



De Nederlandse economie

Ontwikkeling en financiering van de zorglasten sinds 2006

2015 | 07

**Ferdinand van Strien
Rita Bhageloe-Datadin**

Samenvatting

De lasten van de collectief verzekerde zorg zijn sinds 2006 sterk gestegen, maar de groei vlakt sinds 2010 wat af. Nederlanders hebben vooral de eigen betalingen fors zien stijgen en deze dekken daarom een groter deel van de totale zorglasten dan enkele jaren geleden. Het grootste deel van de zorglasten wordt echter nog altijd gedekt door premies en belastingen. Terwijl de eigen betalingen stegen is ook de uitgekeerde zorgtoeslag ten opzichte van 2006 fors opgelopen. In 2014 is de zorgtoeslag weer gedaald. Al met al zijn de totale zorglasten per Nederlander in de afgelopen jaren gestegen van ongeveer 4 000 euro in 2006 euro naar ruim 5 300 euro in 2014. Natuurlijk betaalt niet iedereen evenveel. Zo betalen kinderen bijvoorbeeld bijna niets. Ook het zorggebruik verschilt. De zorglasten van lagere inkomens zijn het grootst, maar er zijn ook verschillen tussen leeftijdsgroepen, geslacht en etnische afkomst.

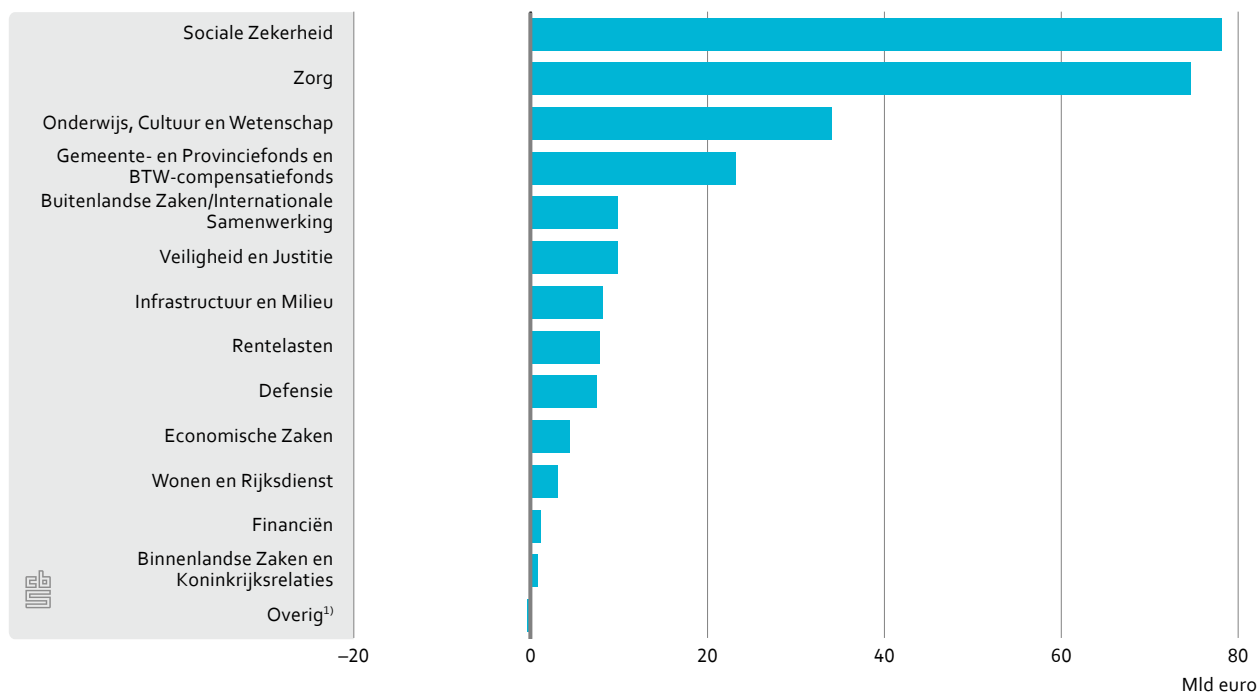
1. Inleiding

Nederland en ook de meeste andere ontwikkelde landen worden geconfronteerd met hoge zorglasten. Volgens de Miljoenennota 2016 wordt er volgend jaar door de Nederlandse overheid 75 miljard euro uitgegeven aan zorg. Hiermee zijn de uitgaven aan zorg de op één na grootste uitgavenpost van de overheid. De uitgaven aan sociale zekerheid vormen met 78 miljard euro de grootste post. Samen zijn deze twee categorieën goed voor 58 procent van alle uitgaven van het Rijk. Vergeleken met andere ontwikkelde landen is dit aandeel van de zorglasten in de collectieve uitgaven vrij hoog (zie kader 2).

Het in 2006 ingevoerde zorgstelsel moest de zorg efficiënter en goedkoper maken. Hoofddoel was de introductie van een basisverzekering voor iedereen gecombineerd met gereguleerde marktwerking. Deze nieuwe verzekering voor ziektekosten is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Tegen deze achtergrond wordt in dit artikel geanalyseerd hoe de collectief gefinancierde zorguitgaven zich sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 hebben ontwikkeld (paragraaf 3). Vervolgens wordt specifiek ingegaan op de financiering van de zorg (paragraaf 4). Daarnaast is een analyse gemaakt van de totale zorglasten per Nederlander (paragraaf 5) en is gekeken hoe de zorg wordt gebruikt door diverse groepen (paragraaf 6). Om de hiervoor genoemde analyse in een context te plaatsen wordt begonnen met een kort overzicht van het huidige Nederlandse zorgstelsel.

1.0.1 Uitgaven overheid



Bron: Ministerie van Financiën, Miljoenennota 2016.

2. Het Nederlandse zorgstelsel

Op 1 januari 2006 is in Nederland een nieuwe verzekering voor ziektekosten ingevoerd; de Zorgverzekeringswet (Zvw). In het nieuwe stelsel krijgen consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte om eigen keuzes te maken en hebben ze meer verantwoordelijkheid. Sinds de invoering van deze wet bestaat het Nederlandse zorgstelsel uit drie onderdelen: curatieve, langdurige en aanvullende zorg.

2.1 Curatieve, langdurige en aanvullende zorg

Het eerste onderdeel van de zorg bevat de geneeskundige (curatieve) basiszorg. De vergoeding hiervan vindt plaats via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw verplicht iedere Nederlander een basisverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar. De inhoud van het basispakket wordt wettelijk vastgelegd en kan ieder jaar wijzigen. Door een acceptatieplicht voor verzekeraars is de basisverzekering voor iedereen in Nederland toegankelijk. Daarnaast is er sprake van een verplicht eigen risico en ontvangen mensen met een laag inkomen een vergoeding in de vorm van zorgtoeslag.

Het tweede onderdeel bevat de langdurige zorg. De langdurige ouderenzorg en de gehandicaptenzorg zijn hierin de belangrijkste componenten. Tot 2015 liep de financiering

hiervan via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)¹⁾. De vergoeding vond plaats via de levering van zorg in natura (directe levering van zorg) en via het persoonsgebonden budget (pgb), waarbij de rechthebbende een budget toegekend kreeg om in zijn zorg te voorzien. Naast de AWBZ droegen gemeenten via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) verantwoordelijkheid voor onder meer huishoudelijke hulp en de verschaffing van hulpmiddelen zoals rolstoelen. De WMO is persoonsgebonden steun door gemeenten met als doel om mensen met een beperking zo lang mogelijk maatschappelijk zelfstandig te laten functioneren.

