



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060

Kwantitatief vooronderzoek in
opdracht van de Wetenschappelijke
Raad voor het Regeringsbeleid.
Deel 1: toekomstprojecties

RIVM-rapport 2020-0059
R.A.A Vonk et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060

Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
Deel 1: toekomstprojecties

RIVM-rapport 2020-0059

Colofon

© RIVM 2020

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2020-0059

R.A.A. Vonk (auteur, opdrachtcoördinator), RIVM
H.B.M. Hilderink (auteur), RIVM
M.H.D. Plasmans (auteur), RIVM
G.J. Kommer (auteur), RIVM
J.J. Polder (auteur), RIVM

Contact:
Robert Vonk
Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg
Centrum Gezondheid & Maatschappij
robert.vonk@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060

Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Deel 1: toekomstprojecties

Naar verwachting blijven de zorguitgaven tot 2060 stijgen, ook na de 'piek' van de vergrijzing rond 2040. De vergrijzing blijft een belangrijke factor voor de stijgende zorguitgaven maar heeft er na 2035 steeds minder invloed op. De kosten zullen gemiddeld met ongeveer 2,8 procent per jaar toenemen. Ongeveer twee derde daarvan komt door andere factoren dan de vergrijzing.

De komende jaren komen steeds meer mensen steeds eerder in aanraking met de zorg. Dat komt door nieuwe mogelijkheden om ziekten vroegtijdig op te sporen en door toenemende medische kennis. Ook worden mensen langer en intensiever behandeld dan vroeger. Bovendien worden voor die behandelingen steeds meer nieuwe, vaak dure, technologie of geneesmiddelen ingezet, zoals bij kanker.

In 2060 gaat het meeste geld naar de zorg in ziekenhuizen (groeit 2,8 procent per jaar naar 96 miljard). Ook de uitgaven aan gehandicapten- en ouderenzorg nemen sterk toe. De uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg zijn tegen die tijd verviervoudigd. Uitgesplitst naar ziekten stijgen vooral de uitgaven voor dementie, kanker, hart- en vaatziekten.

Dit blijkt uit de verkenning van de mogelijke ontwikkeling van de zorguitgaven tot 2060. Het RIVM heeft dit in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) gedaan. De WRR gebruikt de bevindingen voor een verkenning naar de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg op de lange termijn.

Deze toekomstverkenning is gebaseerd op de Kosten van Ziekten-studie en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM. De voorspellingen gaan met onzekerheden gepaard. Dat komt doordat demografische ontwikkelingen vaak anders lopen dan verwacht, economische groei lastig te voorspellen is en de medische wetenschap, de zorgpraktijk en overheidsbeleid veranderen.

De toekomstprojecties in deze studie zijn stand gekomen voordat Nederland getroffen werd door de Corona-pandemie. De gevolgen daarvan konden daardoor niet meer worden verwerkt in deze studie.

Kernwoorden: zorguitgaven, toekomstprojectie, kosten van ziekten, VTV, vergrijzing, ouderen, technologie, geneesmiddelen.

Synopsis

Health care expenditures foresight 2015-2060

Quantitative preliminary study at the request of the Scientific Council for Government Policy (WRR). Part 1: future projections

Health care expenditures are expected to continue increasing until 2060, even after population ageing has reached a peak around 2040. Population ageing remains an important factor behind the increasing health care expenditures, but after 2035 its influence will start to decline. Health care expenditures will increase by an average of approximately 2.8% per year. Factors other than population ageing are responsible for approximately two thirds of this increase.

In the coming years, increasing numbers of people will come into contact with the care sector earlier on in their lives. This is due to new opportunities for identifying illnesses at an early stage and the increase in medical knowledge. People are also being treated for longer periods and more intensively than previously. Moreover, these treatments will increasingly be carried out with the help of new and often expensive technology or medicines, as is the case for cancer.

In 2060, the biggest part of the budget will be spent on hospital care (increasing by 2.8% per year to 96 billion). The expenditures for caring for handicapped persons and the elderly will also increase greatly. By 2060, the expenditures for mental healthcare will have increased by a factor of five. In relation to specific illnesses, expenses for dementia, cancer, and cardiovascular diseases in particular will increase significantly.

The above findings were the result of the preliminary study of the possible development of health care costs until 2060. RIVM carried out this study at the request of the Scientific Council for Government Policy (WRR). The WRR uses the findings to prepare a study of the long-term sustainability of the health care system in the Netherlands.

This foresight study is based on the Costs of Illness Study and the Public Health Foresight Study (VTV) by RIVM. The projections are associated with uncertainties. This is due to the fact that demographic developments often do not follow expectations, economic growth is difficult to predict, and medical science, care practice, and government policy are all subject to change.

This study was conducted before the Netherlands was hit by the Corona pandemic. The possible consequences of this pandemic were not included in this study.

Keywords: health care expenditures, future projection, costs of illness, VTV, population ageing, older people, technology, medicines

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 13

- 1.1 Leeswijzer — 13
- 1.2 Corona-pandemie — 14

2 Zorguitgaven en toekomstverkenningen — 15

- 2.1 Korte terugblik: zorguitgaven en toekomstverkennen vanaf 1970 — 15
- 2.2 Drijvende krachten achter zorguitgavengroei — 16
 - 2.2.1 Zorguitgavengroei in beeld, 1972-2018 — 16
 - 2.2.2 Prijs- en volumeontwikkelingen in de zorg — 17
 - 2.2.3 Reële groei en zorguitgaven in constante prijzen — 19
 - 2.2.4 Demografie, welvaart en technologie — 19
 - 2.2.5 Arbeidsproductiviteit en de Ziekte van Baumol — 22

3 Toekomstprojecties: methode en context — 25

- 3.1 Toekomstprojecties in dit rapport: doel en aanpak — 25
 - 3.1.1 Zorguitgaven volgens de RIVM-definitie — 26
 - 3.1.2 Kosten van Ziekten-data als bron — 26
 - 3.1.2.1 Indeling zorgsectoren — 27
 - 3.1.2.2 Indeling diagnoses — 27
 - 3.1.3 Trendanalyse zorguitgaven — 27
 - 3.1.4 Zorguitgavenprojecties — 28
- 3.2 Verhouding met andere verkenningen van zorguitgaven — 28
 - 3.2.1 Middellangetermijnverkenningen (CPB) — 29
 - 3.2.2 Houdbaarheidsstudies (CPB) — 29
 - 3.2.3 Internationale langetermijnverkenningen — 31
 - 3.2.3.1 The 2018 Ageing Report (Europese Commissie) — 31
 - 3.2.3.2 Health Spending Projections to 2030 (OECD) — 32
 - 3.2.4 Hoe verhouden de verschillende zorguitgavenprojecties zich tot elkaar? — 32
- 3.3 Onzekerheden bij deze toekomstverkenning — 33
 - 3.3.1 Demografische ontwikkelingen zijn inherent onzeker — 33
 - 3.3.2 Therapeutische en epidemiologische ontwikkelingen ongewis — 34
 - 3.3.3 Impact van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen onzeker — 34
 - 3.3.4 Economische groei lastig te voorspellen — 34
 - 3.3.5 Impact van toekomstig beleid is onbekend — 34
 - 3.3.6 De realiteit zal afwijken van de toekomstverkenning — 35

4 Toekomstverkenning zorguitgavenontwikkeling tot 2060 — 37

- 4.1 Zorguitgavenontwikkeling op basis van demografie — 37
- 4.2 'Overige groei' en zorguitgaven — 40
 - 4.2.1 Toekomstprojecties op basis van sectorspecifieke groei — 41
 - 4.2.2 Toekomstprojecties op basis van diagnosespecifieke groei — 42
 - 4.2.3 Sectorspecifieke groei versus diagnosespecifieke groei — 42
 - 4.2.4 Onzekerheden en aannames bij sector- en diagnosespecifieke groei — 43
- 4.3 Keuze voor diagnosespecifieke projectie voor uitsplitsingen — 43
- 4.4 Zorguitgaven naar zorgsector — 45

4.5	Zorguitgaven naar diagnose — 46
4.6	Zorguitgaven naar leeftijd en geslacht — 48
4.7	Zorguitgaven en de economie — 51
5	Uitgelicht: kanker, hart- en vaatziekten en dementie — 55
5.1	Dementie — 55
5.2	Kanker — 56
5.3	Hart- en vaatziekten — 58
6	Conclusies en beschouwing — 61
7	Literatuur — 63
	Bijlage 1. Verschillende definities van zorguitgaven — 67
	De CBS Zorgrekeningen — 67
	Internationale afbakening: het System of Health Accounts (SHA) — 67
	Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) — 67
	Zorguitgaven volgens het RIVM-perspectief — 68
	Hoe verhouden de verschillende definities zich tot elkaar? — 68

Samenvatting

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) de mogelijke ontwikkeling verkend van de zorguitgaven naar leeftijd, geslacht, diagnose en zorgsector tussen 2015 en 2060.

Zorgen over de stijging van de zorguitgaven en pogingen om hier via toekomstverkenningen grip op te krijgen gaan al decennia hand in hand. Toekomstverkenningen en ramingen van de zorguitgaven worden in Nederland en andere westerse landen al sinds de jaren zeventig gemaakt. Hierdoor is onze kennis over langetermijnontwikkelingen in de zorguitgaven en de drijvende krachten achter de zorguitgavengroei sterk verbeterd. Op basis van deze kennis weten we dat welvaart, demografie, technologie, arbeidsproductiviteit en beleid belangrijke beïnvloedende factoren zijn als het gaat om zorguitgavengroei.

Van deze ontwikkelingen hebben welvaarts-groei en technologie de grootste invloed. Zij verklaren gezamenlijk een groot deel van de groei. Stijgende welvaart stelt ons in staat om een groter deel van ons individuele én collectieve inkomen uit te geven aan gezondheidszorg. Die relatie is echter niet autonoom. Overheden en andere instituties – en daarmee dus ook beleid – spelen een belangrijke rol als intermediair. De relatie tussen technologie en zorguitgaven is complex. Technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben in het verleden geleid tot (grote) gezondheidswinst. Maar ze hebben vaak ook een opdrijvend effect op de zorguitgaven, zowel via de prijs als via het volume. Maar ook via indirecte effecten, zoals langere overleving. Demografische ontwikkelingen (veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking) zorgen jaarlijks voor een groei van ongeveer 1 procent, met een (logische) uitschieter in de ouderenzorg waar demografie goed is voor 2,5 procent groei per jaar.

Ook arbeidsproductiviteit speelt een rol bij het toenemen van de zorguitgaven. De gezondheidszorg is een arbeidsintensieve bedrijfstak waarbij de mogelijkheden om via automatisering en technologie tot productiviteitswinst te maken gering zijn, en soms ook niet wenselijk: tijd en aandacht voor de patiënt zijn immers een wezenlijk onderdeel van het 'product' zorg. De arbeidsproductiviteit blijft noodgedwongen achter, terwijl de lonen wel meestijgen met de algemene trend. Hierdoor wordt de gezondheidszorg (of het onderwijs) verhoudingsgewijs steeds duurder. Dit fenomeen noemen we ook wel het Baumol-effect.

De zorguitgaven tussen 2015 en 2060 worden in dit rapport verkend aan de hand van projecties, waarbij de invloed van demografische trends en de door technologische en organisatorische vooruitgang gedreven diagnose- en sectorspecifieke trends op de zorguitgaven in beeld worden gebracht. Hiermee volgen we grotendeels de aanpak die voor de zorguitgavenprojecties in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV-2018) is gebruikt. We hanteren in de projecties een maatschappelijk perspectief op de zorguitgaven die alle directe collectieve en private zorguitgaven omvat, met uitzondering van de niet-ziektegerelateerde

welzijnsactiviteiten, zoals kinderopvang, jeugdzorg en de opvang van asielzoekers en dak- en thuislozen. Deze projecties sluiten met betrekking tot de opzet en methodologie aan bij andere strategische verkenningen, maar wijkt er op een aantal punten ook vanaf. Zo wordt er geen nadere decompositie gemaakt van de (historische) 'overige groei' naar determinanten als arbeidsproductiviteit, technologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, prijsontwikkelingen of de invloed van beleid.

Hoewel de omvang van de zorguitgaven in 2060 tussen sector- en diagnosespecifieke projecties verschillen, leveren de projecties een coherent beeld op. De totale zorguitgaven zullen naar verwachting ook na de 'piek' van de vergrijzing rond 2035/2040 blijven stijgen. Weliswaar neemt de invloed van demografische ontwikkelingen op de zorguitgavengroei na 2035 af, maar deze afname heeft weinig tot geen effect op de totale gemiddelde jaarlijkse groei van ongeveer 2,8 procent per jaar.

Als we een uitsplitsing maken naar sectoren zien we dat het meeste geld in 2060 naar ziekenhuiszorg gaat: circa 96 miljard euro in constante prijzen (2015). Hiermee is de sector in 2060 ruim 3,5 keer zo groot als in 2015, wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,8 procent per jaar. Ook de gehandicaptenzorg groeit in een vergelijkbaar – zij het een iets lager – tempo als de ouderenzorg, van iets meer dan 9 miljard in 2015 naar bijna 30 miljard. De geestelijke gezondheidszorg groeit daarentegen in relatief opzicht het meest. De zorguitgaven aan deze sector vervijfvoudigen bijna. In 2015 werd er 6,5 miljard euro aan geestelijke gezondheidszorg uitgegeven. In 2060 is dat meer dan 30 miljard.

Als we kijken naar de diagnosespecifieke zorguitgavenontwikkelingen zien we dat psychische en gedragsstoornissen de hoofdgroep met de hoogste zorguitgaven is. De uitgaven groeien van 20 miljard in 2015 naar bijna 83 miljard in 2060, overeenkomend met een gemiddelde jaarlijks groei van 3,2 procent. Dit komt mede doordat ook de zorg voor mensen met dementie en verstandelijke beperkingen onder deze hoofdgroep vallen. Daarnaast valt op dat de zorguitgaven als gevolg van kanker sneller stijgen dan de zorguitgaven aan hart- en vaatziekten. Kanker klimt van plaats vijf (2015) naar plaats twee (2060) op de ranglijst van aandoeningen met de hoogste zorguitgaven.

Bij een verdeling van zorguitgaven naar leeftijd en geslacht zien we dat de zorguitgaven voor de groep 65 jaar en ouder tussen 2015 en 2060 toeneemt van ongeveer 37 naar 167 miljard euro; een gemiddelde groei van 3,4 procent per jaar. Dit komt overeen met een stijging van 44 naar 58 procent van de totale zorguitgaven. Ondanks de stijgende zorguitgaven, groeit het relatieve aandeel van de zorguitgaven voor 65-plussers in de totale zorguitgaven na 2040 vrijwel niet meer. De zorguitgaven in 2015 waren voor vrouwen hoger dan voor mannen en in de verkenning naar 2060 blijft dit zo. Wel zien we een toename van de uitgaven binnen de leeftijdscategorie 90 jaar en ouder. Dit komt vooral doordat er in 2060 veel meer 90-plussers zijn dan in 2015. Ook zien we dat vrouwen van 75 jaar en ouder in 2060 gemiddeld genomen meer zorguitgaven maken voor ouderenzorg en relatief weinig voor ziekenhuiszorg.

