

Tilburg University

## De toekomstige uitgaven in het kader van de gezondheidszorg

Nelissen, J.H.M.

*Published in:*  
Bevolking en Gezin

*Publication date:*  
1997

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*  
Nelissen, J. H. M. (1997). De toekomstige uitgaven in het kader van de gezondheidszorg. *Bevolking en Gezin*, (1997-1), 29-42.

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

DE TOEKOMSTIGE  
UITGAVEN IN HET  
KADER VAN DE  
GEZONDHEIDSZORG

---

---

---

---

Jan H.M. Nelissen<sup>1</sup>

*Katholieke Universiteit Brabant, WORC, Faculteit Sociale Wetenschappen,  
Postbus 90153, 5000 LE Tilburg, Nederland*

**Abstract.** In de discussie betreffende de betaalbaarheid van het sociale zekerheidsstelsel op langere termijn ligt de nadruk op de toekomstige kosten van het pensioenstelsel. De toekomstige kosten van de medische zorg komen in deze discussie nauwelijks aan de orde. Dit is ten onrechte. Hoewel de stijging minder spectaculair is in vergelijking met die van de AOW-uitgaven, kunnen deze niet veronachtzaamd worden. Bij ongewijzigd beleid en de (gematigde) aanname dat de prijzen in de gezondheidszorg niet harder stijgen dan de regelingsloonindex zullen de kosten als percentage van het looninkomen tussen nu en 2030 met ruim 50 procent toenemen en tussen nu en 2035 zelfs met 65 procent.

---

<sup>1</sup> De auteur is verbonden aan de vakgroep Sociale Zekerheidswetenschap en de vakgroep Methoden en Technieken van de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Brabant. Het onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door middel van een NWO subsidie in het kader van het *Prioriteitenprogramma Bevolkingsvraagstukken* (projecten # 18.051 en # 18.066).

**Future expenditures for health care.** In the discussion with respect to the payability of the Dutch social security system, emphasis is on future costs of the pension system. The future health care costs hardly play any role. That is wrongly. Although the cost increase is less spectacular in comparison with the expenditures for pensions, they cannot be ignored. Unaltered policy and the (moderated) assumption that prices in the health care sector do not increase more than the wage costs, the health care costs will increase as a percentage of wage income between now and 2030 by over 50 percent and between now and 2035 with 65 per cent even.

**Keywords:** gezondheidszorg; kosten; toekomst; Nederland.

## 1 | Inleiding

De komende decennia wordt Nederland –net als de rest van de Westerse wereld– geconfronteerd met een verouderende bevolking. Naast een groter beslag van de ouderdomspensioenen op het nationaal inkomen leidt dit tot een toename van de medische consumptie. In de discussie met betrekking tot de kosten van die vergrijzing staan –zeker onder economen– de pensioenen centraal, terwijl de gezondheidszorguitgaven onderbelicht blijven. Wel wordt uiteraard een stijging verwacht en zijn er prognoses op deelterreinen beschikbaar, doch een verdere concretisering voor de ontwikkeling van de kosten voor de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)<sup>2</sup> is niet voor handen voor de periode na 2015.<sup>3</sup> In deze bijdrage gaan we in op de te verwachten uitgavenstijging voor de twee voornoemde typen van ziektekostenverzekeringen aan de hand van een aantal geschatte vergelijkingen voor verschillende typen van medische consumptie. Het blijkt dat de

---

<sup>2</sup> De Ziekenfondswet (ZFW) waarborgt de medische zorg voor (voormalige) werknemers met een inkomen beneden een bepaald inkomen (in 1997 f 60.750; voor bejaarden f 35.300) en voor een aantal specifieke groepen uitkeringsgerechtigden (inclusief gezinsleden onder bepaalde voorwaarden). Ongeveer twee derde van de Nederlandse bevolking valt onder de ZFW. Een groot deel van de ambtenaren valt onder de zogenoemde KPZ-regelingen (Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen Ambtenaren). Alle overige personen dienen zich particulier te verzekeren. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekert het risico van bijzondere ziektekosten, zoals langdurige verpleging en psychiatrische behandeling. Deze regeling is complementair ten opzichte van voornoemde regelingen.