In 2015 is de AWBZ vervangen door de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Deze wet is voor volwassenen die langdurig moeten worden opgenomen. Verder zijn grote delen van de zorg die voorheen onder de AWBZ vielen overgeheveld naar de Jeugdwet en de WMO. Hiervoor zijn de gemeenten verantwoordelijk. De hervormingen in het kader van de WLZ hebben verschillende doelen. Het is de bedoeling dat binnen de nieuwe WLZ de focus hoofdzakelijk bij langdurige intensieve zorg ligt. Vormen van zorg met een minder langdurig karakter zijn overgeheveld naar de Zvw (meer curatief) en de WMO (meer gericht op ondersteuning). Zorg voor jongeren is gebundeld binnen de nieuwe Jeugdwet. Daarnaast zijn er ook financiële motieven voor de hervorming van de langdurige zorg. De lasten van de langdurige zorg zijn de laatste jaren sterk gestegen. Ook is de langdurige zorg in Nederland relatief duur vergeleken met het buitenland. In het buitenland is langdurige zorg vaker aan huis of informeel geregeld door familie en naasten (mantelzorg). De hervorming van de langdurige zorg zou ouderen in Nederland moeten stimuleren langer thuis te blijven wonen. Zorg zou vaker lokaal en via mantelzorg geregeld kunnen worden. Het is vooralsnog onduidelijk in hoeverre de hervorming van de langdurige zorg tot een beperking van de kosten zal leiden. De eerste CBS-cijfers hierover zullen in de loop van 2016 naar buiten worden gebracht.

Het derde onderdeel van de zorg in Nederland is de vrijwillige aanvullende zorg die het basispakket niet dekt, zoals de vergoeding van fysiotherapie of de tandarts. Bij deze vorm van zorg is er geen sprake van collectieve zorg, omdat men zelf de keuze kan maken om zich hier wel of niet voor te verzekeren.

Waarom stijgen de zorglasten?

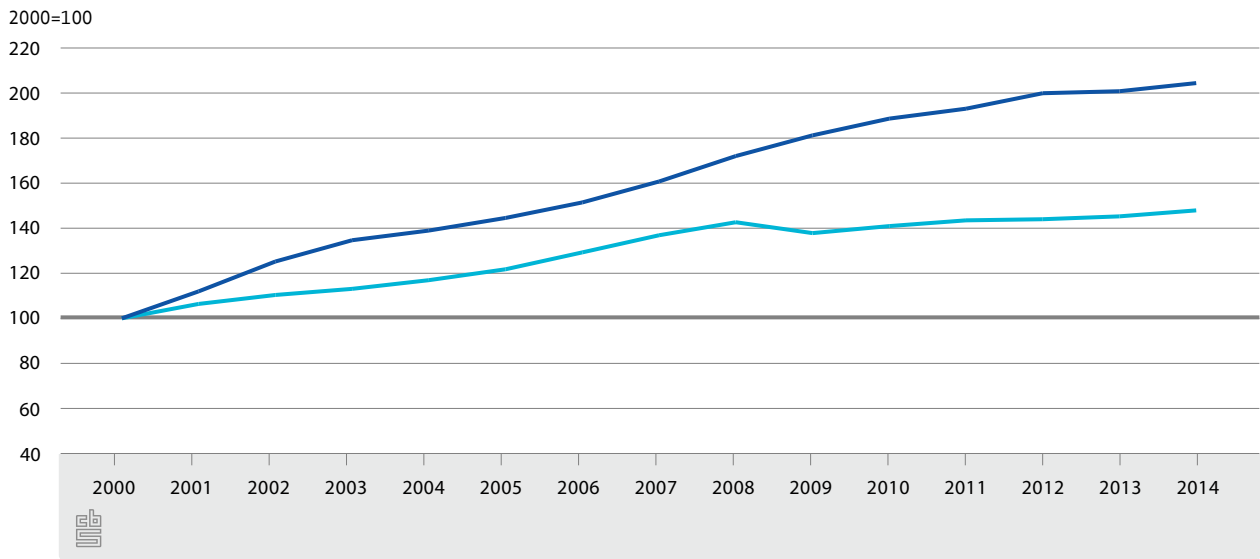
Sinds 2000 stijgen de zorguitgaven sneller dan het bruto binnenlands product (bbp). In deze periode groeide de zorg met 7,5 procent per jaar terwijl het bbp met 3,4 procent in waarde groeide. De manier waarop de zorg is georganiseerd heeft invloed op de ontwikkeling van de kosten. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw werd er in Nederland gestuurd op aanbodbeheersing en budgettering, wat leidde tot een geringe groei van de totale zorguitgaven, maar ook tot wachtlijsten. In het jaar 2001 werd dit beleid verlaten om de opgelopen wachtlijsten in de zorg te reduceren. Met de invoering van 'boter bij de vis' en 'recht op zorg' werd productie gestimuleerd en liepen de kosten op.

¹⁾ Tot 2015 vielen de volgende soorten zorg onder de AWBZ: persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld hulp bij douchen), verpleging (zoals wonden verzorgen), begeleiding (praktische hulp en regelen van dagelijkse zaken), behandeling (bijvoorbeeld revalidatie) en verblijf in een zorginstelling (zoals een verpleeghuis of verzorgingstehuis) (Rijksoverheid, 2014).

Vergrijzing

De stijging van de kosten heeft ook te maken met de vergrijzing. Er komen steeds meer ouderen bij en ouderen gebruiken doorgaans meer zorg dan jongeren. Naarmate mensen ouder worden nemen de ongemakken toe. Een deel van het vergrijzingseffect komt echter doordat mensen doorgaans de hoogste zorgkosten hebben in hun laatste levensjaar. Naarmate de levensverwachting omhoog gaat zal dat laatste levensjaar dus ook vaker vallen in de periode dat men als 'oudere' wordt geclassificeerd.²⁾

Zorguitgaven en bbp



— Bbp (waarde) — Zorguitgaven
Bron: CBS, Nationale rekeningen en Zorgrekeningen.

Productiviteitskloof

Een andere oorzaak is de zogenoemde productiviteitskloof. Dit betekent dat de lonen stijgen, zelfs als de hoeveelheid geleverde zorg per werknemer gelijk blijft. In de meeste sectoren zorgen wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen vaak voor lagere kosten door productiviteitsgroei. Verzorging en verpleging zijn echter vaak moeilijk te vervangen door computers of machines, ze vereisen handen aan het bed. Tegelijkertijd stijgen de lonen wel mee met die in andere sectoren, waardoor elke 'eenheid' verzorging of verpleging steeds duurder wordt. Vooral in de langdurige zorg is dit het geval.

Hogere welvaart

Ook de toegenomen welvaart zorgt voor hogere zorgkosten.³⁾ Hierdoor wordt er minder ongemak geaccepteerd en worden er hoge eisen gesteld aan de zorg. Er is meer geld

²⁾ Wong, A., Kommer, G.J., Polder, J.J. (2008).