Afgaande op een gemiddelde jaarlijkse reële groei van de economie met 1,7 procent tot 2060 (min of meer de historische ontwikkeling van het bruto binnenlands product), zien we dat in onze toekomstprojecties de zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product tussen 2015 en 2060 stijgen van 12,7 naar 19,6 procent. Dit zou betekenen dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking zouden toenemen van ruim 5.100 euro naar bijna 15.800 euro: een verdrievoudiging. Dit bij een stijging van het bbp van 675 miljard euro in 2015 naar 1.487 miljard euro in 2060.

Er is ook gekeken naar specifieke ontwikkelingen voor dementie, hart- en vaatziekten en kanker. Dementie is een aandoening die sterke samenhang vertoont met veroudering. Het is dan ook niet verwonderlijk dat demografische ontwikkelingen een belangrijke motor zijn achter de zorguitgaven voor dementie. Van de gemiddelde stijging van 2,7 procent per jaar, komt 2,3 procentpunt voor rekening van demografie. Een deel van de overige groei zou verklaard kunnen worden door het feit dat steeds meer mensen aandoeningen als hart- en vaatziekten en kanker overleven waardoor ze uiteindelijk de leeftijd bereiken waarop dementie zich openbaart.

Op basis van de diagnosespecifieke trend stijgen de zorguitgaven voor kanker naar bijna 61 miljard euro in 2060. Deze groei wordt vooral gedreven door 'overige groei'. De gemiddelde jaarlijkse groei tussen 2015 en 2060 ligt op 5,4 procent. Ongeveer 0,4 procentpunt van deze groei is toe te schrijven aan demografie. De grote invloed van 'overige groei' op de toekomstprojecties voor kanker wordt vooral veroorzaakt door de aanzienlijke hoeveelheid nieuwe behandelmethoden en geneesmiddelen die in de afgelopen jaren voor kanker op de markt zijn gekomen. Dit maakt de groei ook even spectaculair als onwaarschijnlijk. Het is vooral de vraag wanneer en hoe er door beleidsmakers zal worden ingegrepen in de groei van de zorguitgaven voor kanker, bijvoorbeeld door prijsmaatregelen. Dit beleid zal onvermijdelijk negatieve gevolgen hebben op de beschikbaarheid van dit soort dure medicatie voor patiënten.

De uitgaven aan hart- en vaatziekten stijgen in onze toekomstprojectie tot bijna 42 miljard euro in 2060. Dat is een gemiddelde groei van ongeveer 2,9 procent per jaar, waarvan 1,7 procentpunt als gevolg van demografische ontwikkelingen. In onze toekomstprojecties zien we voor hart- en vaatziekten duidelijk de invloed van vergrijzing. Het zwaartepunt van de zorg voor hart- en vaatziekten verschuift langzaam richting de ouderenzorg. Dit is ook het gevolg van een verandering in de epidemiologie: hart- en vaatziekten krijgen steeds meer een chronisch karakter. Acute zorg en medisch-specialistisch ingrijpen maakt plaats voor chronische zorg buiten het ziekenhuis.

De zorguitgavenprojecties die in dit rapport worden gepresenteerd hebben voor- en nadelen en gaan gepaard met (grote) onzekerheden. Deze onzekerheden worden groter naarmate de tijdshorizon van de verkenning verder in de toekomst ligt. Het is belangrijk om te benadrukken dat alle projecties gebaseerd zijn op het heden en trends uit het verleden: Wat kunnen we verwachten in de toekomst, als de *huidige verdeling* van zorguitgaven over leeftijd, geslacht, sector en

diagnose constant blijft en de trends uit het verleden zich doorzetten?
Het is geen gegeven dat die verdeling ook constant blijft. Dat is zelfs onwaarschijnlijk omdat demografische ontwikkelingen vaak anders lopen dan verwacht, economische groei lastig te voorspellen is en de medische wetenschap, de zorgpraktijk en overheidsbeleid niet stilstaan.

1 Inleiding

Op 9 april 2018 hebben de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Financiën, de minister voor Medische Zorg en Sport, en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) verzocht een domeinoverstijgend advies uit brengen over de houdbaarheid van ons zorgstelsel op de lange termijn.¹ Parallel aan deze aanvraag hebben de bewindslieden ook de Sociaal-Economische Raad (SER) verzocht om op dit thema te reflecteren.

Ten behoeve van dit advies heeft de WRR, mede namens de SER, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verzocht om een ondersteunend kwantitatief vooronderzoek uit te voeren. Dit onderzoek moet zich primair richten op een raming, of eventueel scenario's, van de toekomstige zorgvraag, -baten en -kosten over de komende decennia.

Na nader overleg tussen WRR, SER en RIVM is besloten het vooronderzoek te richten op de volgende vragen:

1. Wat zijn de verwachte ontwikkelingen voor de zorguitgavenontwikkeling tot 2060, inclusief observaties voor eerdere jaren?
2. Hoe zijn ontwikkelingen in zorguitgaven verdeeld over de belangrijkste sectoren (cure, care, gemeente, preventie) binnen de zorg?
3. Hoe zijn ontwikkelingen in zorguitgaven verdeeld over bevolkingsgroepen (leeftijd, geslacht)?
4. Hoe zijn ontwikkelingen in zorguitgaven verspreid over geaggregeerde ziektebeelden?
5. Wat is het vermoedelijke relatieve belang van de drijvende krachten achter de ontwikkeling van zorguitgaven (demografie, epidemiologie, technologie, (input)prijs, welvaartseffecten, arbeidsproductiviteit)?
6. In hoeverre zijn verschillende drijvende krachten meer/minder van toepassing voor bepaalde sectoren (bijvoorbeeld cure en care), patiëntgroepen of (brede) ziektebeelden?
7. Wat zijn de geraamde ontwikkelingen in zorgbaten?
 - (Gezonde) Levensverwachting.
 - Productiviteit.
 - Ziektelast.
 - Welzijn/kwaliteit van leven.

1.1 Leeswijzer

Dit rapport vormt een eenheid met het rapport *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg*², waarin vraag 7 uitgebreid behandeld wordt. In dit rapport staan de vragen 1 tot en met 6 centraal. In hoofdstuk 2 wordt de huidige stand van kennis op het gebied

¹ VWS, *Brief van de Minister van VWS aan de WRR*, d.d. 9 april 2018, kenmerk 1323903-175152-MEVA.

² J.J. Polder, J. Hoekstra, R. Vonk, *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 2: maatschappelijke baten*. RIVM Rapport 2020-0060 (Bilthoven 2020).

van de drijvende krachten achter de zorguitgaven samengebracht. Voor vragen 1 tot en met 4 zijn toekomstprojecties gemaakt die in hoofdstuk 4 worden gepresenteerd en toegelicht. De methode en context van de toekomstprojecties komt aan de orde in hoofdstuk 3. Vraag 6 heeft een meer doorsnijdend karakter en komt in elk van de hoofdstukken, waar relevant, terug.

1.2 Corona-pandemie

De toekomstprojecties die in de rapport zijn verwerkt en geduid, zijn tot stand gekomen voordat Nederland getroffen werd door de uitbraak van het corona-virus SARS-CoV-2, de veroorzaker van de ziekte COVID-19. De gevolgen die de huidige pandemie zou kunnen hebben op de toekomstprojecties konden daardoor niet meer worden verwerkt in dit rapport

2 Zorguitgaven en toekomstverkenningen

Een groot deel van het overheidsbeleid heeft als doel om de zorgen van morgen te ondervangen. Zoals de WRR in het rapport *Uit Zicht* (2010) terecht aankaartte: 'politieke beslissingen en beleidsinterventies hebben altijd een toekomst'.³ Overheden en beleidsmakers proberen daarom, vaak met behulp van wetenschappelijke inzichten, zo goed mogelijk een beeld te krijgen van wat er in de toekomst mogelijk *kan* zijn. Dat geldt ook als het gaat om zorguitgaven. In dit hoofdstuk blikken we kort terug op de opkomst van toekomstverkenningen van zorguitgaven, en besteden we aandacht aan de belangrijkste drijvende krachten achter de zorguitgavengroei.

2.1 Korte terugblik: zorguitgaven en toekomstverkenningen vanaf 1970

Zorgen over de stijging van de zorguitgaven en pogingen om hier via toekomstverkenningen grip op te krijgen gaan al decennia hand in hand. Al in 1962 merkte de Tilburgse hoogleraar Economie Piet van Berkum in dat verband op dat het, wat hem betrof, vooral zou moeten gaan over 'de kwantitatieve verhouding der bestedingen in de sector gezondheidszorg in onderdelen als wel in hun totaliteit ten opzichte van het totaal aan bestedingen in de nationale economie. En dit niet slechts bij wijze van documentatie achteraf, doch evenzeer om de waarschijnlijke ontwikkelingstendenties te leren kennen, waarmede de toekomst ons zal confronteren. In de economie moet nu eenmaal op lange termijn worden gepland, wil men niet door de loop der gebeurtenissen worden achterhaald, of het risico lopen verkeerde investeringen te doen, die de gemeenschap duur te staan komen.'⁴

Hij legde overigens wel direct de vinger op de zere plek, namelijk 'de onvolkomenheden in de beschikbare statistische documentatie'.⁵ Zonder goede data is het maken van toekomstprojecties onmogelijk. Het is met de huidige aandacht voor de financiering van de gezondheidszorg nauwelijks nog voor te stellen, maar in Van Berkums tijd was er weinig bekend over de hoeveelheid geld die er omging in de gezondheidszorg en waar het geld precies aan werd besteed. Het Centraal Bureau voor de Statistiek is dit pas vanaf 1972 structureel gaan bijhouden. De Zorgrekeningen die hieruit zijn ontstaan⁶, zijn nu een onmisbare bron voor het volgen en analyseren van zorguitgaven door de tijd heen.⁷

Het ontstaan van de Zorgrekeningen viel samen met een (eerste) 'kostenexplosie' in de zorg. Dat was niet toevallig. Tussen 1968 en 1977 stegen de prijzen voor medische diensten en daardoor ook de zorguitgaven razendsnel, terwijl de economische groei voor het eerst sinds jaren stagneerde. De gezondheidszorg legde een steeds groter

³ WRR, *Uit Zicht. Toekomstverkenningen met beleid* (Den Haag 2010), p. 15.

⁴ P.P. van Berkum, 'Economische aspecten van de gezondheidszorg in Nederland', *Maandschrift Economie*, 27:3 (1962), pp. 179-180.

⁵ Van Berkum, 'Economische aspecten', p. 180.

⁶ Zie ook Bijlage 1.

⁷ J.J. Polder, 'Zorguitgaven', in: P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (eds.), *Betaalbare zorg* (Den Haag 2018), pp. 29-52, aldaar 33.

beslag op de collectieve middelen.⁸ Maar hoe groot dat beslag precies was, en wat dit betekende voor de toekomst, was onduidelijk. Structurele dataverzameling was essentieel. Voor het eerst greep de overheid naar het instrument van toekomstprojecties. Het CBS, het Centraal Planbureau en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (één van de voorlopers van de huidige Raad voor Volksgezondheid en Samenleving) kwamen medio 1974 gezamenlijk met een zorguitgavenprojectie waaruit bleek dat de zorguitgaven in 1980 op 12,4 procent van het bbp⁹ zouden komen te liggen als de zorg in hetzelfde tempo zou blijven doorgroeien. Dat was bijna een verdubbeling ten opzichte van het niveau van 1974.¹⁰ Het kon echter nog alarmerender. Uit de raming van de CPB-econoom Fred Lempers bleek dat, indien de zorguitgavengroei en de stagnerende welvaartsontwikkeling zich op dezelfde voet zouden voortzetten, de totale zorguitgaven in 1994 honderd procent van het bbp zouden bedragen. Uiteraard een absurde uitkomst, maar 'de werkelijkheid [was] intussen al zorgwekkend genoeg', aldus Lempers.¹¹

Ook het toenmalige ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne begon in de jaren zeventig met het ramen van de collectieve zorguitgaven: aanvankelijk vooral beleidsinformerend, maar later werden deze ramingen ook taakstellend. Dat wil zeggen dat de raming ook de gewenste groeinorm vastlegde voor een kabinetsperiode. Zorgbeleid zou er voortaan op gericht moeten zijn om de zorguitgaven niet sneller te laten stijgen dan de vastgestelde norm.¹²

2.2 Drijvende krachten achter zorguitgavengroei

Toenemende twijfels over de (financiële) houdbaarheid van de gezondheidszorg in het verleden, hebben voor het heden in ieder geval twee concrete resultaten opgeleverd, namelijk:

- a. het systematisch bijhouden van statistische gegevens over de gezondheidszorg;
- b. structurele inbedding van toekomstverkenningen in zorguitgavenbeleid.

Vooraf dit eerste punt heeft onze kennis over langetermijntrends in én de determinanten achter de zorguitgavengroei sterk verbeterd. Bovendien weten we hierdoor ook meer over drijvende krachten achter de zorguitgavengroei: welvaart, demografie, technologie, arbeidsproductiviteit en beleid.

2.2.1 *Zorguitgavengroei in beeld, 1972-2018*

Figuur 2.1 schetst de ontwikkeling van de zorguitgaven vanaf 1972 tot nu. Als we kijken naar het beslag dat de zorguitgaven leggen op de Nederlandse economie (als percentage van het bbp) is het patroon

⁸ K.P. Companje et al., *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel I: 1966-1995* (Den Haag 2018), pp. 25-34.