<sup>3</sup> Voor een overzicht van onderzoek naar toekomstige kosten van de ouderenzorg zie bijvoorbeeld Huijsman *et al.* (1994), met name Hoofdstuk 1.

uitgavenstijging nauwelijks geringer is dan die in de sfeer van de pensioenen ingevolge de Algemene Ouderdomswet (AOW). Desondanks wordt in het maatschappelijk debat naarstig gezocht naar een oplossing voor de financieringsproblematiek op het terrein van de pensioenen, terwijl in de sfeer van de gezondheidszorg er eerder sprake is van korte-termijnbeleid. Dat lijkt onterecht te zijn.

In dit artikel wordt in paragraaf 2 eerst ingegaan op de wijze waarop de medische consumptie gemodelleerd wordt. Paragraaf 3 schetst in het kort hoe met behulp van microsimulatie hiermee vooruitberekeningen voor de toekomstige uitgaven gemaakt kunnen worden. De resultaten van de analyse zijn weergegeven in paragraaf 4, terwijl paragraaf 5 evalueert.

## 2 | De modellering van de medische consumptie

Bij de modellering van de uitgaven in het kader van de gezondheidszorg, worden de navolgende twaalf categorieën onderscheiden:

1. Niet-voorgeschreven medicijngebruik (ZELF)
2. Huisartsconsulten (HUISARTS)
3. Medicijnen voorgeschreven door de huisarts (MED)
4. Tandartsenzorg (TAND)
5. Moederschapszorg (MATER)
6. Medische zorg in het buitenland (MEDBL)
7. Ziekenhuiszorg (HOSP)
8. Intramurale zorg door specialisten (SPECIN)
9. Extramurale zorg door specialisten (SPECOUT)
10. Fysiotherapie (FYS)
11. Ziekenvervoer (TRANS)
12. De kosten van het verblijf in psychiatrische inrichtingen, verpleeghuizen en inrichtingen voor lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten.

De categorieën 1 tot en met 11 vallen onder de ZFW, KPZ en de particuliere ziektekostenverzekeringen, terwijl categorie 12 gefinancierd wordt via de AWBZ. ZELF, HUISARTS, MED, HOSP, SPECIN en SPECOUT zijn gebaseerd op geschatte gedragsrelaties. Deze zijn geschat met behulp van data van claims van 35.246 in 1976 particulier verzekerden bij de zorgverzekeraar 'Stichting Het Zilveren Kruis' in Noordwijk. Voor een subgroup van 14.334

personen zijn additionele data beschikbaar, door middel van een aanvullende survey verkregen. Deze twee datasets bieden de mogelijkheid diverse gedragsrelaties te schatten. We zullen de schattingsresultaten van Van de Ven en Van der Gaag (1982) en Van der Laan (1988) gebruiken om de medische consumptie te simuleren.

ZELF, HUISARTS en MED zijn bepaald op basis van het resultaat van Van de Ven en Van der Gaag (1982). Simultaan bepalen zij gezondheid, inkomen, type verzekering en vraag naar gezondheidszorg. Gezondheid is hierbij een latente variabele. Op deze manier wordt een structureel model verkregen. Voor HOSP, SPECIN en SPECOUT maken we geen gebruik van hun resultaten, doch baseren we ons op Van der Laan (1988). Deze heeft de desbetreffende componenten op een voor ons meer bruikbare manier geschat. Eerst bepaalt hij aan de hand van een logit-model of een individu kosten maakt voor één van deze drie categorieën. Vervolgens schat Van der Laan een vergelijking voor de gemiddelde kosten en de standaardafwijking hiervan. Alle drie componenten blijken een min of meer lognormale verdeling te volgen. Om te komen tot een geldswaarde is HUISARTS vermenigvuldigd met de gemiddelde consultprijs, die gebaseerd is op het gewogen gemiddelde van een huisbezoek door de huisarts en een consult bij de huisarts zelf.

Het logit-model is ook gebruikt om te bepalen of een individu kosten maakt voor de categorieën FYS en TRANS. Zo ja, dan worden de gemaakte kosten bepaald op basis van de verdeling van deze kosten, zoals weergegeven in Van der Laan (1988, p. 134). Deze kosten worden verder alleen nog gecorrigeerd voor de leeftijd van de betrokkene (zie Van der Laan, 1988, p. 66).