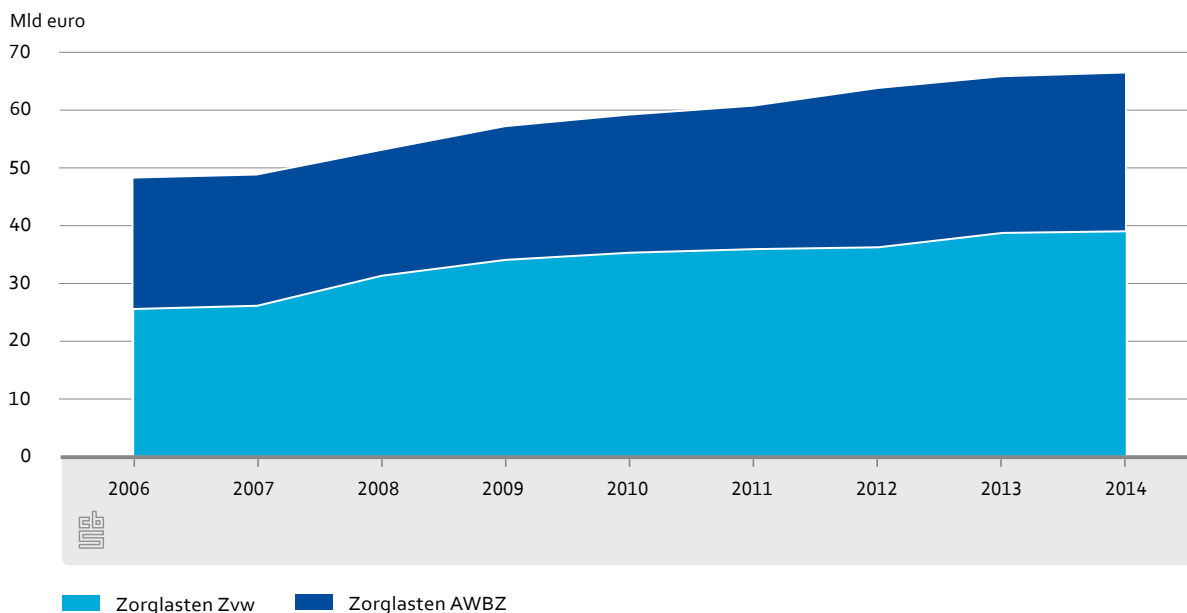
³⁾ Horst, A. van der, Erp, F. van, Jong, J. de (2011).

beschikbaar voor de financiering van technologische ontwikkelingen. Voor allerlei ziektes en ongemakken komen steeds meer en vaak dure behandelmethodes en medicijnen op de markt. Indien er voor een bepaalde ziekte een nieuw medicijn of een nieuwe behandelmethode wordt ontwikkeld willen mensen daar ook graag gebruik van maken. Er is in dit geval sprake van inelastische vraag: de vraag wordt slechts in beperkte mate beïnvloed door de prijs. Men heeft er immers veel voor over om een mensenleven te redden of in goede gezondheid te kunnen leven. Doordat we steeds meer kunnen, gaan we ook steeds meer ziekten en ongemakken (eerder) behandelen.

3. Ontwikkeling collectief verzekerde zorglasten sinds 2006

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn de uitgaven aan de collectief verzekerde zorg (de basiszorg) gestegen van ruim 48,3 miljard euro in 2006 naar ruim 66,5 miljard euro in 2014. Dit is een toename van bijna 38 procent in acht jaar.⁴⁾ Van de 66,5 miljard euro werd 5,1 miljard euro betaald uit eigen risico (Zvw) en eigen bijdragen (AWBZ). De overige 61,4 miljard euro wordt door CBS gerekend tot uitgaven van de

3.0.1 Zorglasten collectief verzekerde zorg



■ Zorglasten Zvw ■ Zorglasten AWBZ

Bron: CBS, Nationale rekeningen.

⁴⁾ De zorg die wordt verzekerd vanuit de aanvullende pakketten wordt niet meegerekend in de 66,5 miljard euro die er aan collectief verzekerde zorg in 2014 werd uitgegeven.

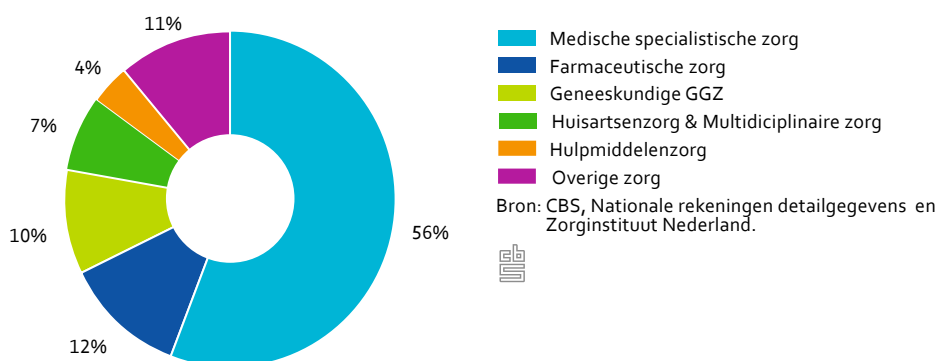
overheid.⁵⁾ Tot zorglasten van de overheid worden naast zorglasten van de basisverzekering (gefinancierd uit Zvw) en de lasten van de AWBZ ook nog andere kosten zoals van de WMO, opleidingen en bijdragen voor gemeentelijke gezondheidsdiensten gerekend. Dit zijn echter geen collectieve verzekeringen, omdat deze niet uit premies worden gefinancierd.⁶⁾ Daarom worden ze in de analyse in deze paragraaf niet meegenomen.

3.1 Lasten Zvw is grootste kostenpost

Binnen de totale zorguitgaven vormt de curatieve zorg de grootste kostenpost. Ongeveer zestig procent van de totale uitgaven aan zorg gaat naar de basiszorg. Binnen deze zorg neemt de medisch specialistische zorg het grootste deel van het budget in beslag; ruim 56 procent van de curatieve uitgaven. De meestal dure geneesmiddelen die worden voorgeschreven in de curatieve zorg, zijn daarbij inbegrepen. Daarnaast omvat de curatieve zorg onder andere de farmaceutische zorg (12 procent), geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (10 procent), huisartsenzorg (7 procent) en hulpmiddelenzorg (4 procent).

Na de invoering van de Zvw in 2006 vonden forse herschikkingen plaats in zowel de AWBZ als de Zvw. Hierdoor is het lastig een analyse van de ontwikkelingen van de diverse onderdelen in de tijd te maken. Zo werd bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging overgeheveld naar de WMO in 2007, de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) naar de Zvw in 2008 en de geriatrische revalidatiezorg in 2013 eveneens naar de Zvw.

3.1.1 Verdeling zorglasten Zvw, 2014



3.2 Lasten collectief verzekerde zorg groeien minder hard

Ondanks de sterke groei van de zorguitgaven sinds 2006, is er toch een kentering zichtbaar. Groeiden de zorglasten van de collectief verzekerde zorg in de eerste vier jaar na de invoering van de zorgverzekeringswet met gemiddeld 5,2 procent per jaar, in de laatste 4 jaar (sinds 2010) bedroeg de gemiddelde groei nog maar 2,9 procent per jaar.

⁵⁾ Dit zijn de zorglasten van de Zvw en de AWBZ volgens de definitie van nationale rekeningen. Deze zorglasten verschillen van de zorglasten volgens de definitie van Zorgrekeningen die ook door het CBS worden gepubliceerd.

⁶⁾ Zie ook CBS publicatie: Uitgaven aan zorg nader beschouwd: vergelijking van verschillende definities.