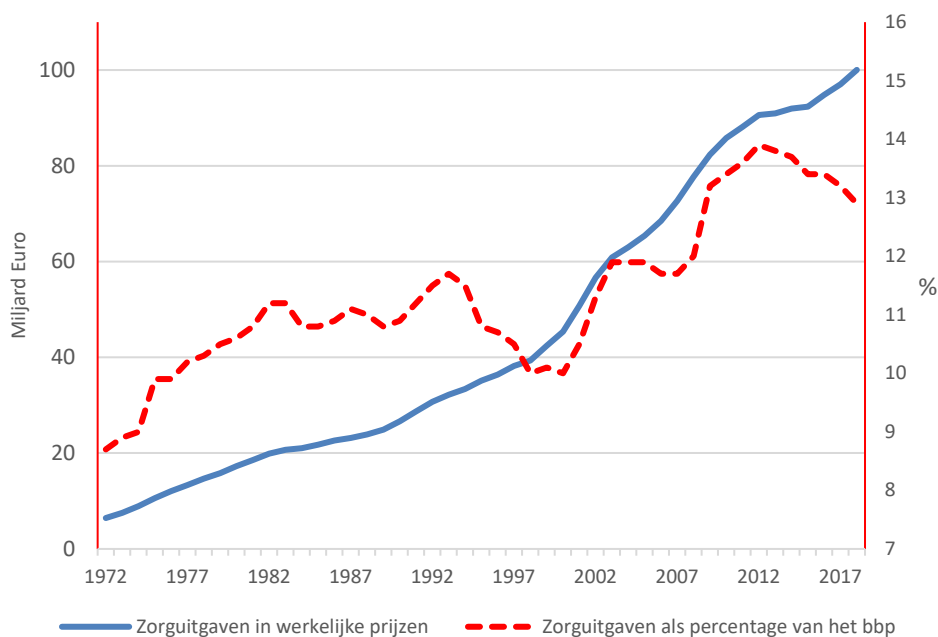
⁹ Het CBS herzielt de Zorgrekeningen periodiek (met terugwerkende kracht) waardoor zorguitgavencijfers uit historische bronnen vaak niet meer overeenkomen met de huidige gegevens in de Zorgrekeningen.

¹⁰ Companje et al., *Vijftig jaar kostenbeheersing*, p. 35; vgl. CBS, *Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland 1968* (Den Haag 1972), p. 8; CBS, *Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1972-1988* (Den Haag 1991), pp. 6-7.

¹¹ Geciteerd in: R.A.A. Vonk, *Recht of schade. Een geschiedenis van particuliere ziektekostenverzekeraars en hun positie in het Nederlandse zorgverzekeringsbestel, 1900-2006* (Amsterdam 2013), p. 206.

¹² Companje et al., *Vijftig jaar kostenbeheersing*, pp. 60-65, 67-85, 118-125, 141-143, 165-167, 175-184, 193-197, 247-248.

enigszins grillig. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat we hier de zorguitgaven afzetten tegen de economie, die op zichzelf kan groeien en krimpen. Anderzijds zien we hier ook het effect van overheidsbeleid terug. Deze indicator spreekt dus niet voor zichzelf, maar behoeft altijd nadere duiding. Zo zien we vanaf 1970 – de jaren van de eerdergenoemde ‘kostenexplosie’ – een snelle stijging van de zorguitgaven. In de jaren tachtig – niet toevallig de periode waarin de departementale zorguitgavenramingen een taakstellend karakter kregen – stabiliseert de groei, mede als resultaat van kostenbeheersende maatregelen. Tegen het einde van de jaren negentig daalden de zorguitgaven als aandeel van het bbp zelfs, niet door een daling van de uitgaven aan zorg, maar door een relatief hoge economische groei. Tussen 2000 en 2012 stijgen de zorguitgaven weer sterk. De stringente kostenbeheersing van de jaren negentig werd aan het begin van deze periode losgelaten, waardoor de zorguitgaven snel toenamen. Na 2008 kwam hier nog een periode van economische krimp overheen. Vanaf 2013 daalt het aandeel van de zorguitgaven in het bbp, mede als gevolg van een gunstige combinatie van uitgavenbeheersing én een aantrekkende economische groei.¹³



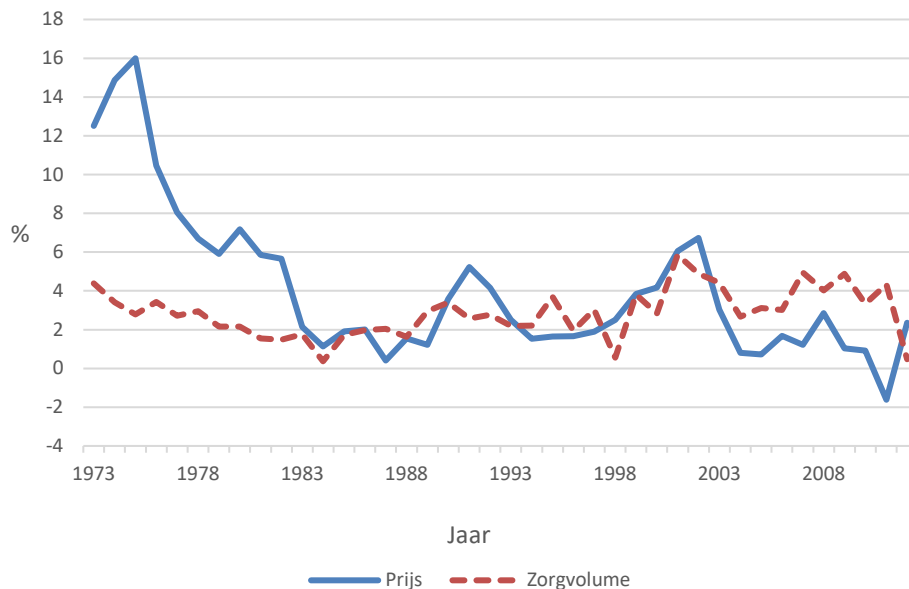
Figuur 2.1. Zorguitgaven 1973-2018 in werkelijke prijzen en als aandeel in het bruto binnenlands product (bbp). Bron: CBS.

2.2.2 Prijs- en volumeontwikkelingen in de zorg

Als we kijken naar de stijging van de zorguitgaven in werkelijke prijzen, is het patroon veel gelijkmatiger dan het patroon in de ontwikkeling van zorguitgaven als percentage van het bbp. Tussen 1972 en 2018 stegen de zorguitgaven van 6 miljard naar 100 miljard euro. De zorguitgaven lijken in deze weergave in eerste instantie zelfs behoorlijk beleidsresistent. Ook in de periode 1994-1998 en 2012-2018, waarin de zorguitgaven als

¹³ Polder, 'Zorguitgaven', p. 30.

percentage van het bbp daalden, stegen absolute zorguitgaven wel degelijk, maar niet altijd in hetzelfde tempo.



Figuur 2.2. Prijs- en volumeontwikkeling (jaarlijkse groei in %) van de gezondheidszorg, 1973-2012. Bron: CBS.

Achter deze oplopende curve gaat een combinatie van prijs- en volumeontwikkelingen schuil. In Figuur 2.2 is hiervan aan de hand van gegevens van het CBS een uitsplitsing gemaakt. Hieruit blijkt onder meer dat prijsstijgingen (inclusief de algemene inflatie) vooral in de jaren zeventig een grotere invloed hebben gehad op stijging van de zorguitgaven, mede als gevolg van stijgende lonen in de zorg. Vanaf het begin van de jaren tachtig tot aan 2002 hebben prijs- en volumeontwikkelingen ongeveer een even groot gewicht in de jaarlijkse groei. Tussen 2002 en 2011 zien we de rode stippellijn boven de blauwe lijn uitkomen. Dit wijst op een grotere invloed van volumeontwikkelingen op de zorguitgavengroei, bijvoorbeeld door meer ziekenhuisopnames, meer specialistenverrichtingen, meer thuiszorg, meer verpleeghuisopnames. Dat was voor een groot deel overigens ook de bedoeling. Aan het einde van de jaren negentig richtte het beleid zich op het snel terugbrengen van de wachttijden in de curatieve én langdurige zorg.¹⁴ Daarnaast heeft de invoering van gereguleerde marktwerking in 2006 gezorgd voor het aantrekken van de volumegroei, maar tegelijkertijd ook voor dalende prijzen, bijvoorbeeld via het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.¹⁵

De hele periode 1972-2015 in ogenschouw nemend, kunnen we vaststellen dat de zorguitgaven met gemiddeld ongeveer 7 procent per jaar zijn gestegen, waarbij prijsontwikkelingen goed waren voor

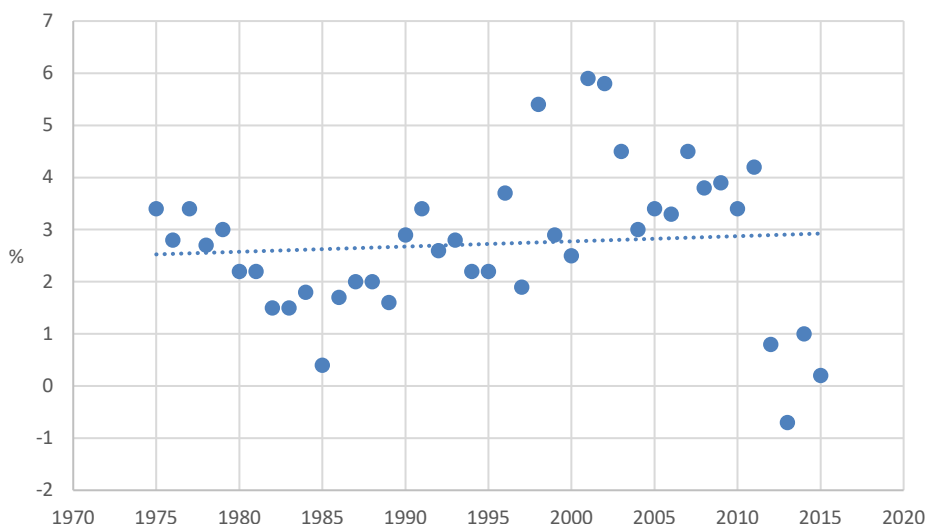
¹⁴ K.P. Companje, 'Verzekering van zorg 1942-2007. Gezondheidszorg of sociale zekerheid?', in: K.P. Companje (ed.), *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006* (Amsterdam 2008), pp. 587-595.

¹⁵ Polder, 'Zorguitgaven', p. 30.

gemiddeld 4 procentpunt van deze groei en volumeontwikkelingen gemiddeld genomen voor iets minder dan 3 procentpunt. Figuur 2.3 schetst de jaarlijkse veranderingen in volumeontwikkelingen (ook wel reële groei genoemd). Wat opvalt, is dat vanaf 2011 de volumeontwikkeling flink daalt. Dit komt grotendeels door de hoofdlijnenakkoorden (HLA).¹⁶

2.2.3 Reële groei en zorguitgaven in constante prijzen

Groei waarbij zowel de prijs- als volumeontwikkelingen zijn meegenomen noemen we nominale groei. Bij vergelijkingen in de tijd, dus ook bij toekomstprojecties, wordt meestal gewerkt met 'reële groei'. De economische waardering van producten (de prijs) kan van jaar tot jaar veranderen en is naar de toekomst toe erg onvoorspelbaar. Groei in de productie van de gezondheidszorg (het volume) is interessanter omdat het iets zegt over de 'werkelijke' expansie (of krimp) van de zorg als economische sector: er zijn meer 'zorgdiensten' geproduceerd. Prijsontwikkelingen (inflatie) worden daarom zo veel mogelijk uit de vergelijking gehaald. Dit doen we door af te spreken dat we de zorguitgaven uitdrukken in de 'waarde' van een euro uit een bepaald jaar. Omdat dan net gedaan wordt alsof de prijzen de hele periode door niet zijn veranderd, noemen we dit ook wel de groei in 'constante prijzen'. Hoewel dit de vergelijkbaarheid van de zorguitgavencijfers vergroot, betekent dit ook dat bedragen van toekomstprojecties nooit de werkelijke bedragen kunnen zijn die in jaar x of y in de toekomst aan zorg uitgegeven zullen worden. Inflatie is immers helemaal buiten beschouwing gelaten.



Figuur 2.3. Jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven, 1975-2015. Bron: RIVM (blauwe stippellijn geeft de lineaire langjarige trend weer).

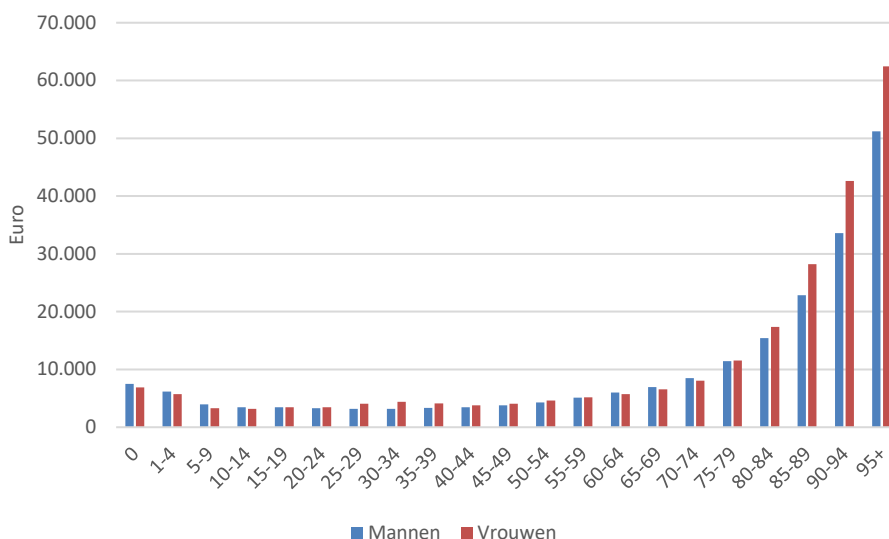
2.2.4 Demografie, welvaart en technologie

Achter de groei van de zorguitgaven zit een aantal belangrijke drijvende krachten. In 2015 publiceerde de *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) een overzichtsstudie waarin op basis van

¹⁶ SCP, [Publiek voorzien. Ontwikkelingen in de uitgaven en dienstverlening van 27 publieke voorzieningen](#) (Den Haag 2018).

historische data van de lidstaten het effect van technologische ontwikkelingen, welvaartstijging en demografie op de stijging van de zorguitgaven werd geanalyseerd. Daarbij kwamen technologische ontwikkeling (46 procent) en welvaart (42 procent) als belangrijke verklarende factoren naar boven, met demografie (12 procent) op respectabele afstand.¹⁷

Bij demografische ontwikkelingen moet vooral gedacht worden aan veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking. Zo zorgt bevolkingsgroei voor hogere zorguitgaven omdat er hierdoor simpelweg steeds meer mensen zijn die zorg gebruiken. Samenstelling heeft te maken met de verhouding van de aantallen mensen per leeftijdsklasse. Vergrijzing en vergroening zijn hier voorbeelden van. Vergrijzing, een toename van het aantal ouderen ten opzichte van het aantal jongere mensen in de bevolking, zorgt voor hogere zorguitgaven omdat ouderen in de regel meer en vaak duurdere zorg gebruiken dan jongeren (zie Figuur 2.4).



Figuur 2.4. Zorguitgaven per inwoner naar leeftijd en geslacht (2017).

Bron: RIVM.