Ten aanzien van het tandartsbezoek is onvoldoende informatie beschikbaar. Om die reden is deze kostencomponent niet meegenomen in de analyse. Ook de informatie ten aanzien van MATER en MEDBL is zeer beperkt. Enkel de kans op kosten en de gemiddelde kosten, indien kosten gemaakt worden, zijn bekend (zie Van der Laan *et al.*, 1986). Indien in een huishouden een kind wordt geboren, worden daarom de gemiddeld gemaakte kosten voor MATER in rekening gebracht. Verder wordt via loting bepaald of een huishouden medische kosten in het buitenland maakt. Indien dit het geval is, wordt dat huishouden voor de gemiddelde kosten aangeslagen.

Het voorafgaande is, zoals gezegd, gebaseerd op een steekproef onder particulier verzekerden. Voor andere type verzekerden (ZFW of KPZ-verze-

kerden) hebben we onvoldoende informatie om een soortgelijke analyse te doen. Daarom is aangenomen dat deze groepen niet afwijken qua gedrag. Dit is natuurlijk een nogal sterke aanname. Doch daar kan tegen ingebracht worden dat de desbetreffende steekproef een groep particulier verzekerde personen betreft, waarvoor de mogelijkheid van eigen risico (nog) niet bestond. Een ander probleem is dat de resultaten van Van de Ven en Van der Gaag (1982) enkel betrekking hebben op huishoudens met een man als hoofd. Omdat verder geen informatie beschikbaar is, zijn we genoodzaakt aan te nemen dat andere typen van huishoudens een zelfde gedrag vertonen. Tot slot zij vermeld dat op basis van voornoemde resultaten de consumptie op basis van prijzen in 1976 wordt verkregen. Aanpassing aan de prijsontwikkeling geschiedt door middel van een deflator voor de kosten in de gezondheidszorg. Voor de toekomst nemen we aan dat deze zich conform de regelingslonen ontwikkelt.

Ten aanzien van de AWBZ-uitgaven beperken we ons tot de uitkeringen in het kader van behandelingen in psychiatrische inrichtingen, inrichtingen voor geestelijk en/of lichamelijk gehandicapten en verpleegtehuizen<sup>4</sup>. De overgang van de financiering van verzorgingstehuizen naar de AWBZ per 1 januari 1997 is (nog) niet geïmplementeerd. Een en ander betekent dat we geen rekening houden met dagverzorging in verpleegtehuizen, het verblijf in medische kleuterdagverblijven, de kosten voor multipsychotherapeutische hulp, van kruisverenigingen en van instellingen voor levens- en gezinsvraagstukken. Dit impliceert dat we rekening houden met ongeveer 60 procent van de totale AWBZ-uitgaven.

Verder zij opgemerkt dat we de tijdelijke overheveling, in het kader van het plan-Simons, van categorieën van de ZFW, KPZ en particuliere ziektekostenverzekeringen naar de AWBZ buiten beschouwing laten, en dus net doen alsof die kosten door de ZFW, KPZ en particuliere ziektekostenverzekeringen vergoed bleven worden.

### 3 | Simulatie van de toekomstige medische consumptie en de resulterende premiepercentages

Om met behulp van de afgeleide (gedrags-)relaties een beeld te krijgen van de toekomstige uitgaven, zijn deze ingebed in het microsimulatiemodel

---

<sup>4</sup> De aantallen verblijvenden in een inrichting zijn gebaseerd op Nelissen (1996).

NEDYMAS<sup>5</sup>. Het achterliggende idee is eenvoudig. Uitgaande van een representatieve steekproef in een basisjaar, wordt vervolgens voor elk individu uit de steekproef elk daaropvolgend jaar nagegaan of en zo ja, welke kenmerken van dat individu veranderen, alsmede in welke mate zij veranderen. Op deze wijze worden individuele levensgeschiedenissen nagebootst, ofwel een fictief panel gecreëerd. Aldus wordt met behulp van het model de demografische en sociaal-economische ontwikkeling van de Nederlandse bevolking in het verleden beschreven en naar de toekomst doorgetrokken.