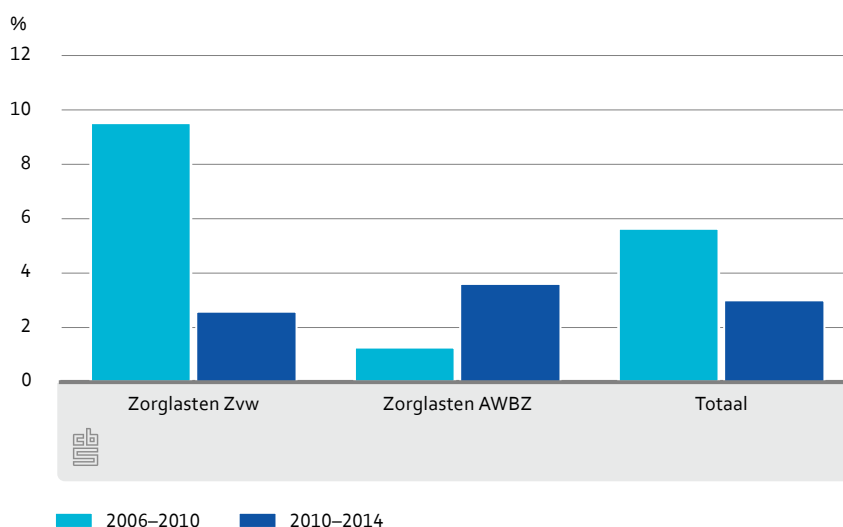
Er zijn een aantal oorzaken voor deze meer beperkte groeicijfers in recente jaren. Zo heeft de overheid de zorgverzekeraars meer laat opdraaien voor het risico van kostenoverschrijdingen. Hierdoor zijn zorgverzekeraars de zorg scherper gaan inkopen. Een andere oorzaak is dat hoewel er in de loop der jaren veel nieuwe dure geneesmiddelen op de markt zijn gekomen, veel andere geneesmiddelen juist goedkoper zijn geworden. Van veel geneesmiddelen zijn de afgelopen jaren de patenten verlopen. Verder zijn forse bezuinigen behaald door onderhandelingen van de overheid met de producenten van medicijnen. Ook de verhoging van het eigen risico in 2013 van 220 euro naar 350 euro is een reden voor vermindering van de vraag naar zorg. In 2008 leverden inkomsten uit het eigen risico, dat toen 150 euro per verzekerde bedroeg, slechts 1,4 miljard euro op. In 2014 was dit 3,1 miljard euro en bedroeg het eigen risico 360 euro per verzekerde. Vóór 2008 was er nog sprake van een no-claim regeling. Deze bedroeg 255 euro. Wanneer een verzekerde minder dan het no-claimbedrag aan zorgkosten had gemaakt werd het verschil terugbetaald.

3.3 Lasten AWBZ stijgen ook sterk sinds 2010

Hoewel de lasten van de totale collectieve zorg tussen 2010 en 2014 minder sterk zijn gegroeid, bleven de lasten van de AWBZ (langdurige zorg) onverminderd stijgen. In totaal zijn de zorglasten van de AWBZ in deze periode jaarlijks met gemiddeld 3,6 procent gestegen. Dat is nog exclusief de eerder genoemde overheveling van de geriatrische revalidatiezorg in 2013 naar de Zvw. Deze overheveling had een verlagend effect op de lasten van de AWBZ en een verhogend effect op de lasten van de Zvw. De zorglasten van de AWBZ zijn de afgelopen jaren over de gehele linie gestegen. De grootste stijgers waren de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de pgb's. Binnen de langdurige zorg ging ongeveer twee derde van de uitgaven op aan ouderenzorg (verzorg- en verpleeghuizen en thuiszorg) en een derde naar gehandicaptenzorg en langdurige GGZ.

De aanzienlijke groei van de zorglasten van de AWBZ sinds 2006 komt vooral door een groter aanbod van zorg en een hoger prijsniveau.⁷⁾ Het was lange tijd relatief makkelijk om

3.3.1 Gemiddelde jaarlijkse groei collectief verzekerde zorg



Bron: CBS, Nationale rekeningen detailgegevens.

⁷⁾ Rapport SER 2008, NZA, 2014

aanspraak te maken op zorg via de AWBZ. Dit leidde onder andere tot een sterke groei van het aantal pgb's. Tegelijkertijd was het financieel risico van zorgkantoren, artsen en patiënten zeer beperkt. Bovendien was verblijf in een instelling voordelig omdat dergelijke wooninstellingen gesubsidieerd werden. Tarieven in de AWBZ gingen ieder jaar met een vast percentage omhoog. Opvallend is ook dat het aantal patiënten in de gehandicaptenzorg sneller is gestegen dan men op basis van de bevolkingsgroei zou verwachten. Verder vond er een verschuiving plaats van zorg in een instelling zonder behandeling naar zorg in een instelling met behandeling (zogenoemde zorgverzwaring). De eerder genoemde WLZ heeft als doel deze problemen aan te pakken en de lastenstijging van de langdurige zorg te beperken.

4. Financiering van de zorg

De collectief gefinancierde zorg wordt gefinancierd via de Zvw en de AWBZ. De AWBZ wordt hoofdzakelijk gefinancierd door premie-inkomsten. Iedere volwassene betaalt aan de hand van zijn of haar inkomen een inkomensafhankelijke premie voor de AWBZ. De AWBZ-premies worden samen met de loon- en inkomstenbelasting geheven. In 2014 was dit bedrag 19 miljard euro. Wie langdurige zorg ontvangt, betaalt daarnaast een deel van deze zorg zelf in de vorm van een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage is onder meer afhankelijk van het

4.0.1 Financiering zorglasten

	2006	2014
	mld euro	
AWBZ	23,2	25,1
Premie	14,1	18,8
Rijksbijdragen	4,8	4,1
Eigen Bijdrage	1,8	2,1
Bijdrage ZVW inzake GGZ	2,5	0,0
Zvw	27,8	42,7
Inkomensafhankelijke bijdrage	14,2	22,5
Nominale premie	11,6	14,5
Eigen risico	1,4 ¹⁾	3,1
Rijksbijdrage 18-	1,9	2,5
Overige	0,1	0,1
Totale collectief verzekerde zorg²⁾	51,0	67,9
Kosten overheid niet-collectief verzekerde zorg	8,9	12,5
Kosten particuliere verzekering	3,4	4,1
Kosten WVG/WMO	0,7	1,6
Zorgtoeslag	2,5	4,0
Totale zorglasten	58,9	81,9

Bron: CBS, Nationale rekeningen detailgegevens.

¹⁾ Dit is het cijfer van 2008. Het eigen risico is in dat jaar ingevoerd.

²⁾ Het gaat hier om de gehele financiering van de Zvw en AWBZ. Naast de uitgaven aan zorglasten (incl. de zorguitkeringen gefinancierd uit het eigen risico), zijn hier ook de uitgaven voor uitvoeringslasten van zorgverzekeraars, opleidingen, rente, etc. meegenomen.

inkomen en de persoonlijke situatie. Het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ), waaruit de AWBZ wordt gefinancierd, wordt aangevuld door het Rijk. De rijksbijdrage is als aandeel van de totale AWBZ-inkomsten gedaald sinds 2006. De afgedragen premie maakt een steeds groter deel uit van de inkomsten van de AWBZ. In 2007 waren de afgedragen premies nog goed voor 60 procent van de inkomsten, in 2014 was dit opgelopen tot 75 procent.

4.1 Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw

De uitgaven voor de Zvw worden op basis van de 50/50-regel gefinancierd. De ene helft van de uitgaven wordt gefinancierd door de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en de andere helft door nominale premies, eigen betalingen (eigen risico) en rijksbijdragen. Met de rijksbijdragen wordt de zorg voor jongeren gefinancierd die gratis verzekerd zijn binnen de Zvw. Ouders betalen voor hun kinderen dus geen premie. Deze rijksbijdrage was in 2014 goed voor zes procent van de financiering (2,5 miljard euro).