De stijgende levensverwachting (het ouder worden van ouderen) zorgt ook voor hogere zorguitgaven, omdat de periode waarin ouderen zorg gebruiken langer wordt. Toch is die relatie niet zo simpel als het lijkt. Aangezien er in het laatste levensjaar vaak het meeste wordt uitgegeven aan zorg, zou een stijging van de levensverwachting met name moeten zorgen voor uitstel van zorguitgaven naar een later tijdstip. Hier spelen echter ook epidemiologische en technologische ontwikkelingen doorheen. Mede door effectievere zorg en preventie daalt de sterfte aan hart- en vaatziekten. Hierdoor komen aandoeningen als kanker en dementie naar voren als doodsoorzaak. Deze aandoeningen gaan vaak gepaard met veel

¹⁷ OECD, *Fiscal sustainability of Health Systems: bridging health and finance perspectives* (Parijs 2015). Doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>; zie ook: M.E. Chernew en J.P. Newhouse, 'Health care spending growth', in: P. Barros, T. McGuire en M. Pauly (eds.), *Handbook of Health Economics* (New York 2012), pp. 1-43

en veelal dure zorg.¹⁸ Hierdoor worden eventuele besparingen die met het opschuiven van het laatste levensjaar gepaard zouden moeten gaan grotendeels weer teniet gedaan.¹⁹

Demografische ontwikkelingen zijn belangrijk, maar – zoals ook uit hierboven genoemde OECD-studie bleek – zijn ze zeker niet de belangrijkste motor achter de groei van de zorguitgaven. Demografie zorgt jaarlijks voor een groei van ongeveer 1 procent van de zorguitgaven, met een (logische) uitschieter in de ouderenzorg waar demografie goed is voor 2,5 procent groei per jaar.²⁰

Naast demografie heeft ook welvaart effect op de zorguitgaven. Mensen – maar ook samenlevingen – hebben de neiging om met het stijgen van hun welvaart ook een groter deel van hun inkomen uit te geven aan gezondheidszorg.²¹ Welvaartsgroei maakt het mogelijk dat zorguitgaven stijgen. Bij een groeiende economie zijn er meer middelen voorhanden, en burgers verwachten bij welvaartsgroei vaak ook dat de overheid (meer) investeert in de gezondheidszorg.²² Tegelijkertijd zijn overheden bij een groeiende economie vaak ook geneigd om hier meer geld voor vrij te maken. Dit geeft gelijk al aan dat de relatie tussen welvaart en zorguitgaven niet autonoom is. Overheden en andere instituties – en daarmee dus ook beleid – spelen een belangrijke rol als intermediair tussen beide zaken.

De relatie tussen technologie en zorguitgaven is complex. Technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg – bijvoorbeeld via medische apparatuur, hulp- en geneesmiddelen en ict-toepassingen – hebben in het verleden zonder enige twijfel geleid tot (grote) gezondheidswinst.²³ Maar ze hebben vaak ook een oprijvend effect op de zorguitgaven, zowel via de prijs als via het volume. Maar ook via indirecte effecten, zoals langere overleving.

Om met de prijs te beginnen. Voor nieuwe technologie in de gezondheidszorg worden vaak hoge prijzen gevraagd, waardoor ook de zorguitgaven stijgen. Deze prijzen zijn vaak het gevolg van doorberekende research- en ontwikkelingskosten, patenten en de noodzaak tot (om)scholing van zorgpersoneel. Hoge prijzen zijn meestal tijdelijk van aard.²⁴ Maar nieuwe behandelmethoden, diagnostiek of andere vormen van technologie zorgen vaak ook voor een stijging van de vraag en zorgen daardoor ook voor meer gebruik. De stijging van de vraag heeft vaak een structureel karakter, waardoor – zelfs wanneer de

¹⁸ Polder, 'Zorguitgaven', pp. 43-44.

¹⁹ P.H. van Baal PH, A. Wong, 'Time to death and the forecasting of macro-level health care expenditures: some further considerations', *Journal for Health Economics* 31 (2012), pp. 876-87. doi:10.1016/j.jhealeco.2012.08.003.

²⁰ Polder, 'Zorguitgaven', p. 44.

²¹ T. Getzen, 'Forecasting health expenditures: short, medium and long (long) term', *Journal of Health Care Finance* 26:3 (2000), pp. 56-72. A. Finkelstein, 'The aggregate effects of health insurance: evidence from the introduction of Medicare', *Quarterly Journal of Economics* 122:1 (2007), pp. 1-37; A. Wagstaff en E. van Doorslaer, 'Equity in health care finance and delivery', in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* (Amsterdam 2000), pp. 1803-1862.

²² SCP, [Burgerperspectieven 2018](#) (Den Haag 2018).

²³ D. Cutler, *Your money or your life* (Oxford 2005).

²⁴ Kristopher J. Hult, S. Jaffe, T.J. Philipson, 'How Does Technological Change Affect Quality-Adjusted Prices in Health Care? Systematic Evidence from Thousands of Innovations', *American Journal of Health Economics* 4:4 (2018), pp. 433-25.

technologie goedkoper wordt – dit lang niet altijd leidt tot lagere zorguitgaven.²⁵

De volumegroei door technologische ontwikkelingen wordt veroorzaakt door een aantal factoren. Ten eerste schept aanbod (van nieuwe technologie) vaak ook zijn eigen vraag, zeker in de gezondheidszorg waar de kosten via een (verplichte) verzekering zijn gedekt. De Amerikaanse gezondheidswetenschapper Milton Roemer vatte dit in 1961 al krachtig samen in het aforisme: *a bed built is a bed filled*.²⁶ Ofwel, nieuwe voorzieningen worden vrijwel altijd gebruikt. Er zijn weinig remmen in de zorg die ervoor zorgen dat we nieuwe technologie *niet* gebruiken.²⁷ Dit geldt overigens ook andersom. Ook het *niet* meer gebruiken van *oude technologie* gebeurt nauwelijks. Hierdoor wordt nieuwe technologie vaak naast en niet in plaats van oude technologie gebruikt. De uitgaven aan nieuwe technologie komen er dus bij, zonder dat er iets van de uitgaven af gaat. Daarnaast maakt nieuwe technologie ook de behandeling van nieuwe patiëntengroepen mogelijk, soms zijn dat groepen waarvoor die innovatie in eerste instantie niet eens is bedoeld. Daarbij is niet altijd duidelijk of dit ook altijd leidt tot betere gezondheidsuitkomsten.²⁸

Tot slot zorgen nieuwe vormen van preventie, diagnostiek en nieuwe behandel mogelijkheden er ook voor dat steeds meer mensen *niet* overlijden als gevolg van bepaalde aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten. Dit betekent echter ook dat deze mensen, zeker naarmate ze ouder worden, vaak andere aandoeningen krijgen, zoals dementie, met daaraan verbonden zorggebruik en zorguitgaven.²⁹

2.2.5 *Arbeidsproductiviteit en de Ziekte van Baumol*

Ook arbeidsproductiviteit speelt een rol bij het toenemen van de zorguitgaven. De gezondheidszorg is immers, vergeleken met andere economische sectoren als de industrie, een arbeidsintensieve bedrijfstak. Om de sector concurrerend te houden in de slag om personeel, volgen de lonen de algemene loonontwikkeling en leiden daardoor tot hogere loonkosten voor zorginstellingen. In de industrie kunnen hogere loonkosten vaak worden gecompenseerd door mechanisering of automatisering. Hierdoor is het vaak mogelijk om met minder mensen méér te produceren. In de gezondheidszorg kan dat veel minder goed. Soms zijn er door nieuwe technologie juist meer mensen nodig. Bovendien zijn de mogelijkheden om via *efficiencywinst* toch tot een hogere productie te komen ook beperkt. Tijd en aandacht voor de patiënt zijn immers een wezenlijk onderdeel van het 'product' zorg en bepalen in belangrijke mate ook de kwaliteit daarvan.

²⁵ K.E. Thorpe en D.H. Howard, 'The Rise In Spending Among Medicare Beneficiaries: The Role Of Chronic Disease Prevalence And Changes In Treatment Intensity', *Health Affairs* 25:5 (2006), w378-w88. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w378>; K.E. Thorpe, L.L. Ogden, K. Galactionova, 'Chronic Conditions Account For Rise In Medicare Spending From 1987 To 2006', *Health Affairs* 29:4 (2010), pp. 718-24. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0474>

²⁶ M.I. Roemer, 'Bed supply and hospital utilization: a natural experiment', *Hospitals* 35 (1961), pp. 36-42.

²⁷ T.G. McGuire, 'Physician agency and payment for primary care', in: S. Glied en P.C. Smith (eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics* (Oxford 2011), pp. 602-623.

²⁸ A. Chandra en J.S. Skinner, 'Technology growth and expenditure growth in health care', *Journal of Economic Literature* 50:3 (2012), pp. 645-680; J. Skinner en D. Staiger, 'Technology Diffusion and Productivity Growth in Health Care', *The Review of Economics and Statistics* 97:5 (2015), pp. 951-64. https://doi.org/10.1162/REST_a_00535

²⁹ Polder, 'Zorguitgaven', pp. 44-45.

De mogelijkheden om te komen tot arbeidsproductiviteitsverbetering in de gezondheidszorg, of andere publieke diensten zoals onderwijs, zijn daarom altijd beperkter dan in andere economische sectoren. De arbeidsproductiviteit blijft noodgedwongen achter, terwijl de lonen wel meestijgen met de algemene trend. Hierdoor wordt de gezondheidszorg (of het onderwijs) verhoudingsgewijs steeds duurder. Deze 'ziekte' is, naar goed medisch gebruik, vernoemd naar haar ontdekker: de Amerikaanse econoom William Baumol.³⁰ Dit betekent overigens niet dat er geen productiviteitswinst is geboekt in de gezondheidszorg. Vooral in de ziekenhuiszorg heeft er in tijden van beperkte middelen soms behoorlijke productiviteitsverbetering plaatsgevonden door de vervanging van mensenwerk door technologie.³¹ Maar andere sectoren van de zorg geldt dit veel minder.³²

Voor Nederland is geschat dat de 'Ziekte (of Wet) van Baumol' goed is voor een stijging van de zorguitgaven met ongeveer 0,5 tot 1 procent per jaar. Daarmee komt het in de buurt van het effect van de eerder besproken demografische ontwikkelingen.³³

³⁰ W.J. Baumol, 'Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis', *The American Economic Review* 57:3 (1967), pp. 415-26.

³¹ J.L.T. Blank en E. Eggink, *Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1972 en 2008*. IPSE Studies Research Reeks No. 2011-2. (Delft 2011).

³² J.L.T. Blank en A.S. van Heezik, *Productiviteit van de overheid. Een essay over de relatie tussen beleid en productiviteit in onderwijs, zorg, veiligheid & justitie en netwerksectoren* (Delft 2019)

³³ M. Pomp en S. Vujić, [Rising health spending. New medical technology and the Baumol effect](#). CPB Discussion Paper 115 (Den Haag 2008).

3 Toekomstprojecties: methode en context

Inzicht in de toekomstige ontwikkeling van de zorguitgaven is, zoals in het vorige hoofdstuk ook al is aangestipt, een belangrijke bouwsteen voor overheidsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg. Er zijn verschillende manieren om die toekomstige ontwikkeling in kaart te brengen. Hierbij is het vooral de (beleids)vraag en de beschikbaarheid van data die de keuze bepaalt voor een bepaalde vorm van toekomstverkenning. Zo stellen taakstellende ramingen vaak een gewenste groeinorm vast voor een beperkte periode.³⁴ Langetermijnverkenningen nemen de ontwikkeling op een langere tijdschaal, van 25 tot 50 jaar in ogenschouw. Ze dienen vooral ter ondersteuning van strategische beleidsbeslissingen en gaan daarom meestal uit van een 'plausibel' beleidsneutraal scenario waarbij zo goed mogelijk weergegeven wordt hoe de zorguitgaven zich over een langere periode zullen ontwikkelen bij ongewijzigd beleid.³⁵

Het RIVM biedt met de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) op structurele basis een strategische langetermijnverkenning aan van ontwikkelingen in de volksgezondheid en zorg, waaronder zorguitgaven. Naast het RIVM, doen ook andere (overheids)instellingen uitspraken over de toekomstige ontwikkeling van de zorguitgaven. De toekomstprojecties die in dit rapport zijn uitgewerkt komen naast reeds bestaande korte- en langetermijnverkenningen te staan en zullen daar (onvermijdelijk) op bepaalde (belangrijke) punten van afwijken. Het is daarom goed om naast de methode die we hanteren voor onze toekomstprojecties ook de context van deze projecties te schetsen, want de verschillende uitgangspunten, methodes en aannames kunnen ertoe leiden dat de uitkomsten van de verschillende toekomstverkenningen verschillen. Daarnaast zal in dit hoofdstuk ook worden stilgestaan bij de belangrijkste onzekerheden die gepaard gaan met de in dit rapport gevolgde manier van toekomstverkenning.

3.1 Toekomstprojecties in dit rapport: doel en aanpak

In dit rapport verkennen we de mogelijke ontwikkeling van zorguitgaven tussen 2015 en 2060. Hiervoor zijn projecties gemaakt die de invloed van demografische trends en de door technologische en organisatorische vooruitgang gedreven ziekte- en sectorspecifieke trends op de zorguitgaven in beeld brengen. Hiermee volgen we grotendeels de aanpak die voor de zorguitgavenprojecties in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV-2018) is gebruikt.³⁶ We wijken hier onder andere van af door een langere tijdshorizon te nemen, namelijk 2060 in plaats van 2040 en een andere bevolkingsprognose te gebruiken voor de projecties. Hieronder lichten we enkele belangrijke keuzes toe in

³⁴ Zie bijvoorbeeld: [Rijksbegroting 2019. Hoofdstuk XVI: Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal](#), Vergaderjaar 2018-2019, Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 2, pp. 186-188.

³⁵ OECD, *A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods*, OECD Health Working Papers no. 59 (Parijs 2012). <http://dx.doi.org/10.1787/5k912j389bf0-en>; CPB. [Een raming van de zorguitgaven 2018-2021](#) (Den Haag 2016), pp. 5-6.

³⁶ Zie: RIVM, '[Zorguitgaven](#)', *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht* (Bilthoven 2018); RIVM, [Methodologie Trendscenario VTV-2018. Versie 2](#) (Bilthoven 2018), pp. 34-38.

zorguitgavenperspectief, bronmateriaal, sector en ziekte-indeling die aan de basis staan van deze projecties.