NEDYMAS kan worden omschreven als een dynamisch cross-sectie simulatiemodel. Dit houdt in dat demografische processen expliciet gemodelleerd worden, zodat de omvang van het micro-databestand gedurende de simulatieperiode verandert. De steekproefbevolking wordt dus ook van jaar op jaar aangepast. De modellering start in 1947. Op basis van de gegevens van de volkstelling in dat jaar is een beginbevolking geconstrueerd.

NEDYMAS omvat drie grote blokken (modulen genaamd): de demografische module, de sociale-zekerheidsmodule en de arbeidsmarktmodule. Binnen elk van deze modules kunnen kleinere blokken (of submodules) onderscheiden worden. Momenteel bevat het model bijna 70 van dergelijke submodules en worden per individu 330 kenmerken onderscheiden.

Zoals gezegd, is het idee eenvoudig: in het model wordt getracht de sociaal-economische levensgeschiedenis na te bootsen. De structuur van NEDYMAS is recursief van opzet. Het model start met de modellering van demografische processen. Het gaat hier om immigratie, emigratie, overgangen van en naar bejaardenhuizen, verpleegtehuizen, psychiatrische inrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen en overige institutionele huishoudens, sterfte, huwelijkssluiting, echtscheiding, ongehuwd samenwonen, vruchtbaarheid en het verlaten van het ouderlijk huis. Daarna vindt de simulatie van het opleidingsproces plaats. Bepaald wordt welke school en opleiding een persoon volgt, waarbij expliciet overgang, doubleren en schoolverlating gemodelleerd wordt.

Het volgende blok is het blok van statusovergangen. Direct wanneer iemand zijn opleiding heeft afgesloten, wordt bepaald in welk inkomenspercentiel men start (gegeven opleiding en geslacht). Tevens wordt dan bekeken wat het

---

<sup>5</sup> NEDYMAS staat voor *NE*therlands *DY*namical *MI*cro-*AN*alytic *SI*mulation model. Voor een uitgebreide beschrijving zie Nelissen (1994).

desbetreffende individu gaat doen. Deze kan werk vinden –bij de overheid, in het bedrijfsleven of zich als zelfstandige vestigen–, werkloos worden, invalide worden dan wel opteren voor de positie van huisvrouw respectievelijk huisman. Elk jaar kunnen er vervolgens overgangen tussen (meerdere van) deze sociaal-economische statussen plaatsvinden, waarbij tevens vanaf een bepaalde leeftijd pensionering mogelijk wordt. Wanneer men de sociaal-economische status werkend heeft wordt vervolgens het arbeidsinkomen bepaald.

Dan komen de herverdelingsprocessen aan de orde. Gegeven de in het voorafgaande bepaalde kenmerken wordt voor elk individu nagegaan voor welke sociale zekerheidsuitkeringen deze in aanmerking komt, welke sociale zekerheidspremies men betaalt en of en in welke mate inkomstenbelasting betaald wordt. Tevens wordt nagegaan welke en hoeveel medische zorg wordt geconsumeerd.

Het model bevat geen modules voor de private consumptie en het kapitaalinkomen. Verder zij vermeld dat de sociale zekerheidspremies vanaf 1996 endogeen in het model worden bepaald op basis van de sociale zekerheidsuitkeringen en het ontvangen (macro) arbeidsinkomen. Voorts hebben we aangenomen dat de rijksbijdragen, in constante prijzen gemeten, in de toekomst onveranderd blijven op het niveau van 1996.

#### 4 | De simulatieresultaten

De startpopulatie van NEDYMAS is gebaseerd op de resultaten van de Volkstelling van 1947. Dit biedt ons de mogelijkheid na te gaan in welke mate het model in staat is de sociale zekerheidspremies te simuleren. Daartoe zullen we naast de voorspelde premiepercentages, ook de gesimuleerde uitkeringen in het verleden weergeven. Deze zijn dus gebaseerd op een initiële populatie uit 1947, die via een veelheid van overgangskansen in de tijd ‘voortbewogen’ wordt. Die initiële populatie omvat bijna 10.000 personen, dat wil zeggen dat bij wijze van spreken een steekproef uit de werkelijke bevolking van Nederland is getrokken ter grootte van één promille<sup>6</sup>. De bedragen luiden in nominale

---

<sup>6</sup> De berekeningen zijn gebaseerd op tien herhalingen van de simulatie met een verschillende startwaarde voor de random generator. Op verzoek zijn de bijbehorende standaardafwijkingen bij de auteur verkrijgbaar.



grootheden. Voordat we de resultaten met betrekking tot de premies geven, gaan we eerst kort in op de simulatie van het looninkomen, dat immers een belangrijke basis vormt voor de bepaling van de premiepercentages.

