes procent van de totale primaire financiering. Dat is anders in Frankrijk, waar het aandeel dertien procent is, maar nog iets hoger dan in België.

Niet onverwacht is het hoge aandeel van de particuliere verzekeringen in de Verenigde Staten. Wellicht minder verwacht is het relatief hoge aandeel dat de overheid van de Verenigde Staten betaalt: bijna 33 procent. Het aandeel van eigen betalingen is twee keer zo hoog in de Verenigde Staten als in Nederland, de aandelen eigen betalingen in Zuid-Korea en Zwitserland zijn nog hoger: 39 en 31 procent. Zuid-Korea heeft weliswaar een systeem van verplichte verzekeringen voor verschillende bevolkingsgroepen, maar wel met hoge eigen bijdragen of een hoog eigen risico. Zwitserland heeft een systeem dat lijkt op het Nederlandse, met verplichte zorgverzekeringen uitgevoerd door private verzekeraars.

### **Verschillen in uiteindelijke financiering**

Wie de zorgaanbieders betaalt, bepaalt echter nog niet wie dat uiteindelijk betaalt. Hoewel de financieringsstructuur van Nederland op die van Frankrijk lijkt, is het beeld bij de uiteindelijke financiering juist erg verschillend. Waar in Nederland de uitgaven aan gezondheidszorg voor 46 procent toewijsbaar zijn aan huishoudens, is dat in Frankrijk voor 58 procent. Dit wordt weerspiegeld in het aandeel dat uit de

algemene middelen komt: 31 procent in Nederland tegen 12 procent in Frankrijk. Dit komt doordat in Nederland de overheid fors meebetaalt aan de Zorgverzekeringswet via de tegemoetkoming aan gezinnen, en doordat in Frankrijk verzekerden meer en hogere eigen bijdragen betalen bij behandelingen. De landen met het hoogste aandeel uit algemene middelen zijn de Verenigde Staten met 40 en Japan met 44 procent. Voor de Verenigde Staten gaat dat misschien tegen de intuïtie in, maar daar geldt dat de grote overheidsprogramma's Medicaid (voor de zeer lage inkomens en een deel van de gehandicapten) en Medicare (voor de ouderen en gehandicapten) veel geld kosten en geheel (Medicaid) of grotendeels (Medicare) door de overheid worden betaald. In Zwitserland is maar liefst 66 procent van de uitgaven toewijsbaar opgebracht door huishoudens.

#### 8. Verdeling uitgaven gezondheidszorg naar financieringswijze, 2006<sup>1)</sup>

	Frankrijk	Japan	Zuid-Korea	Zwitserland	Verenigde Staten <sup>2)</sup>	België	Nederland <sup>3)</sup>
	%						
Primaire financiering							
Overheid	5	16	12	16	32	14	4
Sociale zekerheid en verzekeringen	74	65	45	43	13	61	78
Private verzekeringen	13	3	4	9	35	5	6
Huishoudens, eigen betalingen	7	15	39	31	12	19	6
Bedrijven en instellingen	1	1	1	1	7	1	5
Uiteindelijke financiering							
Overheid	12	44	21	27	40	39	31
Bedrijven	30	17	24	7	28	25	23
Huishoudens	58	39	55	66	32	35	46

Bron: OESO en Centers for Medicare & Medicaid Services.

<sup>1)</sup> Indien lopende uitgaven niet afzonderlijk beschikbaar zijn, dan lopende uitgaven plus investeringen.

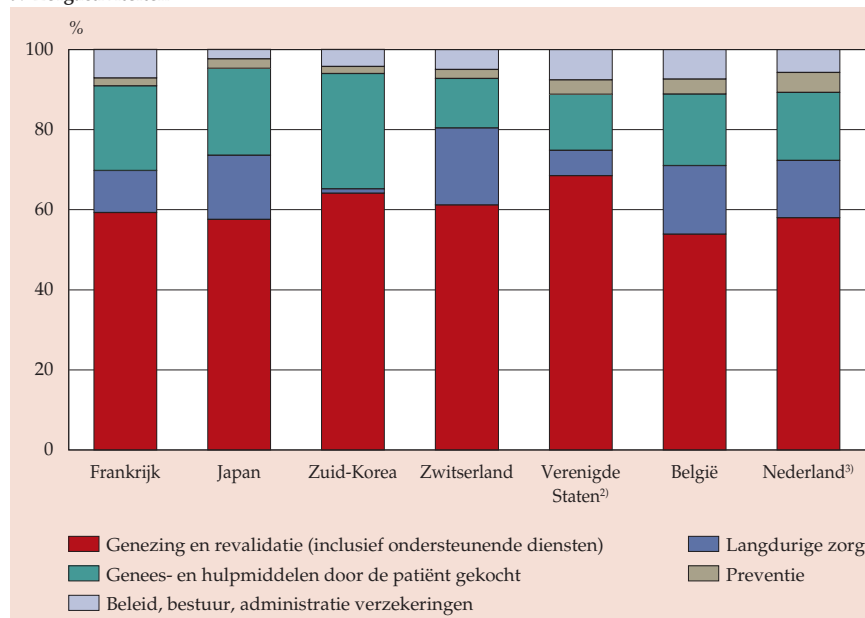
<sup>2)</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services en OESO.