3.1.1 *Zorguitgaven volgens de RIVM-definitie*

Voor de zorguitgavenprojecties in dit rapport gebruiken we de RIVM-definitie van zorguitgaven. We beogen hiermee een zo breed mogelijk beeld te geven van wat er in Nederland aan gezondheidszorg wordt uitgegeven door overheden, burgers en bedrijven ('maatschappelijk perspectief'). De RIVM-definitie omvat daarom alle directe³⁷ collectieve en private zorguitgaven, met uitzondering van de niet-ziektegerelateerde welzijnsactiviteiten, zoals kinderopvang, jeugdzorg en de opvang van asielzoekers en dak- en thuislozen. Deze definitie is beperkter in reikwijdte dan gehanteerd wordt in de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek, maar is daar wel direct uit af te leiden. In Bijlage 1 van dit rapport is een overzicht te vinden van definities van zorguitgaven zoals die in verschillende statistieken en ramingen worden gehanteerd en hoe deze zich tot elkaar verhouden.

De keuze voor de RIVM-definitie maakt de projecties in dit rapport consistent met de zorguitgavenprojecties die in andere VTV's zijn gemaakt. Bovendien is deze definitie 'robuust' en 'beleidsneutraal' waardoor ze ook geschikt is voor toekomstprojecties.³⁸ Met robuust wordt vooral bedoeld dat binnen deze definitie zorguitgaven door de tijd heen vergelijkbaar blijven. Afwenteleffecten – bijvoorbeeld door zorgvoorzieningen uit het collectief verzekerde pakket over te hevelen naar private vormen van financiering, zoals aanvullende verzekering of 'out-of-pocket'-payment door burgers zelf – leiden bij deze definitie niet tot grote veranderingen in de hoogte van de totale zorguitgaven. Pas als er daadwerkelijk sprake is van minder zorggebruik of lagere prijzen zal dit in de zorguitgaven zichtbaar worden.³⁹

3.1.2 *Kosten van Ziekten-data als bron*

Voor de data wordt gebruikgemaakt van de Kosten van Ziekten-studies van het RIVM.⁴⁰ Deze studie wordt sinds 1999 door het RIVM uitgevoerd en geeft een gedetailleerd overzicht van zorguitgaven uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, ziekte, zorgaanbieder en financieringsbron. Er zijn data gebruikt uit de studies over de peiljaren 2003, 2005, 2007, 2011, 2013 en 2015.⁴¹ Cijfers uit de 1999-studie sluiten minder goed aan bij deze reeks en zijn daarom niet gebruikt. De Kosten van Ziekten-cijfers over 2015 en 2017 zijn eind oktober 2019 geactualiseerd. De projecties in dit rapport zijn echter vanwege de doorlooptijd en de benodigde bewerkingen op deze nieuwe cijfers nog gebaseerd op de Kosten van Ziekten-cijfers 2015 van voor deze actualisatie. Voor de projectie van de totale zorguitgaven heeft deze aanpassing nauwelijks effect. Wel zijn er

³⁷ Dus niet de maatschappelijke kosten van bijvoorbeeld ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid of verlies van levensvreugde.

³⁸ CPB, [Toekomst voor de zorg](#) (Den Haag 2013).

³⁹ RIVM, *Methodologie Trendscenario VTV-2018*, pp. 34-38; CPB, [Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011](#) (Den Haag 2006), pp. 16-17.

⁴⁰ Zie de [Kosten van Ziekten-website](#) voor de achtergronden van de studie. Data uit de Kosten van Ziekten-studie is beschikbaar via [RIVM-statline](#).

⁴¹ In principe komt de Kosten van Ziekten-studie iedere vier jaar uit. Voor de jaren 2013 en 2017 is een extrapolatie gemaakt op basis van nieuwe demografische gegevens en zorguitgavencijfers.

door de geactualiseerde cijfers voor sectoren, leeftijdsverdeling en diagnosegroepen enkele verschillen in zorguitgaven.⁴²

3.1.2.1 Indeling zorgsectoren

De uitgaven per zorgsector zijn gebaseerd op de definities die het CBS hanteert voor zorgaanbieder, zorgfinanciering en zorgfunctie.⁴³ Deze zijn door het RIVM voor de Kosten van Ziekten-studie geclusterd naar de volgende sectoren:

- ziekenhuizen/specialistenpraktijken;
- verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg;
- huisartsenpraktijken;
- tandartsenpraktijken;
- paramedische en verloskundigenpraktijken;
- gemeentelijke gezondheidsdiensten;
- arbo- en re-integratiediensten;
- leveranciers geneesmiddelen;
- leveranciers van therapeutische middelen;
- verstrekkers van ondersteunende diensten;
- overige verstrekkers van gezondheidszorg;
- verstrekkers van ouderenzorg;
- verstrekkers van gehandicaptenzorg;
- beleids- en beheersorganisaties.

Onder de sectoren vallen in een aantal gevallen verschillende zorgaanbieders of -organisaties. Zo omvat ouderenzorg bijvoorbeeld de volgende zorgaanbieders: Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT), Gezinshuishoudingen voor verpleging en verzorging en Zelfstandige verpleegkundigen.

3.1.2.2 Indeling diagnoses

De indeling in diagnosegroepen is gebaseerd op de *International Classification of Diseases* (ICD). Er worden achttien hoofdgroepen onderscheiden: zeventien hoofddiagnosegroepen en de restgroep 'nog niet toegewezen of niet ziekte-gerelateerd'. Deze hoofdgroepen zijn weer onderverdeeld in 121 specifieke diagnoses, in lijn met de Kosten van Ziekten-studie.

3.1.3 Trendanalyse zorguitgaven

De trendanalyse van de zorguitgaven analyseert de historische uitgavengroei en wijst deze toe aan demografische ontwikkelingen enerzijds en 'overige' ontwikkelingen anderzijds. Deze 'overige' groep omvat verschillende factoren waarvan welvaartsgroei (ontwikkeling van het bbp), en technologische, beleidsmatige en sociaal-culturele ontwikkelingen de belangrijkste zijn.⁴⁴

In de trendanalyses is uitgegaan van de reële zorguitgaven. Dat betekent dat zorguitgaven zijn gecorrigeerd voor inflatie en worden uitgedrukt in (constante) prijzen. Voor deze analyse is uitgegaan van de constante prijzen van het basisjaar 2015. Voor deze correctie van de

⁴² CBS, [Revisie zorgrekeningen 2015](#) (Den Haag 2019).

⁴³ CBS, [Zorgrekeningen](#), bezocht op 1 november 2019.

⁴⁴ CPB, [Een raming van de zorguitgaven 2018-2021](#) (Den Haag 2016); en RIVM, [Determinanten van de volumegroei in de zorg](#) (Bilthoven 2010).

prijsonwikkeling is een algemene deflator gehanteerd, ontleend aan de ontwikkeling van het bbp zoals berekend door het CBS. Deze wordt ook gehanteerd door het Centraal Planbureau (CPB) in haar ramingen van de zorguitgaven. De uitgavenontwikkeling in constante prijzen van 2015 laat de 'volumeontwikkeling' zien: de uitgavengroei op basis van demografische en 'overige' ontwikkelingen. De volumeontwikkeling is geanalyseerd voor elk interval van de Kosten van Ziekten-studies, te weten: 2003-2005, 2005-2007, 2007-2011, 2011-2013 en 2013-2015. De trendanalyse geeft voor elk interval de volumeontwikkeling naar zorgsectoren, leeftijdsklassen, geslacht en diagnosegroepen. De volumegroei voor de gehele periode 2003-2015 is bepaald door het gewogen gemiddelde te nemen over de verschillende tijdsintervallen.

3.1.4 *Zorguitgavenprojecties*

Voor zorguitgavenprojecties in dit rapport zijn de relatieve zorguitgaven naar leeftijd en geslacht in 2015 uit de Kosten van Ziekten-studie toegepast op de CBS-bevolkingsprognose 2018. De Kernprognose 2018-2060 beschrijft de verwachte ontwikkeling van de Nederlandse bevolking tussen 2018 en 2060 op basis van veronderstellingen voor geboortes, migratie en sterfte.⁴⁵ Bovenop deze demografische ontwikkeling is steeds uitgavengroei ten gevolge van de 'overige' ontwikkelingen verondersteld.

Voor de 'overige' uitgavenontwikkeling zijn twee varianten gebruikt: een sectorspecifieke uitgavengroei en een diagnosespecifieke uitgavengroei. Beide cijfers voor de overige groei volgen uit de trendanalyse zoals in de vorige paragraaf beschreven. Het verschil tussen de cijfers ligt in het gehanteerde perspectief. De sectorspecifieke uitgavengroei is gevoelig voor (sectorspecifieke) beleidsontwikkelingen, bijvoorbeeld in het geval financiering van zorggebruik wordt overgeheveld van de ene sector (geneesmiddelen) naar een andere sector (ziekenhuiszorg). De diagnosespecifieke uitgavengroei is minder gevoelig voor deze veranderingen, maar omdat het gemiddelde berekend wordt met kleinere aantallen datapunten, is de kans op uitschieters groter. De verschillen tussen beide varianten worden in paragraaf 4.2.3 verder uitgewerkt.

Om in de projecties de toekomstige zorguitgaven uit te drukken als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) moet er een projectie van het bbp voorhanden zijn. Hiervoor wordt er uitgegaan van een gemiddelde jaarlijkse reële groei van 1,7 procent voor de komende 25 jaar. De jaarlijkse groeipercentages zijn afkomstig van het Centraal Planbureau en zijn gebaseerd op het Centraal Economisch Plan uit 2014.⁴⁶

3.2 **Verhouding met andere verkenningen van zorguitgaven**

Naast het RIVM publiceren ook andere overheidsinstellingen met enige regelmaat cijfers over de toekomstige ontwikkeling van de zorguitgaven. Zo publiceert het Centraal Planbureau (CPB) zowel een middellangetermijnverkenning (mlt) als houdbaarheidsstudies waarin zorguitgaven worden meegenomen. Ook internationale organisaties als de *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) en de Europese Commissie publiceren met enige regelmaat internationale

⁴⁵ CBS, [Kernprognose 2018-2060](#) (Den Haag 2018).

⁴⁶ CPB, [Centraal Economisch Plan 2014](#) (Den Haag 2014).

vergelijkingen van toekomstige ontwikkelingen van zorguitgaven. Hieronder worden deze toekomstverkenningen kort besproken en vervolgens vergeleken met de RIVM-methode.

3.2.1 *Middellangetermijnverkenningen (CPB)*

Het Centraal Planbureau publiceert voorafgaand aan iedere verkiezingsperiode een zogenaamde middellangetermijnverkenning (mlt): een beleidsneutrale raming van de zorguitgaven met een tijdshorizon van vier jaar (één kabinetsperiode). De mlt is vooral bedoeld als basispad: hoe ontwikkelen de zorguitgaven zich in vier jaar als er niets verandert. Dit basispad kan vervolgens gebruikt worden om de effecten van maatregelen uit verkiezingsprogramma's of een regeerakkoord te analyseren.⁴⁷

De mlt-raming is gebaseerd op de historische groei van de zorguitgaven in een lange en zo veel als mogelijk beleidsneutrale referentieperiode, waarin expansief beleid (gericht op groei) en restrictief beleid (gericht op het verminderen van de zorguitgaven) elkaar grotendeels compenseren. Het CPB heeft 1990-2018 als referentieperiode gekozen. De zorguitgavengroei in deze periode is uitgesplitst naar groei als gevolg van demografische ontwikkelingen, inkomensgroei, loon- en prijsontwikkelingen en 'overige groei' door bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen of sociaal-culturele veranderingen. Voor de raming wordt hier nog een factor voor 'reeds ingezet beleid' bovenop gezet.⁴⁸

Omdat de middellangetermijnverkenning expliciet bedoeld is als ondersteuning van kabinetsbeleid, wordt in de mlt gewerkt met de zorguitgavendefinitie van het Uitgavenplafond Zorg (UPZ). Het UPZ omvat alle zorguitgaven binnen de overheidsbegroting waarvoor het ministerie direct (politiek) verantwoordelijk is. Dat zijn de premiegefinancierde zorguitgaven (Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg) en begrotingsgefinancierde zorguitgaven (delen van de Wmo en Jeugdzorg die (nog) niet uit het Gemeentefonds worden gefinancierd).

Dit betekent dat aanzienlijke delen van de maatschappelijke ondersteuning, preventie en jeugdzorg, lokaal welzijnswerk, de uitgaven aan arbodiensten, gemeentelijke gezondheidsdiensten en de zorg die door aanvullende (particuliere) zorgverzekeringen wordt gefinancierd of door mensen zelf wordt betaald buiten beeld blijven. Bij het zogenaamde 'netto-UPZ' worden bovendien ook het verplichte eigen risico (Zvw) en verplichte eigen bijdragen (Zvw, Wlz) buiten beschouwing gelaten. Het UPZ is daarom niet elk jaar hetzelfde. De samenstelling van het verzekerde pakket van Zvw en Wlz verandert immers van jaar tot jaar. Soms zijn de veranderingen minimaal, maar het kan ook om substantiële wijzigingen gaan. Daarnaast kunnen ook de hoogte van het verplichte eigen risico en de verplichte eigen bijdrages van jaar tot jaar veranderen.

3.2.2 *Houdbaarheidsstudies (CPB)*

Naast de *middellangetermijnverkenning* brengt het CPB sinds 1997 ook periodieke *houdbaarheidsstudies* uit. Deze studies hebben een andere invalshoek, namelijk de vraag of de overheidsfinanciën over de lange

⁴⁷ CPB, [Toelichting raming zorguitgaven voor mlt en houdbaarheid](#) (Den Haag 2018), pp. 1-2.

⁴⁸ CPB, [Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025](#) (Den Haag 2019), p. 5 en 10-12.

termijn houdbaar zijn. De studies moeten daarom inzicht bieden in de vraag of toekomstige generaties van *hetzelfde voorzieningenniveau* (zgn. 'constante arrangementen') gebruik kunnen maken als de huidige generaties, zonder dat daarvoor de collectieve lasten moeten worden verhoogd of de collectieve uitgaven moeten worden verlaagd.⁴⁹ De op het moment van schrijven meest recente houdbaarheidsstudie heeft 2060 als eindjaar⁵⁰, vanwege de verwachte afnemende effecten van de vergrijzing van de bevolking na 2040. Omdat het ook hier een verkenning betreft die in eerste instantie is bedoeld voor de onderbouwing van overheidsuitgaven, hanteert het CPB ook in de houdbaarheidsstudie de definitie van zorguitgaven volgens het Uitgavenplafond Zorg (UPZ).⁵¹ De groeicijfers zijn – analoog aan de middellangetermijnverkenning – gebaseerd op de referentieperiode 1990-2018.