*Tabel 1* geeft de ontwikkeling van het looninkomen (exclusief toegerekend loon van zelfstandigen) voor personen in de leeftijd van 15 tot en met 64 jaar. We zien dat het looninkomen –op de beginperiode na– zeer goed gesimuleerd wordt. Het verschil tussen het gesimuleerde looninkomen en het in werkelijkheid gemeten looninkomen bedraagt vanaf 1975 maximaal 3,2 procent.

Nu komen we dan bij de simulaties voor de uitgaven aan medische consumptie en de bijbehorende premiepercentages. *Tabel 2* geeft de uitgaven voor de ZFW (inclusief de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering tot en met 1986). Hierbij is gecorrigeerd voor het aantal participanten, zodat het beeld niet vertroebeld wordt door simulatie-afwijkingen ten aanzien van het aantal verzekerden. Tandartszorg is buiten beschouwing gebleven.

De tabel laat zien dat met uitzondering van de jaren 1956 en 1966, de verschillen tussen de waargenomen en de gesimuleerde kosten zeer gering zijn. De oorzaak van de relatief grote afwijkingen in die twee jaren is onbekend. Wel zij opgemerkt dat de standaardafwijkingen in de simulatie relatief groot zijn en de waargenomen consumptie binnen het vijf procent-betrouwbaarheidsinterval valt. De zeer goede overeenkomst tussen waargenomen consumptie en gesimuleerde consumptie is een aanduiding dat de gehanteerde gedragsvergelijkingen, die geschat zijn op data betreffende particulier verzekerden (zonder eigen risico), ook toepasbaar zijn op de populatie die conform de ZFW verzekerd is.

*Tabel 1. Gesimuleerd versus gerealiseerd looninkomen (in miljarden Nederlandse guldens)*

Jaar	Waargenomen	Simulatie
1956	14,7	23,2
1961	21,8	31,3
1966	40,8	48,7
1971	74,7	79,9
1976	140,8	140,8
1981	200,0	196,0
1987	239,5	233,9
1992	299,9	309,6
1995	328,4	328,4

Tabel 2. Uitgaven voor de ZFW (verplicht, vrijwillig en bejaardenverzekering) exclusief tandarts en na correctie voor aantallen participanten (miljoenen Nederlandse guldens)

Jaar	Waargenomen consumptie	Simulatie		
		gemiddeld		standaardafwijking
1956	432	385	(-10,9%)	32
1961	689	694	(+0,7%)	51
1966	1545	1638	(+6,0%)	92
1971	3546	3538	(-0,2%)	207
1976	7151	7103	(-0,7%)	517
1981	11000	11137	(+1,2%)	1145
1987	14631	14574	(-0,4%)	792
1992	*16600	16585	(-0,1%)	1162

\* Geëxtrapoleerd in verband met de aanname dat er geen overheveling van ZFW naar AWBZ heeft plaatsgevonden.

Tabel 3. AWBZ uitgaven voor personen in institutionele huishoudens (miljoenen Nederlandse guldens)

Jaar	Waargenomen consumptie	Simulatie		
		gemiddeld		standaardafwijking
1971	1349	1409	(+4,4%)	43
1976	3685	3820	(+3,7%)	78
1981	5847	5989	(+2,4%)	77
1987	7273	7293	(+0,3%)	140
1992	10176	9437	(-7,3%)	310

De resultaten met betrekking tot de AWBZ-uitgaven voor personen in de eerder genoemde institutionele huishoudens zijn weergegeven in Tabel 3. De simulatie leidt tot goede resultaten, met uitzondering voor het laatste jaar (1992), waar sprake is van een onderschatting van zeven procent. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat (1) we aannemen dat individuen in inrichtingen voor geestelijk en/of lichamelijk gehandicapten geen inkomen hebben, en (2) er aanwijzingen zijn dat de instroom richting verpleegtehuizen negatief gecorreleerd is met inkomen en/of vermogen. Als gevolg hiervan worden eigen bijdragen niet goed gesimuleerd. Op dit moment is er echter onvoldoende datamateriaal beschikbaar om dit te verbeteren.