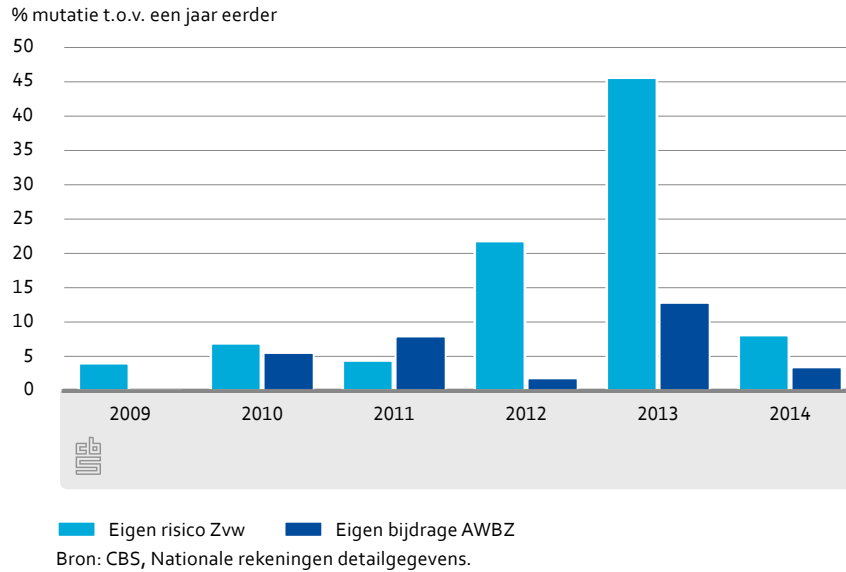
De IAB is een premie die door werkgevers wordt afgedragen bovenop het brutoloon van werknemers. Het loon inclusief werkgeverspremies wordt het 'bijdrage inkomen' genoemd. Omdat de IAB een vast percentage van dit 'bijdrage inkomen' is, gaat het hier om een inkomensafhankelijk premie. Voor de uitkeringsgerechtigden wordt dit niet door de werkgever maar door de uitkeringsinstantie gedaan. Ook zelfstandigen en gepensioneerden betalen de IAB, weliswaar tegen een gereduceerd percentage. Door de premieheffing op deze wijze in te richten, is de inkomenssolidariteit groot. Omdat de percentages over het inkomen worden geheven betalen hogere inkomens dus meer, zij het tot een inkomensgrens. In 2014 bedroeg de totale inkomensafhankelijke bijdrage 22,5 miljard euro, in 2006 was dit nog 14,2 miljard euro.

4.2 Nominale premie en eigen betalingen

De nominale premie is het bedrag dat verzekerden die ouder dan 18 jaar zijn jaarlijks of maandelijks rechtstreeks aan hun zorgverzekeraar betalen. Een verzekeraar rekent aan al zijn klanten hetzelfde bedrag voor het basispakket. De zorgverzekeraar bepaalt zelf de hoogte van de premies voor de basisverzekering. Arm of rijk: iedereen betaalt dezelfde premie. Daarnaast kunnen verzekerden zich verzekeren voor aanvullende zorg.

Als percentage van de totale inkomsten is het gedeelte dat door nominale premies wordt gefinancierd tot 2015 gedaald. De overheid streeft ernaar dat ongeveer 50 procent van de Zvw wordt gefinancierd door de IAB. Omdat dit percentage in 2013 en 2014 is overschreden, is in 2015 het premiepercentage van de IAB verlaagd van 7,75 procent naar 6,95 procent, terwijl de nominale premies juist weer iets zijn gestegen. Maar dit is niet de grootste stijging. In de afgelopen jaren zijn vooral de eigen betalingen fors gestegen. Deze toename heeft vooral te maken met het hogere eigen risico van de Zorgverzekeringswet. De toename van het eigen risico als deel van de totale financiering is ook terug te zien in de cijfers. In 2008 werd 1,4 miljard euro van de basiszorg gefinancierd uit het eigen risico. In 2014 was dit opgelopen tot 3,1 miljard euro. De eigen betalingen dekken dan ook een groter deel van de totale lasten dan enkele jaren geleden. Toch is het deel van de zorgverzekeringswet dat wordt gedekt door eigen betalingen nog altijd beperkt (7 procent). Het grootste deel van de zorglasten wordt nog altijd gedekt door de IAB en de nominale premie.

4.2.1 Groei eigen betalingen Zvw en AWBZ



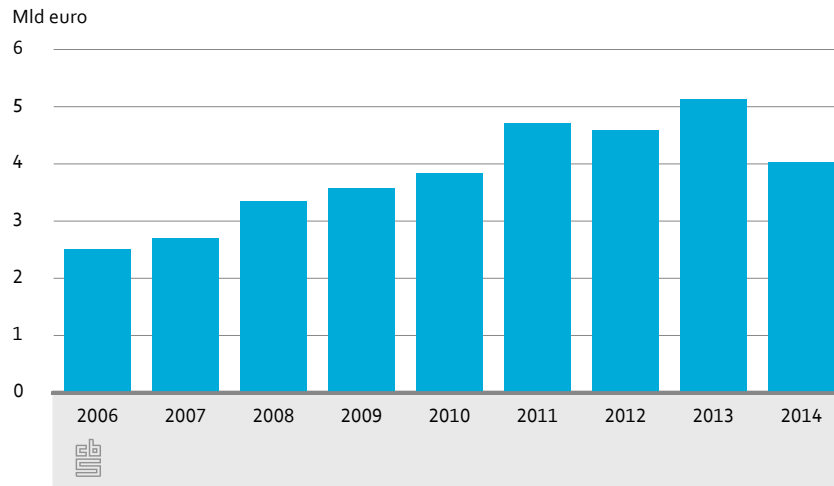
4.3 Zorgtoeslag fors minder dan in 2013

De nominale premie voor volwassenen legt een fors beslag op het inkomen van lage inkomens, maar via de zorgtoeslag worden zij hiervoor deels gecompenseerd. In 2014 werd ruim 4 miljard euro uitgegeven aan zorgtoeslag. Dat is fors minder dan in 2013 toen er nog ruim 5,1 miljard euro aan zorgtoeslag werd uitgegeven. Er is door de overheid in 2014 echter nog altijd ruim 60 procent meer uitgekeerd aan zorgtoeslag dan in 2006, toen er nog maar 2,5 miljard euro aan werd uitgegeven.

De afname in 2014 komt mede door een daling van de nominale premie voor de zorgverzekering, waardoor minder mensen recht hadden op compensatie in de zorgkosten. In 2014 ontvingen ruim 5 miljoen mensen zorgtoeslag. In 2013 waren dit er nog bijna 5,4 miljoen. Ook is het maximum inkomen waarmee aanspraak gemaakt kan worden op zorgtoeslag verlaagd naar 28 482 euro (voor alleenstaanden). In 2012 was dit nog 35 059 euro. In 2015 is het maximuminkomen nog verder gedaald naar 26 316 euro. Ook het maximumbedrag dat per eenpersoonshuishouden aan zorgtoeslag wordt uitgekeerd is gedaald, van 2 062 euro in 2013 naar 1 655 euro in 2014.

In 2014 bedroeg de gemiddelde zorgtoeslag per volwassen Nederlander per jaar 301 euro (25 euro per maand). Daar zaten echter grote verschillen in. Zo kreeg iemand met een inkomen van 20 000 euro gemiddeld 66 euro per maand, terwijl iemand met een inkomen van 25 000 euro nog maar 28 euro per maand kreeg. Dit verschil is in 2015 nog groter geworden met respectievelijk 72 euro en 16 euro.