Het CPB benadrukt expliciet de onzekerheden die aan de uitgangspunten van de houdbaarheidsstudie kleven, zoals de verwachte groei van het bbp, de onzekerheid van demografische ontwikkelingen en de effecten van ingezet overheidsbeleid. Bovendien heeft het uitgangspunt dat mensen van *hetzelfde voorzieningenniveau* gebruik moeten kunnen maken ('constante arrangementen') ook gevolgen voor de projecties. Hierbij wordt aangenomen dat de vraag naar zorg welvaartsvast is, en dus meestijgt of -daalt met het algemene welvaartsniveau. Het verstrekkingenpakket blijft echter 'gelijk'. Er komt geen 'nieuwe zorg' in het pakket. De houdbaarheidsstudie geeft vooral antwoord op de vraag: kunnen we in 2060 de zorg uit 2019 nog betalen? De meer normatieve vraag of burgers in 2060 genoeg willen nemen met zorg van het niveau 2019 blijft hierbij (noodgedwongen) buiten beschouwing.⁵² De houdbaarheidsstudies houden daarentegen wel expliciet rekening met demografische ontwikkeling, zoals vergrijzing. Dat dit slechts een deel van de historische (en toekomstige) zorguitgavengroei verklaart, blijkt onder andere uit het volgende figuur (Figuur 3.1).⁵³

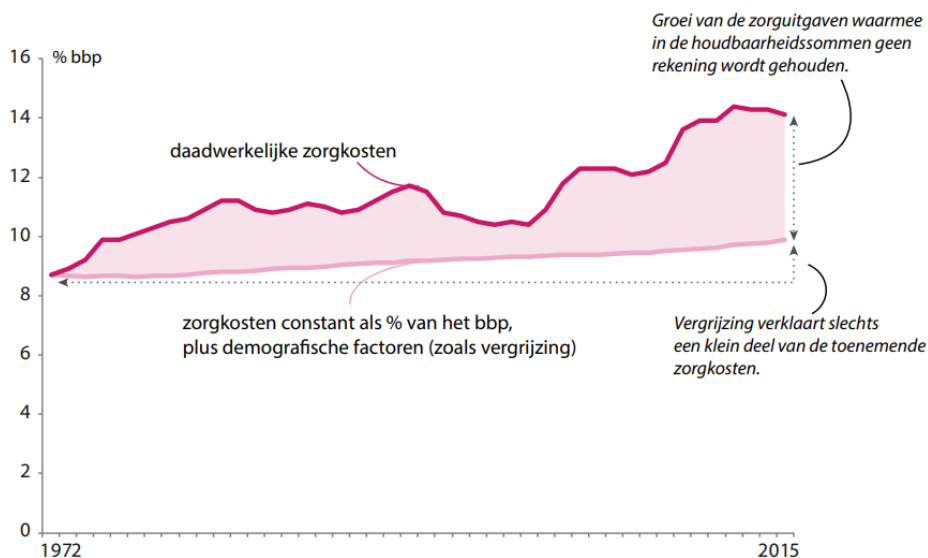
⁴⁹ CPB, *Toelichting raming zorguitgaven voor mlt en houdbaarheid*, pp. 1-2.

⁵⁰ CPB, *Zorgen om morgen* (Den Haag 2019).

⁵¹ CPB, *Minder zorg om vergrijzing* (Den Haag 2014), p. 11.

⁵² CPB, *Minder zorg om vergrijzing*, 9-10; CPB, *Zorgen om morgen*, 29-31.

⁵³ Figuur 2.1 is overgenomen uit: CPB, *Financiering van de zorg op de lange termijn* (Den Haag 2018), p.6.



Figuur 3.1 Decompositie van zorguitgavenontwikkeling naar demografie en 'overige' groei. Bron: CPB

3.2.3 Internationale langetermijnverkenningen

Zowel de Europese Commissie als de OECD hebben recent toekomstverkenningen uitgebracht waarin de ontwikkeling van de zorguitgaven centraal stond. Hoewel beide studies anders van opzet zijn, gebruiken ze beide de definitie van zorguitgaven volgens het *System of Health Accounts* (SHA). De SHA-definitie van zorguitgaven is zo ingericht dat soms zeer van elkaar verschillende nationale zorgsystemen toch met elkaar kunnen worden vergeleken. Hiervoor hanteert de SHA een definitie van zorg die beperkt is tot alle collectieve en private uitgaven aan *genezing* en *verpleging*. Ondersteuning en verzorging (en daarmee een belangrijk deel van de Nederlandse ouderenzorg, langdurige zorg en jeugdzorg) vallen nadrukkelijk buiten de scope van de *System of Health Accounts*.⁵⁴

3.2.3.1 The 2018 Ageing Report (Europese Commissie)

Het *2018 Ageing Report*⁵⁵ van de Europese Commissie lijkt wat betreft vraagstelling en opzet veel op de houdbaarheidsstudie van het CPB. Het rapport beoogt antwoord te geven op de ontwikkeling en betaalbaarheid van de collectieve uitgaven voor pensioenen, curatieve en langdurige zorg, onderwijs en werkloosheidsvoorzieningen tussen 2016 en 2070. De basis wordt gevormd door een beleidsneutrale toekomstverkenning ('no policy change assumption').⁵⁶

Vervolgens worden tegen dit basispad per sector een aantal alternatieve scenario's afgezet. Omdat het gaat over de vraag of overheden deze vormen van zorg en ondersteuning kunnen blijven financieren, worden in deze verkenning de private uitgaven aan curatieve en langdurige zorg

⁵⁴ OECD, Eurostat en WHO, *A System of Health Accounts 2011: Revised edition 2017* (Parijs 2017), pp. 88-95, 114-115. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>; CBS, '*Internationaal afgesproken richtlijnen*', bezocht op 1 november 2019.

⁵⁵ Europese Commissie, *The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*. Institutional Paper 079 (Brussel 2018).

⁵⁶ EC, *The 2018 Ageing Report*, p. 7, noot 6.

buiten beschouwing gelaten. In tegenstelling tot de houdbaarheidsstudies worden in de projecties van de Europese Commissie niet gewerkt met de aanname van constante arrangementen. In de projecties wordt rekening gehouden met (veronderstelde) demografische veranderingen, technologische ontwikkelingen, ontwikkelingen in de arbeidsproductiviteit, economische groei en prijsontwikkelingen (unit costs).⁵⁷

3.2.3.2 Health Spending Projections to 2030 (OECD)

In de working paper *Health Spending Projections to 2030* van de OECD uit 2019 staat de vraag centraal wat de potentiële opbrengsten en beperkingen zijn van verschillende vormen van zorguitgaven-beheersingsbeleid. De zorguitgavenprojecties worden voor dit doel ingezet. Dit betekent dat er uitgegaan wordt van een zo veel mogelijk beleidsneutraal basisscenario met een projectie van de totale zorguitgaven (zowel collectief als privaat gefinancierd) tot 2030.⁵⁸ Hierbij vormen demografische veranderingen en ontwikkelingen in de productiviteit, welvaart en 'overige groei' (waaronder technologische ontwikkelingen) de belangrijkste variabelen voor de projecties. Vervolgens worden tegen dit basispad vier alternatieve scenario's afgezet.⁵⁹

3.2.4 Hoe verhouden de verschillende zorguitgavenprojecties zich tot elkaar?

Wat direct opvalt is dat zowel de RIVM-projecties als de hierboven besproken zorguitgavenprojecties werken met de aanname van 'beleidsneutraliteit': de veronderstelling dat beleid gedurende de hele analyseperiode niet zal veranderen. In de analyses van historische data wordt weliswaar een impliciete trend van (historisch) beleid meegenomen, maar er wordt geen rekening gehouden met voorgenomen beleidsveranderingen. Dit past bij het karakter van strategische verkenningen, waarbij het vooral gaat om het in beeld brengen van wat er gebeurt als we doorgaan op de huidige weg, en wat er eventueel anders kan. In de houdbaarheidsstudies van het CPB wordt deze veronderstelling het meest strikt doorgevoerd, wat ook past bij de vraag die deze studie moet beantwoorden. Hier wordt namelijk ook verondersteld dat de zorg zelf niet wezenlijk zal veranderen.

De RIVM-projecties sluiten wat betreft opzet en methodologie aan bij andere strategische verkenningen, maar wijken er op een aantal punten ook vanaf:

- Naast het RIVM hanteert alleen de OECD-verkenning een maatschappelijk perspectief waarbij naar het geheel van *collectieve* en *private* zorguitgaven wordt gekeken. De verkenningen van het CPB en de Europese Commissie beperken zich tot de collectieve zorguitgaven, en zijn daardoor gevoeliger voor beleid.
- In de RIVM-projecties wordt geen nadere decompositie gemaakt van de (historische) 'overige groei' naar determinanten als arbeidsproductiviteit, technologie, sociaal-culturele ontwikkelingen. In navolging van het CPB veronderstellen we dat

⁵⁷ EC, *The 2018 Ageing Report*, pp. 108-111.

⁵⁸ OECD, *Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology*, OECD Health Working Papers, No. 110. (Parijs 2019), via: <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>.

⁵⁹ OECD, *Health Spending*, pp. 8-14.

deze factoren deel uitmaken van de totale 'overige groei'.⁶⁰ Anders dan het CPB worden er ook geen decomposities gemaakt naar prijsontwikkelingen of de invloed van beleid.

- Het RIVM gebruikt voor de analyse van langetermijngroeitrends de periode 2003-2015 uit de Kosten van Ziekten-studie. Dit wijkt af van de langetermijngroeitrend van het CPB die gebaseerd is op de periode 1990-2018.

3.3 Onzekerheden bij deze toekomstverkenning

Toekomstverkenningen zijn omgeven met onzekerheden, zelfs als het gaat om een verkenning met een relatief korte tijdshorizon.⁶¹ Deze onzekerheden worden groter naarmate de tijdshorizon van de verkenning verder in de toekomst ligt. Tijd zelf is in feite de belangrijkste onzekerheid, want hoe verder het jaar van analyse in de toekomst ligt hoe onzekerder de uitkomst is. Strategische verkenningen, zoals die van het RIVM, kunnen dan ook nooit een precieze voorspelling geven van de zorguitgaven in een bepaald jaar in de toekomst. Ze geven veeleer een ontwikkelingsrichting aan, een orde van grootte van de mogelijke ontwikkeling. Onzekerheid is – zoals de WRR in 2014 betoogde – een inherent onderdeel van elke toekomstverkenning. De toekomst is immers niet verrassingsvrij.⁶² Dit geldt ook voor de projecties die in de volgende hoofdstukken worden gepresenteerd. Hieronder bespreken we de belangrijkste onzekerheden van onze verkenning.

3.3.1 *Demografische ontwikkelingen zijn inherent onzeker*

Voor de projecties in dit rapport maken we gebruik van de CBS-bevolkingsprognose 2018.⁶³ Hoewel deze prognose robuust is, zorgen met name de – overigens noodzakelijke – veronderstellingen over geboorte, migratie, sterfte en levensverwachting (Figuur 4.2 en 4.3) voor onzekerheid die ook doorwerkt in de toekomstprojecties van zorguitgaven. Anders dan in de CBS-bevolkingsprognose 2014⁶⁴ zien we bijvoorbeeld dat immigratie in de 2018-prognose een veel sterker mitigerend effect heeft op de bevolkingsomvang na 2040 dan eerder werd aangenomen. Daarmee compenseert migratie ook de effecten van vergrijzing. In de 2019-prognose is dit effect zelfs nog sterker.⁶⁵

Wat betreft de toekomstige ontwikkeling van de levensverwachting is in het verleden regelmatig gebleken dat mensen, met name op hogere leeftijd, vaak langer leefden dan aanvankelijk werd gedacht. Hierdoor zijn in het verleden de toekomstprojecties van de levensverwachting vaak naar boven bijgesteld.⁶⁶ Of dit ook in de toekomst zo blijft, is onzeker. De afgelopen jaren lijkt er immers sprake te zijn van een stagnerende groei van de levensverwachting.⁶⁷

⁶⁰ CPB, *Raming van de zorguitgaven*, pp. 23-25.

⁶¹ CPB, *Raming van de zorguitgaven*, pp. 1-2.

⁶² WRR, *Uit zicht*, pp. 55-60.

⁶³ CBS, *Kernprognose 2018-2060* (Den Haag 2018). Op 17 december 2019 publiceerde het CBS een nieuwe bevolkingsprognose. Die kon niet meer worden gebruikt voor de projecties in dit rapport.

⁶⁴ CBS, *Bevolkingsprognose 2014-2060: groei door migratie* (Den Haag 2014).

⁶⁵ CBS, *'Prognose: 19 miljoen inwoners in 2039'* (Den Haag 2019).

⁶⁶ RIVM, *Methodologie Trendscenario VTV-2018*, p. 17.

⁶⁷ V. Raleigh, *Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?* OECD Health Working Papers 108 (Parijs 2019) <https://doi.org/10.1787/223159ab-en>.

- 3.3.2** *Therapeutische en epidemiologische ontwikkelingen ongewis*
 Bij de toekomstprojecties maken we gebruik van zorguitgavenprofielen naar leeftijd en geslacht op basis van de Kosten van Ziekten-studie. Deze leeftijdsprofielen zijn gebaseerd op de stand van zaken, het zorggebruik, van een bepaald peiljaar. In onze toekomstprojecties gaan we ervan uit dat deze profielen constant blijven. Dat is echter geen gegeven. Ofschoon de uitgavenprofielen van de verschillende Kosten van Ziekten-studies in de loop der tijd in grote lijnen stabiel zijn, met een vergelijkbare relatieve verdeling van de uitgaven over leeftijdsklassen en mannen en vrouwen, zijn er wel veranderingen in de verdeling over diagnosegroepen en sectoren. Achtergrond van deze veranderingen zijn veelal therapeutische en epidemiologische ontwikkelingen, en effecten van beleid. Voor de toekomstverkenningen in dit rapport geldt dat de zorguitgaven zich anders kunnen ontwikkelen door therapeutische innovaties en epidemiologische ontwikkelingen. Een toekomstig zorguitgavenprofiel kan er hierdoor anders uit komen te zien.
- 3.3.3** *Impact van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen onzeker*
 Daarnaast zorgen voortschrijdende technologische ontwikkelingen voor andere vormen van onzekerheid. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar die een betrouwbare raming van de impact van technologie op niet demografisch verklaarbare 'overige groei' mogelijk maken.⁶⁸ Ook belangrijke sociaal-culturele veranderingen, bijvoorbeeld, veranderingen in voorkeuren voor bepaalde vormen van zorg, zijn vrijwel onmogelijk om te operationaliseren of te onderscheiden in de 'overige groei'. Dit betekent niet dat technologische ontwikkelingen in sociaal-culturele veranderingen geen grote impact kunnen hebben op de ontwikkeling van de zorguitgaven. Ook met deze vorm van onzekerheid zal rekening moeten worden gehouden bij het duiden van de cijfers van langetermijnprojecties.
- 3.3.4** *Economische groei lastig te voorspellen*
 Welvaart is een belangrijke motor achter de groei van de zorguitgaven, maar is ook een belangrijke indicator als het gaat om de houdbaarheid van de gezondheidszorg. Voor dit laatste aspect wordt vaak gekeken naar het aandeel van de zorguitgaven in de totale economie, uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlands product (bbp). Dit percentage geeft aan of we relatief meer of minder geld uitgeven aan zorg dan in voorgaande jaren. Deze indicator is bij toekomstprojecties echter op zijn beurt weer sterk afhankelijk van de veronderstelde economische groei, die zeker op langere termijn onzeker is.
- 3.3.5** *Impact van toekomstig beleid is onbekend*
 De ontwikkeling van de zorguitgaven is sterk afhankelijk van beleid. Zorguitgavenbeheersingsmaatregelen als budgettering, prijsmaatregelen en volumebeperkingen hebben in het verleden een sterke invloed gehad op groei van de zorguitgaven.⁶⁹ Toekomstig beleid kan niet worden meegenomen in de toekomstprojecties.