Wat betreft de toekomstige ZFW- en AWBZ-uitgaven, kijken we naar de ontwikkeling als percentage van het looninkomen. De resultaten voor de ZFW

zijn weergegeven in *Tabel 4*. Hierbij is ervan uitgegaan dat het aandeel ZFW-verzekerden als percentage van het totaal aantal verzekerden constant blijft (om en nabij twee derde van de Nederlandse bevolking). De uitgaven als percentage van het looninkomen blijken toe te nemen van 4,82 procent in 1995 tot 7,98 procent in 2045. Vooral tussen 1995 en 2000 en tussen 2030 en 2035 zien we aanmerkelijke stijgingen, respectievelijk 0,48 procent en 0,71 procent. De standaardafwijking is in het algemeen kleiner dan vijf procent van de waarde voor het gemiddelde. Op termijn lijkt het procentueel aandeel van de ZFW-uitgaven te stabiliseren rond de 7,7 procent van het looninkomen. Conform de huidige systematiek betekent dat een premiepercentage (werkgevers- plus werknemersdeel) van 7,70 procent in 2000, 8,35 procent in 2010, 9,11 procent in 2020 en 9,77 procent in 2030. In 1997 is dat 6,90 procent.

Ook de AWBZ-uitgaven ten behoeve van de inwoners van institutionele huishoudens laten een aanmerkelijke stijging zien (zie *Tabel 5*). We zien dan een beeld dat vergelijkbaar is met de ontwikkeling in de ZFW-uitgaven. Dat wil zeggen: een sterke toename op korte termijn, en meer dan gemiddelde stijgingen tussen 2020 en 2040, waarna er sprake is van een stabilisatie.

*Tabel 4. De toekomstige ontwikkeling van de ZFW-uitgaven als percentage van het looninkomen*

Jaar	ZFW als % van het looninkomen	Standaardafwijking
1995	4,82	0,27
2000	5,30	0,09
2005	5,43	0,18
2010	5,75	0,15
2015	5,90	0,33
2020	6,27	0,41
2025	6,54	0,25
2030	6,73	0,33
2035	7,44	0,21
2040	7,94	0,49
2045	7,98	0,41
2050	7,72	0,26
2055	7,57	0,58
2060	7,78	0,35

Tabel 5. De toekomstige ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven voor institutionele huishoudens als percentage van het looninkomen

Jaar	AWBZ als % van het looninkomen	Standaard-afwijking
2000	3,24	0,27
1995	2,68	0,15
2005	3,22	0,28
2010	3,45	0,21
2015	3,55	0,26
2020	3,62	0,29
2025	4,16	0,39
2030	4,60	0,17
2035	4,93	0,26
2040	5,24	0,28
2045	5,22	0,34
2050	5,08	0,39
2055	5,03	0,52
2060	5,37	0,49

Tussen 1995 en 2040 vindt bijna een verdubbeling van het aandeel van de AWBZ-uitgaven in het looninkomen plaats. In termen van premiepercentages zou dat neerkomen op een toename van 7,35 in 1996 naar 8,9 in 2000, 9,5 in 2010, 9,9 in 2020 en 12,6 in 2030.

Als we verder aannemen dat de uitgaven anders dan voor institutionele huishoudens als percentage van het looninkomen constant blijven (1,80 procent), dan nemen de uitgaven voor de ZFW en AWBZ tezamen toe van 9,30 procent in 1995<sup>7</sup>, via 10,34 procent in 2000, 11,00 procent in 2010, 11,69 in 2020 en 13,13 procent in 2030 tot ongeveer 15 procent vanaf 2040. Dit betekent op de lange termijn een toename van het aandeel met 50 procent.

## 5 | Evaluatie

Tabel 6 geeft een overzicht van de vooruitberekeningen voor de diverse onderscheiden sociale zekerheidsuitkeringen. Hier zijn ook de vooruitbe-

<sup>7</sup> Dit is dus 4,82 procent (ZFW-uitgaven) + 2,68 procent (AWBZ-uitgaven voor institutionele huishoudens) + 1,80 procent (overige AWBZ-uitgaven).