<sup>3)</sup> Internationaal vergelijkbare cijfers volgens het System of Health Accounts.

#### Uitgaven aan genezing en revalidatie zijn het grootst

Als wordt gekeken naar de verdeling van de uitgaven aan verschillende functies van gezondheidszorg, dan blijkt dat de overgrote meerderheid opgaat aan activiteiten gericht op genezing en revalidatie. Wel verschillen de landen in dat aandeel soms aanzienlijk: Bijvoorbeeld België 54 procent tegen de Verenigde Staten 69 procent. De weerspiegeling daarvan is te vinden in de aandelen van de uitgaven aan langdurige zorg en aan genees- en hulpmiddelen. Het aandeel van de uitgaven aan langdurige zorg is zeer laag in Zuid-Korea, doordat dat land (nog) niet te maken heeft met vergrijzing en doordat de meeste ouderen bij de kinderen of op zichzelf wonen.

### 9. Zorgactiviteiten <sup>1)</sup>



Bron: OESO en Centers for Medicare & Medicaid Services.

<sup>1)</sup> Indien lopende uitgaven niet afzonderlijk beschikbaar zijn, dan lopende uitgaven plus investeringen.

<sup>2)</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services en OESO.

<sup>3)</sup> Internationaal vergelijkbare cijfers volgens het System of Health Accounts.

### Conclusie

Gedurende het eerste decennium van de 21e eeuw is er in Nederland het nodige veranderd in de wijze waarop de uitgaven aan zorg worden gefinancierd. De meest ingrijpende wijziging betrof de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Ook de manier van premiebetaling onderging een forse aanpassing. Deze veranderingen hebben invloed gehad op de manier waarop we voor de zorg betalen. De uiteindelijke lastenverdeling tussen de diverse maatschappelijke groepen is in de periode 2004–2008 gewijzigd. Er is sprake van een relatieve verbetering van de positie van huishoudens: hun aandeel in de financiering van de zorguitgaven is gedaald van 47 procent in 2004 naar 43 procent in 2008. Deze verbetering is vooral ten koste gegaan van de sector overheid. In 2004 bedroeg het aandeel van de overheid in de financiering van de uitgaven aan zorg 28 procent. In 2008 was dit aandeel gestegen naar bijna 32 procent. Vooral de uitgaven in de vorm van de kinderopvangtoeslag en de fiscale compensatie voor buitengewone ziektekosten zijn in deze periode aanzienlijk toegenomen. Uiteraard verhaalt de overheid deze kosten uiteindelijk op huishoudens en bedrijven door middel van belastingen. Zowel in absolute als relatieve zin betalen huishoudens nog steeds het grootste deel van de zorg en de uitgaven zijn in de afgelopen jaren alleen maar toegenomen.

Uit de internationale vergelijking blijkt dat de zorgsystemen van de gekozen landen zeer verschillend zijn. Hoewel Nederland en Frankrijk bijvoorbeeld qua primaire financiering op elkaar lijken is dit qua uiteindelijke financiering niet het geval. In de betalingen vanuit de huishoudens en betalingen vanuit de overheid zijn de meest opvallende verschillen te vinden tussen de landen. Men dient wel in aanmerking te nemen dat er geen directe relatie bestaat tussen de verschillen in uitgaven en de toegang tot zorg of de kwaliteit van zorg.

#### **Kader b**

##### **Afkortingen- en begrippenlijst**

###### **AOW**

Algemene ouderdomswet. Regelt een uitkering voor iedereen die 65 jaar of ouder is.

###### **AWBZ**

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Wettelijke verzekering voor zorg en begeleiding bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Via de AWBZ worden kosten vergoed die niet worden gedekt door de Zorgverzekeringswet of aanvullende ziektekostenverzekeringen.

###### **Kinderopvangtoeslag**

Inkomensafhankelijke bijdrage van de rijksoverheid in de kosten van kinderopvang. Wordt uitbetaald door de belastingdienst.

###### **Tegemoetkoming Buitgewone Uitgaven**

Regelt een tegemoetkoming voor mensen met relatief hoge ziektekosten, zoals chronisch zieken, ouderen, gehandicapten en mensen met een laag inkomen die teruggave van inkomstenbelasting voor de aftrek van ziektekosten en andere buitengewone uitgaven mislopen doordat zij geen of te weinig belasting betalen. Is vervallen per 1 januari 2009 met de invoering van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg).

###### **Wmo**

Wet maatschappelijke ondersteuning. Regelt een samenhangend aanbod van zorg- en welzijnsvoorzieningen die gemeenten verstrekken aan mensen die zorg nodig hebben, bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging, woningaanpassingen of vervoer naar dagactiviteiten. Is gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie.

**Zorgtoeslag**

Bijdrage van de rijksoverheid in de premie van de zorgverzekering voor mensen die in verhouding tot hun inkomen te veel premie betalen. Is geregeld in de Wet op de zorgtoeslag en wordt uitbetaald door de belastingdienst.

**Zvw**

Zorgverzekeringswet. Regelt een verplichte basisverzekering voor kortdurende, op genezing gerichte zorg voor iedereen die rechtmatig in Nederland woont of die hier loonbelasting betaalt. Vervangt de Ziekenfondswet (ZFW), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ). Is in werking getreden op 1 januari 2006.