⁶⁸ CPB, *Raming van de zorguitgaven*, p. 23; zie ook: P. Willemé en M. Dumont, "Machines that go "ping": medical technology and health expenditures in OECD countries", *Health Economics*, 24:8 (2015), pp. 1027-41.

⁶⁹ Zie bijvoorbeeld: K.P. Comanje et al., *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel I: 1966-1995* (Den Haag 2018).

3.3.6

De realiteit zal afwijken van de toekomstverkenning

Dit betekent dat op voorhand bekend is dat de werkelijke zorguitgavenontwikkeling in meer of mindere mate zal afwijken van de projecties die hier worden gepresenteerd. De horizon van de verkenning, tot 2060, betekent dat we veertig jaar vooruitkijken. In de trendanalyses maken we gebruik van gegevens van zorguitgaven over de afgelopen twaalf jaar. Het is onzeker of, of zelfs onwaarschijnlijk dat, de trends zich in de toekomst zullen voortzetten. Gezien de soms snelle technologische en beleidsmatige ontwikkelingen is te verwachten dat de uitgavengroei anders zal zijn dan in onze verkenning wordt geschetst.

4 Toekomstverkenning zorguitgavenontwikkeling tot 2060

Voor de projecties die in dit hoofdstuk zijn uitgewerkt, sluiten we, zoals hiervoor beschreven, zo veel mogelijk aan op de methode van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Dat betekent onder andere dat we uitgaan van de RIVM-definitie van zorguitgaven (Bijlage 1). Voor de trendanalyses en projecties maken we gebruik van de bevolkingsprognose 2018-2060 van het CBS en de Kosten van Ziekten-cijfers 2015 die ook voor de VTV-2018 zijn gebruikt.

Hierbij moet vermeld worden dat deze laatste cijfers afwijken van de recent geactualiseerde Kosten van Ziekten-cijfers die op 29 oktober 2019 zijn gepubliceerd. Gezien de fase waarin deze studie zich op dat moment bevond is noodgedwongen afgezien van nieuwe trendanalyses en projecties. Dat doet echter weinig af aan de resultaten van de huidige projecties. Zoals in hoofdstuk 2 en 3 is benadrukt, gaat het bij strategische verkenningen met een lange tijdshorizon immers vooral om het schetsen van de grote ontwikkelingen en trends en niet om de precieze uitkomsten op korte termijn.

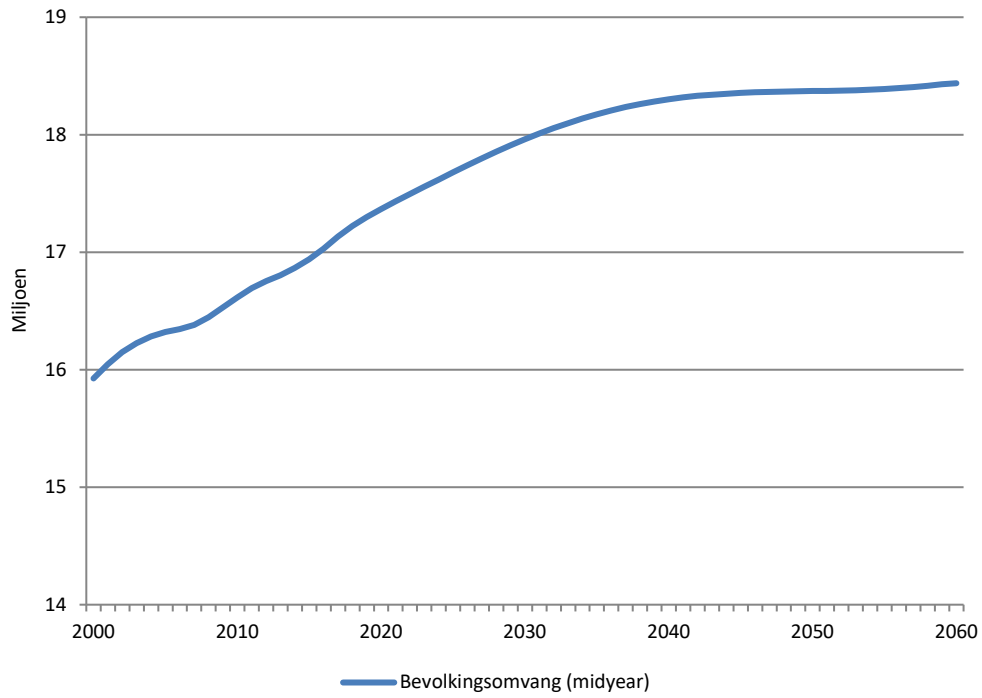
In dit hoofdstuk bouwen we de toekomstprojecties stapsgewijs op. We beginnen met de schetsen van de invloed van demografische ontwikkelingen. Naast demografie speelt ook 'overige' groei een rol. Die overige groei is op twee manieren geschetst: vanuit het perspectief van de zorgsectoren en vanuit het perspectief van de diagnoses. De resultaten van de toekomstverkenningen worden op verschillende manieren gepresenteerd. We bespreken de zorguitgaven naar sector, diagnose, leeftijd en geslacht en als aandeel van het bruto binnenlands product.

4.1 Zorguitgavenontwikkeling op basis van demografie

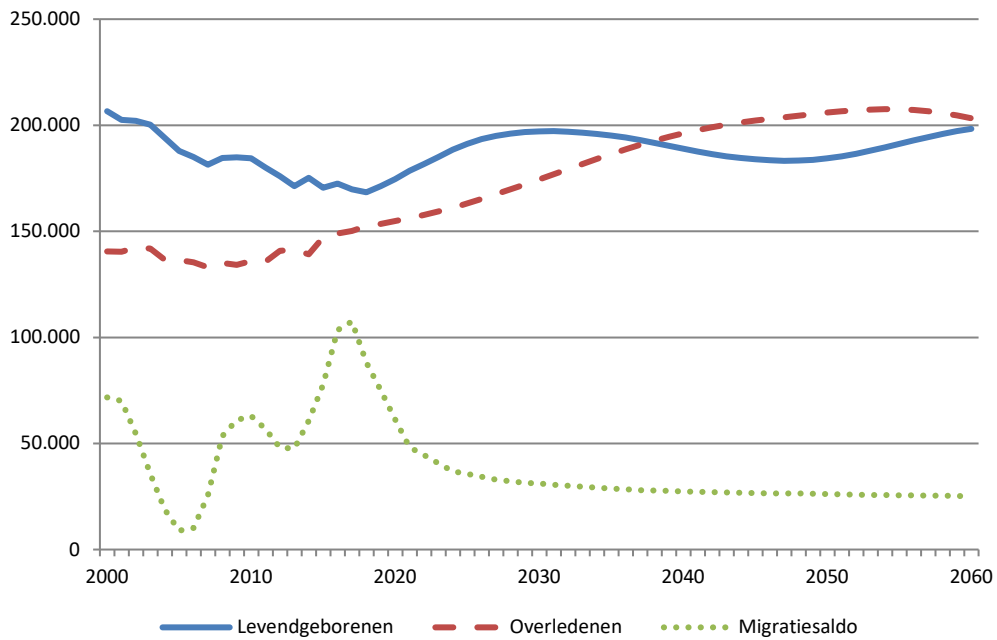
De eerst invalshoek is die van de demografie. Zoals in hoofdstuk 2 is besproken, laten verschillende studies zien dat ongeveer een derde – ofwel 1 procentpunt – van de gemiddelde jaarlijkse volumegroei van de totale zorguitgaven kan worden verklaard door ontwikkelingen in bevolkingsgroei, -opbouw en levensverwachting. Dit cijfer is gebaseerd op analyses van de historische zorguitgaven en verschilt per zorgsector. Bij ouderenzorg was demografie goed voor ongeveer 2,5 procentpunt volumegroei per jaar in de periode 2003-2018.

Figuur 4.1 geeft de werkelijke en verwachte ontwikkeling van de bevolking weer in de periode 2000-2060. De Nederlandse bevolking blijft naar verwachting groeien tot ruim 18,4 miljoen inwoners in 2040. Hierna stabiliseert de bevolkingsontwikkeling. Zoals uit Figuur 4.2 duidelijk wordt, ligt dit niet aan een stijging van het aantal geboortes. Het zijn vooral immigratie en de toenemende levensverwachting – bijna 90 jaar voor vrouwen en 86,5 jaar voor mannen in 2060 (Figuur 4.3) – die hieraan bijdragen.⁷⁰

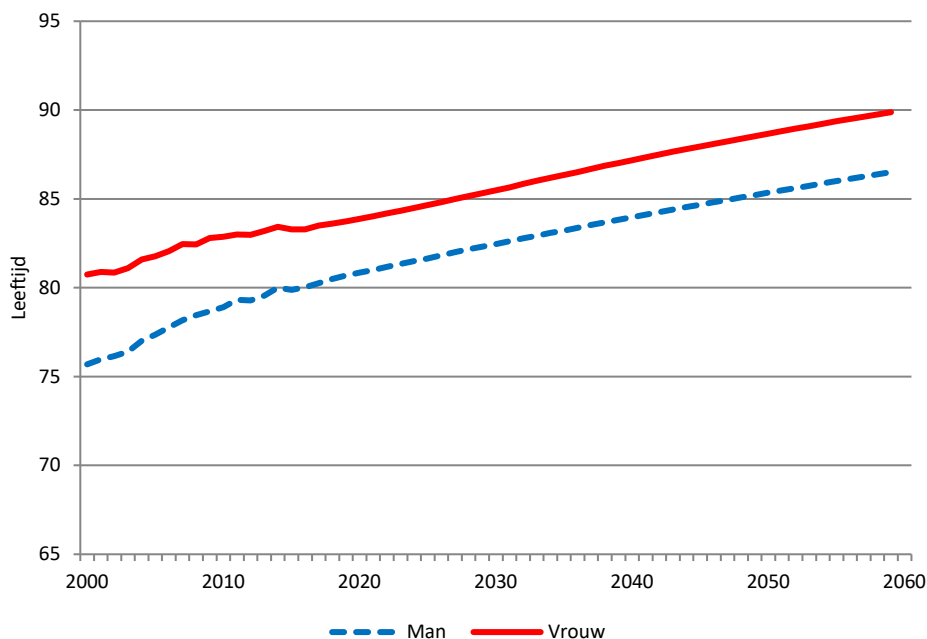
⁷⁰ CBS, [Kernprognose 2018-2060](#) (Den Haag 2018).



Figuur 4.1. Bevolkingsontwikkeling in Nederland, 2000-2060. Bron: CBS.

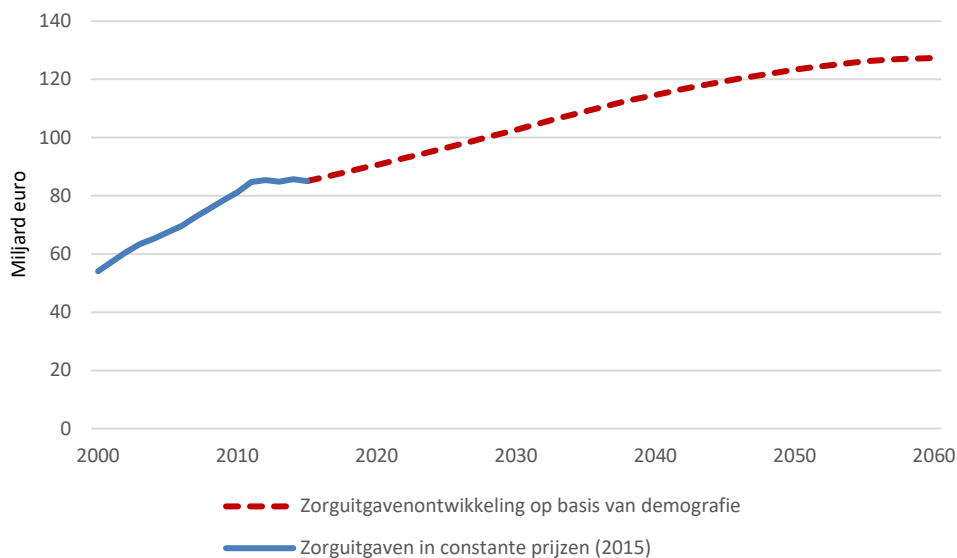


Figuur 4.2. Ontwikkeling van het aantal levendgeborenen, overledenen en de omvang van het migratiesaldo in Nederland, 2000-2060. Bron: CBS

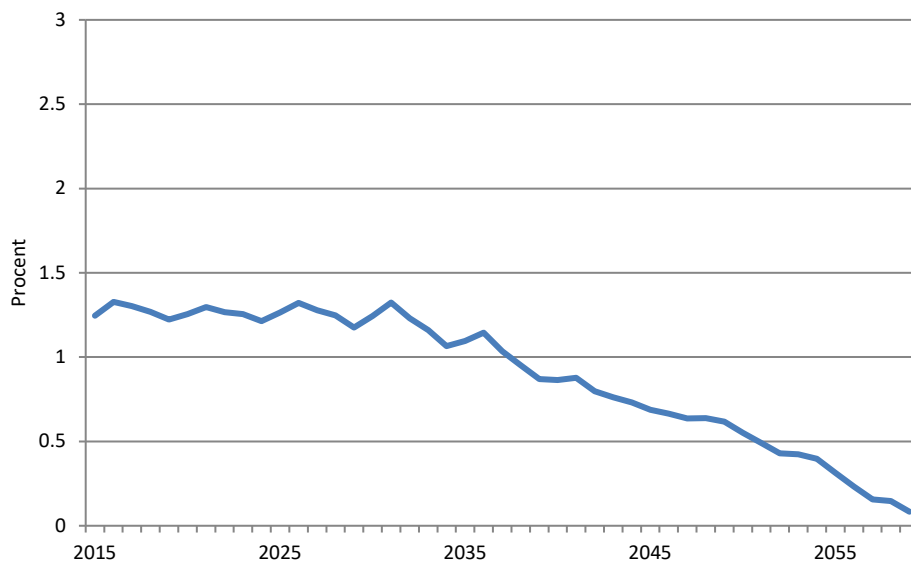


Figuur 4.3. Ontwikkeling van de levensverwachting voor mannen en vrouwen, 2000-2060. Bron: CBS.