Tabel 6. Toekomstige sociale zekerheidspremiepercentages

	Volksverzekeringen					Totaal <sup>a</sup>
	AOW	AWW	AAW	AKW	AWBZ	
1992	14,33	1,27	2,46	3,02	7,30	28,38
2000	16,40	1,21	2,66	2,69	8,89	31,85
2010	17,54	1,29	2,88	2,32	9,46	33,59
2020	21,06	1,16	2,68	1,82	9,93	36,65
2030	25,51	1,13	2,57	1,68	12,63	43,52

  

	Werknemersverzekeringen				Totaal <sup>b</sup>
	ZW	WAO	WW	ZFW	
1992	4,22	13,26	2,46	6,35	26,29
2000	4,07	13,45	2,26	7,70	27,49
2010	3,90	13,60	1,66	8,35	27,51
2020	3,96	12,77	1,24	9,11	27,08
2030	3,95	13,38	1,40	9,77	28,50

<sup>a</sup> Som premies volksverzekeringen.

<sup>b</sup> Idem werknemersverzekeringen (ongewogen).

rekeningen voor de andere sociale verzekeringen opgenomen (zie Nelissen, 1993)<sup>8</sup>. De premiepercentages voor de volksverzekeringen –AOW, AWW, AAW<sup>9</sup> en AWBZ– laten tussen nu en 2030 een groei zien van meer dan 15 procentpunten. Deze stijging komt voor twee derde voor rekening van de AOW en voor een derde voor rekening van de AWBZ. De (fictieve) premie voor de Algemene Kinderbijslagwet (AKW) mitigeert de totale stijging enigszins, terwijl de AWW en AAW vrijwel constant blijven. De recente aanpassing van de AWW impliceert dat op termijn de som van de premiepercentages met ruim een procentpunt daalt.

Ten aanzien van de werknemersverzekeringen geldt dat er sprake is van een lichte verlaging van de premiedruk uit hoofde van de ZW, WAO en WW<sup>10</sup>. De ongewogen som van de betreffende premiepercentages daalt tussen 1992 en 2020 met twee procentpunten. Echter tussen 2020 en 2030 stijgt deze som

<sup>8</sup> De resultaten voor de ZW en AWW zijn gebaseerd op de voorwaarden zoals die in 1993 van kracht waren. De cijfers voor de AKW zijn uiteraard een fictief premiepercentage. De desbetreffende cijfers geven het premiepercentage dat nodig zou zijn, indien de AKW niet uit algemene middelen, doch op dezelfde wijze als bijvoorbeeld de AOW gefinancierd zou worden.

<sup>9</sup> AAW staat voor Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en AWW voor Algemene Weduwen- en Wezenwet.

<sup>10</sup> ZW staat voor Ziektewet, WAO voor Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering en WW voor Werkloosheidswet.

weer enigszins, zodat er tussen nu en 2030 sprake is van een vermindering met slechts een procentpunt. Deze daling komt volledig voor rekening van de WW. De ZW- en WAO-premiepercentages wijken in 2030 nauwelijks af van die in 1992. Voor de ZFW zien we echter een toename met ruim drie procentpunten, zodat voor alle werknemersverzekeringen tezamen een toename met twee procentpunten resulteert.

In totaliteit zien we dus een aanzienlijke premiedrukverzwaring optreden bij enerzijds de AOW (11,2 procentpunten) en anderzijds de medische consumptie via de AWBZ en ZFW (op basis van de maximum premiegrens voor de volksverzekeringen 9,0 procentpunten)<sup>11</sup>. Hierbij is dan nog uitgegaan van een beperkte prijsstijging (conform de regelingsloonindex) voor de medische zorg en is aangenomen dat de uitgaven voor de AWBZ anders dan voor institutionele huishoudens als percentage van het looninkomen constant blijven. Met andere woorden de veroudering van de Nederlandse bevolking resulteert niet alleen in een aanmerkelijke stijging van de uitgaven voor de oudedagsvoorziening, doch evenzeer ten aanzien van de medische zorg. Deze stijging vindt vooral plaats tussen nu en begin volgende eeuw, en na 2020. In tegenstelling tot de AOW-uitgaven (die vooral na 2010 sterk stijgen), is de stijging van de uitgaven in het kader van de ZFW en AWBZ veel gelijkmatiger. Zowel tussen 1990 en 2010 als tussen 2010 en 2030 stijgen deze uitgaven met ruim vier procentpunten. Al met al leidt de toename in de medische consumptie als gevolg van de veroudering tot een toename in dezelfde orde van grootte als voor de AOW.