4.3.1 Zorgtoeslag



Bron: CBS, Nationale rekeningen.

Internationale vergelijking zorglasten

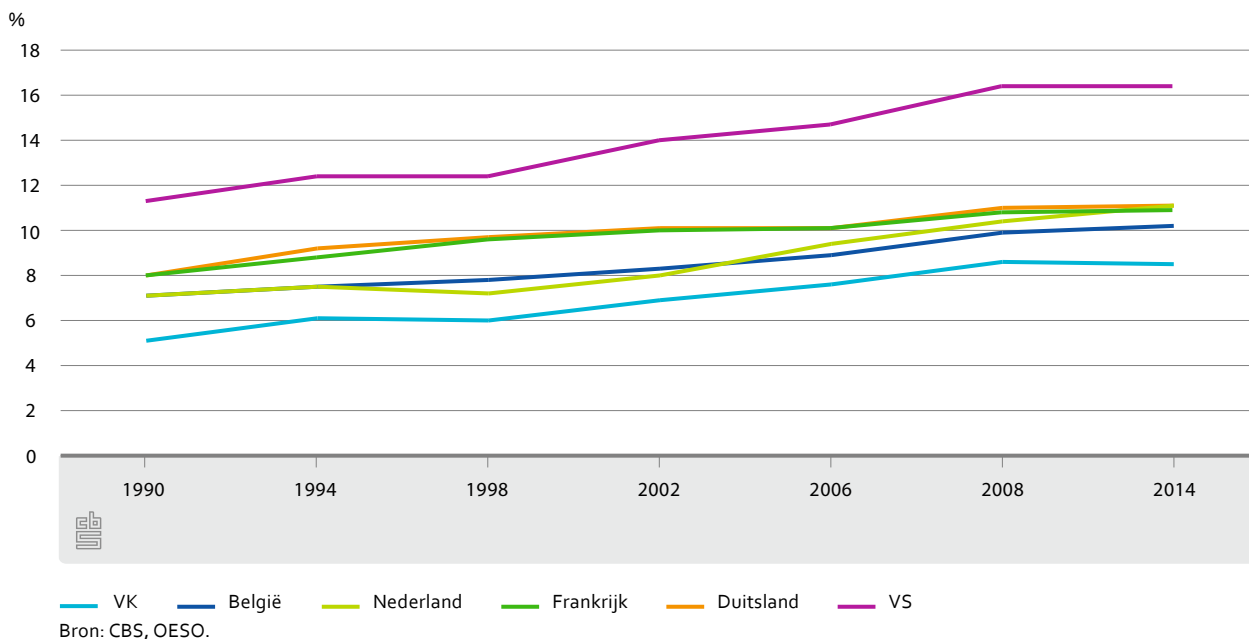
De meeste westerse landen worden geconfronteerd met stijgende zorguitgaven. Deze landen hebben immers te maken met dezelfde omstandigheden als in Nederland (vergrijzing, toenemende mogelijkheden als gevolg van technologie, etc.) Nederland geeft als percentage van het bbp aan zorg volgens de internationale definitie⁸⁾ ongeveer evenveel uit als Duitsland en Frankrijk (11,1 procent). De zorg in Nederland wordt voor een groot gedeelte gefinancierd uit publieke middelen (9,7 procent van het bbp). Dat is aanzienlijk meer dan in Duitsland (8,4 procent van het bbp) en Frankrijk (8,6 procent van het bbp). Van de omringende landen geeft het Verenigd Koninkrijk het minst uit aan zorg vanuit publieke middelen (7,3 procent van het bbp). Van de zes genoemde landen geven de Britten ook in totaal het laagste percentage uit van hun bbp aan zorg (8,5 procent van het bbp).

De Amerikanen geven verreweg het grootste gedeelte van het bbp uit aan zorg (16,4 procent). Het gedeelte hiervan dat uit publieke middelen wordt gefinancierd is redelijk gemiddeld voor een welvarend land (7,9 procent van het bbp). Het gedeelte van de zorg dat wordt gefinancierd uit private middelen is echter veel hoger dan in andere landen (8,5 procent van het bbp). Ter vergelijking; in Nederland wordt zorg voor slechts 1,4 procent van het bbp uit private middelen gefinancierd.

Gezondheidszorg in de Verenigde Staten (VS) is grotendeels georganiseerd door private ondernemingen en zorgprogramma's. Het merendeel van de bevolking is via zijn werkgever verzekerd tegen ziektekosten. Daarin zitten veel verschillen, afhankelijk van het bedrijf en het inkomen. Familieleden kunnen vaak via de verzekering van de kostwinner worden meeverzekerd. De rest van de Amerikaanse bevolking is niet verzekerd of sluit een beperkte zorgverzekering af via Obamacare. Het percentage onverzekerden dat voor een welvarend land als de VS erg hoog was (14,4 procent in 2013) is al wel gedaald na de introductie van Obamacare (11,5 procent in 2014). De VS is ook het enige welvarende land waarin het afsluiten van een zorgverzekering niet verplicht is.

⁸⁾ Zie CBS publicatie: Uitgaven aan zorg nader beschouwd: vergelijking van verschillende definities.

Zorguitgaven als % van het bbp



Internationale cijfer zorguitgaven lager

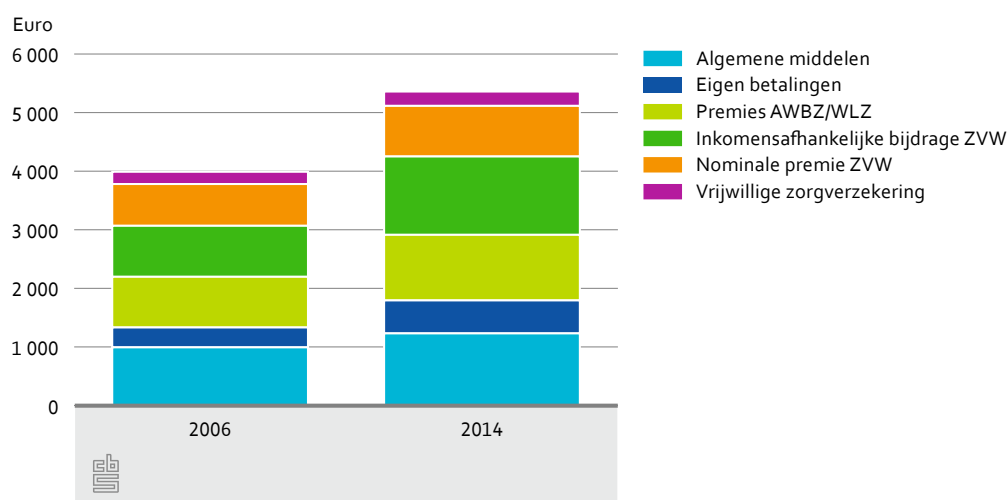
Het internationale cijfer omvat niet alle zorguitgaven van Nederland, omdat grote delen van de AWBZ niet onder de internationale definitie van zorg vallen. Het gedeelte van de AWBZ dat niet onder de internationale definitie valt bedroeg in 2014 ongeveer 9,6 miljard euro. Het gaat vooral om grote delen van de langdurige zorg buiten instellingen die een meer sociaal karakter hebben. Ook een deel van de langdurige zorg binnen instellingen valt erbuiten. Dit is het geval als er geen of zeer weinig sprake is van behandeling, verpleging of verzorging. In Nederland heeft langdurige zorg vaak een formeel karakter en vindt binnen de muren van een instelling plaats, terwijl dergelijke vormen van zorg in andere landen juist een meer informeel karakter hebben. In het buitenland wonen ouderen vaker thuis en/of worden ze vaker verzorgd door hun kinderen, of krijgen ze formele hulp aan huis. Het huidige kabinetsbeleid is er, in het kader van de “participatiesamenleving” op gericht om ook in Nederland ouderen en gehandicapten langer zelfstandig thuis te laten wonen. Ook uitgaven aan de WMO en aan welzijn en maatschappelijke diensten vallen niet onder de internationale definitie. Deze vormen van zorg worden echter in het buitenland minder goed geregistreerd, zodat vergelijking niet goed mogelijk is. Voor zover dat wel kan, lijkt het erop dat Nederland wel meer uit geeft dan Duitsland, maar vergelijkbaar of minder dan de Scandinavische landen.

5. Totale zorglasten per Nederlander

In deze paragraaf wordt een analyse gemaakt van de zorglasten per Nederlander. Hierbij wordt een brede definitie van de totale zorglasten gehanteerd waarbij alle zorg betaald via verzekeringen, via de overheid of door burgers zelf wordt meegerekend. Kinderopvang wordt niet meegeteld.

De totale zorglasten per hoofd van de bevolking bedroegen in 2014 gemiddeld ruim 5 300 euro. In 2006 was dit nog ongeveer 4 000 euro. Van de 5 300 euro nam de collectief verzekerde zorg van de AWBZ en de Zvw ongeveer 4 000 euro voor rekening. Een deel van deze 4 000 euro werd uit algemene middelen gefinancierd (ongeveer 400 euro per Nederlander). Verder betaalde een Nederlander in 2014 gemiddeld 864 euro aan nominale premie, 1 337 euro aan inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, 1 120 euro aan premies AWBZ en 311 euro aan eigen betalingen betalingen binnen de Zvw en de AWBZ. De overige 1 300 euro die een Nederlander in 2014 betaalde, betroffen zorglasten die direct uit belasting werden gefinancierd (ruim 800 euro), – vrijwillige verzekeringen (250 euro) en ongeveer 250 euro aan overige eigen betalingen. De genoemde bedragen zijn berekend per hoofd van de bevolking. Natuurlijk betaalt niet iedereen evenveel. Zo zijn kinderen gratis verzekerd binnen de zorgverzekeringswet, krijgt niet iedereen zorgtoeslag en betaalt ook niet iedereen evenveel premie en belasting. De bedragen zullen dan ook een stuk hoger uitkomen indien er bijvoorbeeld wordt gekeken naar gemiddelde zorglasten per volwassene (ongeveer 6 700 euro in 2014).

5.0.1 Totale zorglasten per Nederlander



Bron: CBS, Nationale rekeningen detailgegevens.

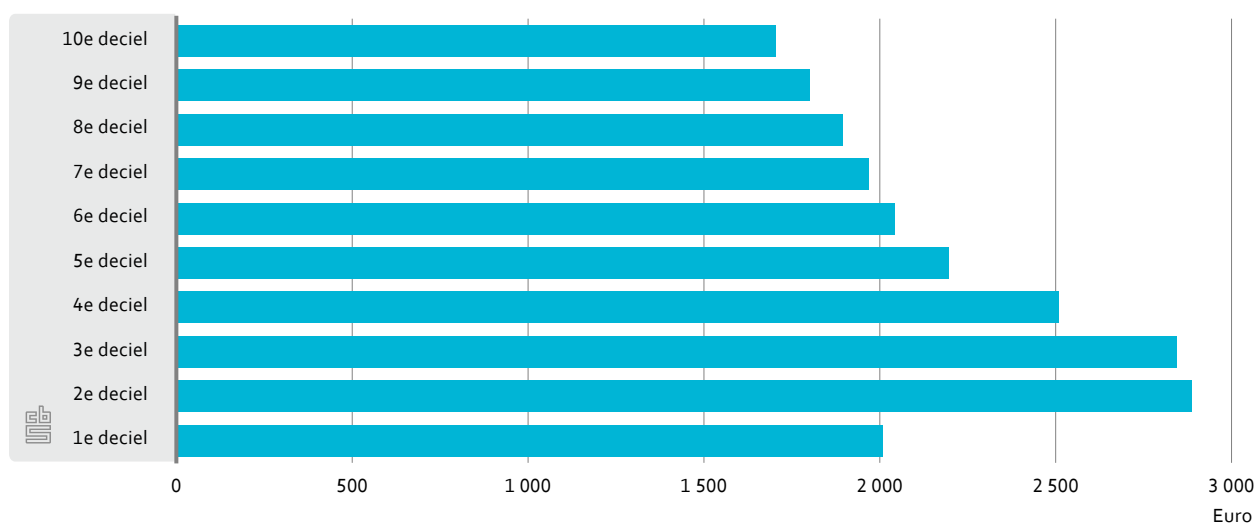
6. Zorggebruik basiszorg naar groep

De gemiddelde financiële bijdrage van een volwassene aan de basiszorg is afhankelijk van zowel het inkomen (via de inkomensafhankelijke bijdrage, de rijksbijdrage/belastingen en de zorgtoeslag), als van het zorggebruik (via het eigen risico). Ook het gebruik van zorg verschilt per groep.

Personen met lagere inkomens maken meer gebruik van de basiszorg dan mensen met hogere inkomens. Wat opvalt is dat personen die vallen in de categorie van de laagste 10 procent inkomens relatief weinig gebruik maken van de zorg, terwijl mensen in de tweede, derde en vierde 10 procent-inkomensgroep juist hoge zorglasten hebben. Dit verschil kan voor een aanzienlijk deel verklaard worden door het feit dat veel jongeren en studenten binnen deze groep vallen. Toch vallen de zorglasten van de 10 procent laagste inkomens nog steeds iets lager uit wanneer rekening wordt gehouden met leeftijd. Mogelijk heeft deze inkomensgroep moeite toegang te vinden tot de zorg, of gaat het om mensen die tijdelijk geen inkomen hebben (bijv. zelfstandigen) of personen zonder inkomen maar met veel vermogen. De reden dat mensen met hoge inkomens minder hoge zorglasten hebben, heeft voor een deel te maken met leefstijl. Bij de hoge inkomens is het percentage rokers en mensen met overgewicht lager en het percentage dat lichamelijke actief is en voldoende groente en fruit eet juist hoger.