Gegeven deze ontwikkeling is het verbazingwekkend dat de toekomstige betaalbaarheid van de AOW volop in de belangstelling staat, terwijl de discussie rondom de betaalbaarheid van de gezondheidszorg slechts mondjesmaat aandacht krijgt. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat deze laatste veel minder beïnvloedbaar lijken: de gezondheid van individuen is moeilijker te beïnvloeden dan de duur van bijvoorbeeld de AOW-uitkering; zie de ontwikkelingen ten aanzien van de pensioneringsleeftijd in Duitsland en de Verenigde Staten. Aan de andere kant is bekend dat de wijze van organisatie van het stelsel van gezondheidszorg wel degelijk grote invloed kan hebben op de te maken kosten. Twee bekende tegenpolen zijn Denemarken

---

<sup>11</sup> De stijging tot en met 2015 komt overeen met die in CPB (1992). Daar zien we een stijging tussen 1990 en 2015 van ruim 30 procent uitgaande van het 'marktperspectief' en ruim 35 procent in het 'coördinatieperspectief'.

en de Verenigde Staten. Vormen de kosten voor zorg in brede zin in Denemarken amper zeven procent van het bruto nationaal produkt, in de Verenigde Staten is dat ruim het dubbele. Zou Nederland eenzelfde stelsel als Denemarken kennen, dan zouden de uitgaven als percentage van het bruto nationaal product (nu 8,7 procent) ruim twee procentpunten lager zijn. Met andere woorden: een reductie van 25 procent lijkt mogelijk zonder dat de kwaliteit van de zorg hoeft aan te tasten. Ook een andere organisatorische vormgeving van de eerstelijns hulp kan kostenbesparend werken, zoals bijvoorbeeld de experimenten met de zogenoemde *Health Maintenance Organizations* in de Verenigde Staten laten zien. Kortom, niet alleen ouderdomspensioenen verdienen de aandacht die ze krijgen met het oog op de toekomstige uitgavenontwikkeling, doch evenzeer de uitgaven in het kader van de gezondheidszorg. En zoals in de sfeer van pensioenen oplossingen mogelijk zijn, zijn die er ook voor de gezondheidszorg. Zal dat voor de pensioenen veelal een achteruitgang in uitkeringen impliceren, en daarmee van de kwaliteit van die pensioenen, in de gezondheidszorg hoeft dat laatste niet het geval te zijn. Maar ook hier geldt dat het niet van vandaag op morgen zal lukken.

## Literatuur

- Centraal Planbureau (CPB) (1992), *Nederland in Drievoud*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- Huijsman, R., M.M.Y. de Klerk, G.K.C. Groenenboom, en F.F.H. Rutten (1994), *Ouderenzorg in berekend perspectief; achtergrondstudie ten behoeve van de Commissie Modernisering Ouderenzorg*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Laan, B.S. van der (1988), *Modelling total costs of non-life insurances*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Laan, B.S. van der, J. Koerts, en J. Reichardt (1986), *A statistical model for the expenses for medical services during a year*. Report 8635/A. Econometric Institute. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Nelissen, J.H.M. (1993) Blijft ons stelsel van sociale zekerheid betaalbaar? *Openbare Uitgaven*, 25, 5, pp. 221-228.
- Nelissen, J.H.M. (1994), *Income redistribution and social security; an application of microsimulation*. London: Chapman & Hall.
- Nelissen, J.H.M. (1996), Institutionele huishoudens: modellering en vooruitberekening met behulp van microsimulatie. *Bevolking en Gezin*, 1996/2, pp. 29-59.
- Ven, W.P.M.M. van de, en J. van der Gaag (1982), Health as an unobservable; a MIMIC-model of demand for health care. *Journal of Health Economics*, 1, pp. 157-183.