In het zorggebruik is er ook een verschil tussen mannen en vrouwen en tussen verschillende leeftijdscategorieën. Zo maken vrouwen hogere kosten dan mannen. Dit komt vooral doordat vrouwen gemiddeld ouder worden en meer gebruik maken van zorg in verband met zwangerschap. De verschillen per leeftijdscategorie komen met name doordat naarmate mensen ouder worden, ze vaker te maken hebben met aandoeningen en ziektes. Bovendien

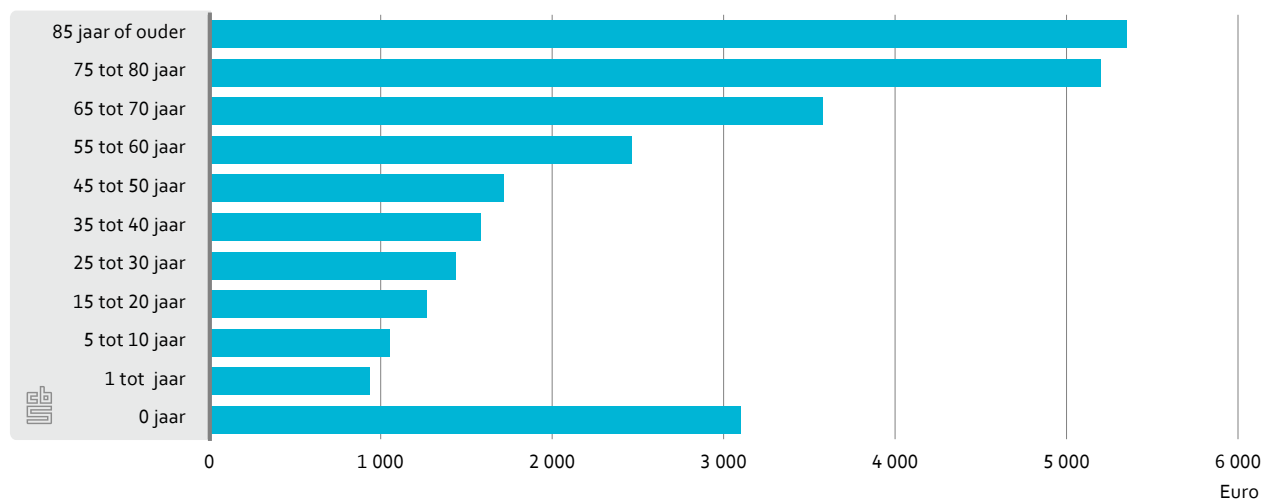
6.0.1 Lasten Zvw naar inkomensgroep, 2013



Bron: CBS, Zorgrekeningen.

zijn de zorglasten juist in de periode voordat men sterft erg hoog. Ook nieuw geboren hebben relatief veel zorg nodig.

6.0.2 Kosten Zvw naar leeftijd, 2013



Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Er zijn ook verschillen tussen autochtonen, westerse allochtonen en niet-westerse allochtonen. Autochtonen hebben gemiddeld genomen iets hogere zorglasten dan westerse allochtonen en niet-westerse allochtonen. Dit heeft vooral te maken met de gemiddeld hogere leeftijd van de autochtone bevolking. Als er rekening wordt gehouden met leeftijd hebben niet-westerse allochtonen juist de hoogste zorgkosten, terwijl westerse allochtonen dan gemiddeld nog steeds iets lagere zorglasten hebben dan autochtonen.

7. Conclusie

Samen met de sociale zekerheid vormt de zorg de grootste kostenpost van de Nederlandse overheid. De zorglasten volgens de internationale definitie zijn in Nederland vergelijkbaar met die in buurlanden zoals Duitsland en Frankrijk. Wel wordt er in Nederland relatief veel uitgegeven aan langdurige zorg die deels buiten de internationale definitie valt. De zorglasten zijn niet alleen hoog, maar ze blijven ook al jarenlang stijgen. In de afgelopen jaren heeft de overheid een aantal maatregelen genomen in de hoop de zorg beter en efficiënter te regelen. Zo is in 2006 de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd en in 2015 de Wet Langdurige Zorg (WLZ).

In de eerste vier jaar na de invoering van de Zvw zijn de lasten van de collectief verzekerde zorg met gemiddeld 5,2 procent per jaar gestegen, in de vier jaar daarna nog maar met 2,9 procent. De groei vlakt dus wat af. Dit geldt echter alleen voor de zorgkosten van de basiszorg. De lasten van de AWBZ zijn tussen 2010 en 2014 onverminderd gestegen. De afname van de groei van de basiszorg heeft onder andere te maken met het op de markt

komen van goedkopere medicijnen en het afnemen van de vraag naar zorg door de verhoging van de eigen betalingen. Daarnaast heeft de overheid geprobeerd marktwerking te creëren door zorgverzekeraars te stimuleren scherper zorg in te kopen.

In afgelopen jaren is het eigen risico fors gestegen en de eigen betalingen dekken dan ook een groter deel van de totale zorglasten dan enkele jaren geleden. Toch is het deel van de zorglasten dat wordt gedekt door eigen betalingen nog altijd beperkt. Het grootste deel van de zorglasten wordt nog altijd gedekt door premies en belastingen. Hiervan wordt ongeveer een derde gefinancierd via werkgeverspremies (inkomensafhankelijke bijdrage) en de rest via belastingen en premies volksverzekeringen, waartoe hier ook de nominale premie wordt gerekend.

Al met al zijn de totale zorglasten per Nederlander in de afgelopen jaren fors gestegen van ongeveer 4 000 euro in 2006 euro naar ruim 5 300 euro in 2014. Hiervan nam de collectief verzekerde zorg van de AWBZ en de Zvw met ongeveer 4 000 euro het grootste deel voor hun rekening.

De uitgaven aan de zorgtoeslag zijn jarenlang fors gestegen, maar zijn sinds 2013 weer wat lager als gevolg van strengere criteria. Tegelijkertijd zijn de zorglasten van lagere inkomens juist het grootst. De reden dat lagere inkomensgroepen meer gebruik maken van zorg komt doordat lage inkomens doorgaans een ongezondere levensstijl op na houden dan mensen in hogere inkomensgroepen. Het grootste verschil in zorggebruik zit tussen jongeren en ouderen.

Literatuur

CBS (2015), *Uitgaven aan zorg nader beschouwd: Vergelijking van verschillende definities*, Den Haag.

Horst, A. van der, Erp, F. van, Jong, J. de (2011), *Trends in gezondheid en zorg*, CPB, Den Haag.

Jong, J. de (2012), *Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010*, CPB, Den Haag.

Ministerie van Financiën (2015), *Miljoenennota 2016*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 300, nr. 1. Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2012), *De zorg: Hoeveel extra is het ons extra waard?*, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2012), *Rijksbegroting 2013, XVI Volksgezondheid Welzijn en Sport.*, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2013), *Rijksbegroting 2014, XVI Volksgezondheid Welzijn en Sport.*, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2014), *Rijksbegroting 2015, XVI*

Volksgesondheid Welzijn en Sport., Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2015), *Rijksbegroting 2016, XVI Volksgesondheid Welzijn en Sport.*, Den Haag.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013), *Marktscan en beleidsbrief AWBZ, weergave van de markt 2010-2012.* Utrecht.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014), *Kosten van de langdurige zorg stegen met 16,4% tussen 2010 en 2012.* Utrecht.

OECD (2011), *Help wanted? Providing and paying for Long-Term Care*, Parijs.

OECD (2015), *How's life? Measuring well-being.* Parijs.

OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, Parijs.

OECD, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

SER (2008), *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*, Den Haag.

Wong, A., Kommer, G.J., Polder, J.J. (2008), *Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing*, RIVM, Bilthoven.

Verklaring van tekens

Niets (blanco)	Een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
.	Het cijfer is onbekend, onvoldoende betrouwbaar of geheim
*	Voorlopige cijfers
**	Nader voorlopige cijfers
2014–2015	2014 tot en met 2015
2014/2015	Het gemiddelde over de jaren 2014 tot en met 2015
2014/'15	Oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2014 en eindigend in 2015
2012/'13–2014/'15	Oogstjaar, boekjaar, enz., 2012/'13 tot en met 2014/'15

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

Colofon

Uitgever
Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312, 2492 JP Den Haag
www.cbs.nl

Prepress
Studio BCO, Den Haag

Ontwerp
Edenspiekermann

Inlichtingen
Tel. 088 570 70 70
Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen/Bonaire, 2015.
Verveelvoudigen is toegestaan, mits CBS als bron wordt vermeld.