Het effect van de verwachte demografische ontwikkeling op de zorguitgaven is weergegeven in Figuur 4.4. Alleen op basis van demografische ontwikkelingen stijgen de zorguitgaven in constante prijzen (2015) tussen 2015 en 2060 van ongeveer 85 miljard euro naar 127 miljard euro, een stijging van ongeveer 33 procent. Deze groei komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 0,9 procentpunt, iets lager dan de historische volumegroei op basis van demografie. De afvlakking van de bevolkingsgroei heeft hier een belangrijk effect. Wat opvalt, is dat de groei niet stabiliseert met het stabiliseren van de bevolkingsontwikkeling na 2040. Dit heeft vooral te maken met het feit dat het aantal ouderen, en ouder wordende ouderen, na 2040 verder zal toenemen. De zorguitgavengroei op basis van demografie zwakt na 2040 wel af (Figuur 4.5), wat ook de (iets) beperkte gemiddelde groei per jaar verklaart.



Figuur 4.4. Zorguitgavenontwikkeling op basis van demografie 2015-2060.
Bron: RIVM.



Figuur 4.5. Jaarlijkse groei van de zorguitgaven op basis van demografische ontwikkelingen in procenten, 2015-2060. Bron: RIVM.

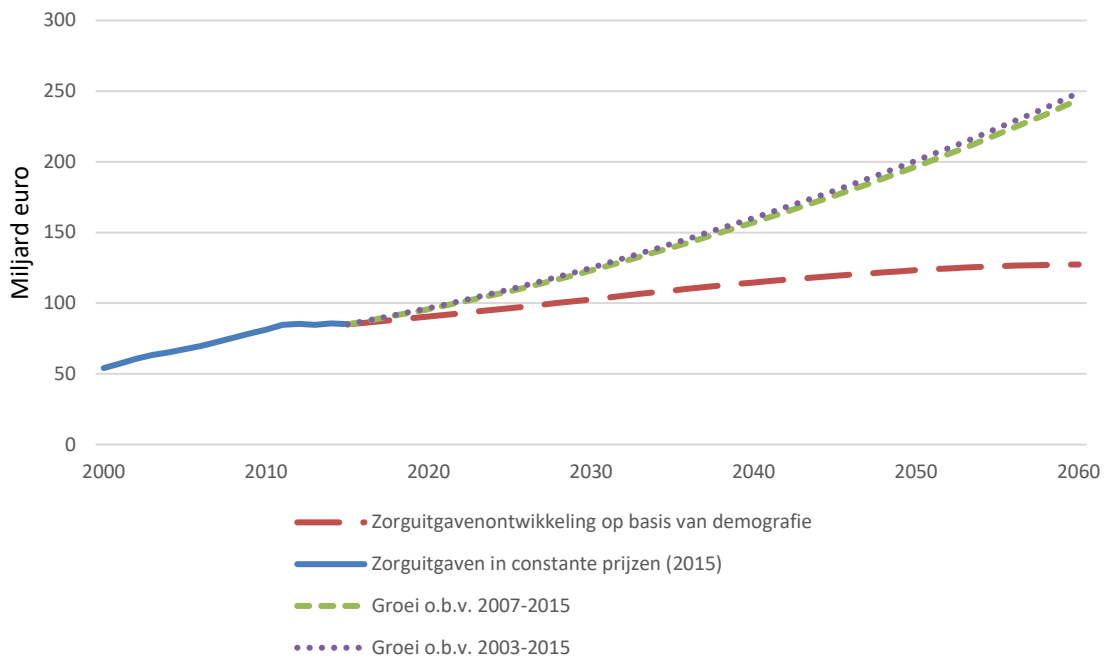
4.2 'Overige groei' en zorguitgaven

De zorguitgaven stijgen niet alleen door demografische ontwikkelingen. Zoals in hoofdstuk 2 werd besproken, wordt een belangrijk deel van de jaarlijkse groei veroorzaakt door andere factoren, zoals technologische ontwikkelingen, welvaart en sociaal-culturele veranderingen. Deze groei wordt vaak gevangen onder de noemer 'overige groei'. Bij toekomstprojecties waarbij ook 'overige groei' wordt meegenomen, maakt het veel uit welk perspectief wordt gehanteerd, op welke tijdreeks de trendanalyses zijn gebaseerd en met welke tijdshorizon er wordt gewerkt.

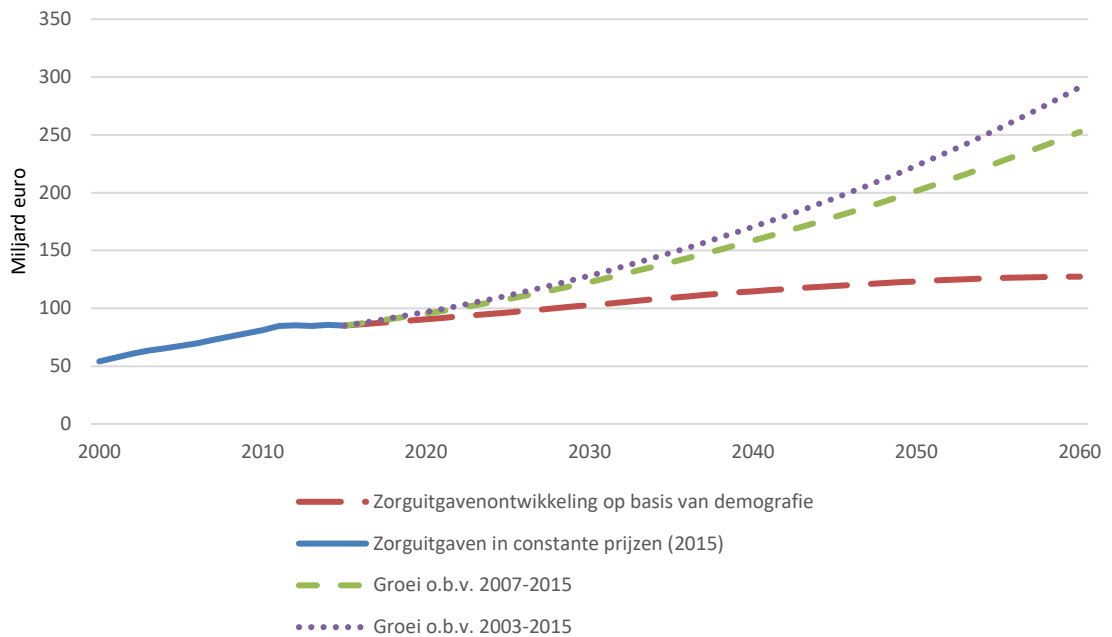
In de volgende paragrafen presenteren we twee varianten van de toekomstverkenning van de zorguitgaven. Deze verschillen in het gebruik van de gehanteerde 'overige' uitgavengroei. Deze groei is gebaseerd op trendanalyses. In de eerste variant is de overige groei gebaseerd op de (langetermijnperiode) periode 2003-2015. In de tweede variant (kortetermijnperiode) is de trendanalyse gebaseerd op de periode 2007-2015. Deze periode kenmerkt zich door een hoge volumegroei. De resulterende overige groei is dan ook hoger dan uit de trendanalyse over 2003-2015. Het effect van deze verschillen in de zorguitgavenverkenning wordt in de volgende paragrafen geschetst.

4.2.1 Toekomstprojecties op basis van sectorspecifieke groei

In figuur 4.6 kijken we naar de toekomstige ontwikkeling van zorguitgaven op basis van sectorspecifieke groei met als rode lijn de groei op basis van demografische ontwikkelingen. De zorguitgaven liggen in deze projecties in 2060 respectievelijk op 243 miljard (groene streepjeslijn) en 248 miljard euro (paarse stippellijn, langetermijnperiode) in constante prijzen (2015). Dat komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse groei van respectievelijk iets minder en iets meer dan 2,4 procent per jaar, waarvan ongeveer 1,5 procentpunt overige volumegroei. De bedragen liggen ongeveer 121 miljard euro hoger dan in de zorguitgavenprojectie waarbij alleen rekening werd gehouden met demografische ontwikkelingen. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat de invloed van de keuze voor een korte of langere periode voor de trendanalyse in dit geval niet veel uitmaakt. In 2060 levert dit een verschil op van ongeveer 5 miljard euro.



Figuur 4.6. Zorguitgavenprojecties op basis van sectorspecifieke groei.
Bron: RIVM.



Figuur 4.7. Zorguitgavenprojecties op basis van diagnosepecifieke groei.
Bron: RIVM.

4.2.2 Toekomstprojecties op basis van diagnosespecifieke groei

Het beeld wordt anders als we naar diagnosespecifieke overige groei kijken in plaats van sectorspecifieke overige groei. In Figuur 4.7 zien we dat de projecties op basis van de groei op korte en lange termijn flink uit elkaar lopen. Op basis van de langetermijnanalyses (de paarse stippellijn) komen we in 2060 op iets meer dan 291 miljard euro aan zorguitgaven (2015 prijzen). Dit komt overeen met een gemiddelde groei van 2,8 procent per jaar, waarvan 1,9 procentpunt overige volumegroei. Op basis van de kortetermijnanalyses (de groene streepjeslijn) komen de totale zorguitgaven in 2060 op bijna 253 miljard euro, overeenkomend met gemiddeld 1,6 procent overige volumegroei per jaar. Het verschil tussen de projecties met gebruik van korte- en langetermijntrends is bijna 39 miljard euro.

4.2.3 Sectorspecifieke groei versus diagnosespecifieke groei

Op basis van de Kosten van Ziekten-studie kunnen trendanalyses gemaakt worden op basis van diagnosegroepen en zorgsectoren. De keuze voor één van deze invalshoeken kan, zoals we uit het bovenstaande hebben kunnen afleiden, behoorlijke gevolgen hebben voor de uitkomsten van de toekomstprojecties. Hetzelfde geldt voor de keuze over welke periode de trendanalyses worden gemaakt. Deze keuzes hebben voor- en nadelen.

De sectorspecifieke invalshoek heeft het voordeel dat de analyse gebaseerd is op grote aantallen datapunten, waardoor de groeicijfers aan robuustheid winnen. Tegelijkertijd is de uitgavenontwikkeling vanuit sectorperspectief gevoelig voor grote beleidsveranderingen of veranderingen in de manier waarop zorg wordt geleverd. De invloed van beleid is veel kleiner als gekeken wordt vanuit een diagnosespecifiek perspectief. Bovendien geven diagnosespecifieke trends beter inzicht in

veranderingen in de behandeling van bepaalde aandoeningen, maar omdat het gemiddelde berekend wordt met kleinere aantallen datapunten, is de kans op uitschieters groter. Deze kleinere aantallen zijn het gevolg van het feit dat we meer diagnosegroepen onderscheiden dan dat we sectoren onderscheiden bij de trendanalyses.

Ook de keuze voor de periode van de trendanalyse heeft gevolgen. Bij een keuze voor een korte tijdsperiode hebben kleine fluctuaties (bijvoorbeeld door beleid) soms een sterke invloed op de jaarlijkse groei waarmee geprojecteerd wordt. Wanneer de jaarlijkse groei gebaseerd is op een langere tijdsperiode, worden ontwikkelingen in overige groei gematigder, en zijn de projecties minder gevoelig voor uitschieters in een bepaalde periode. Daarnaast heeft ook de keuze voor de tijdshorizon gevolgen. Als geprojecteerd wordt met een lange tijdshorizon hebben kleine verschillen door 'rente-op-rente'-effecten vaak grote invloed op het eindresultaat. Een verschil van soms maar enkele tiende procenten per jaar maakt op de lange tijdschaal een enorm verschil.

4.2.4

Onzekerheden en aannames bij sector- en diagnosespecifieke groei

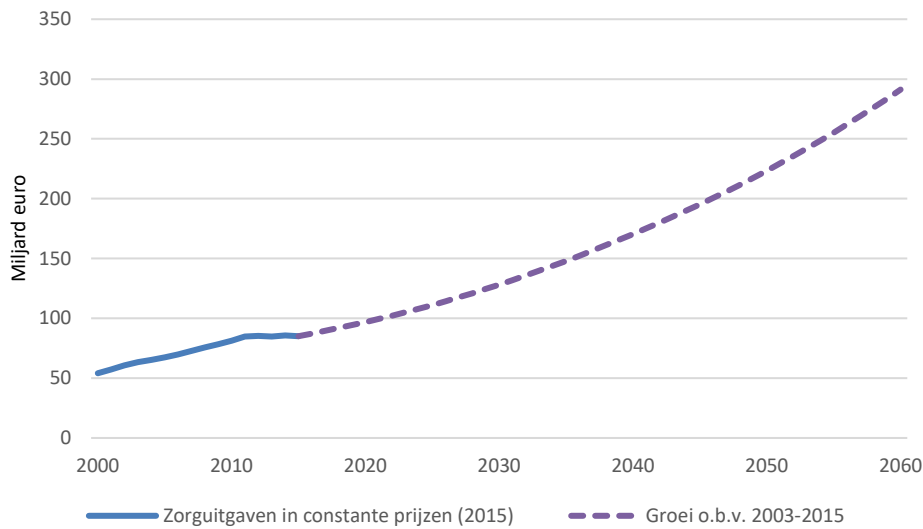
Zoals hierboven is aangestipt, is de grootste onzekerheid die meespeelt bij sectorspecifieke toekomstprojecties de invloed van beleid. Het is onduidelijk of sectoren in de toekomst altijd hetzelfde zullen blijven, omdat toekomstige ontwikkelingen in organisatie en financiering van zorg niet te voorspellen zijn. De belangrijkste aanname bij deze vorm van toekomstverkennen is dan ook dat de gezondheidszorg wat betreft inhoud, taakverdeling en organisatievorm niet zal veranderen in de komende decennia.

Bij diagnosespecifieke toekomstprojecties spelen deze beleidsonzekerheden een minder grote rol. Tegelijkertijd is er wel onzekerheid over de robuustheid van diagnosespecifieke groei. De Kosten van Ziekten-studie is in de loop van de tijd steeds beter geworden in het toewijzen van zorguitgaven aan aandoeningen. Dit betekent dat een deel van de historische groei in diagnosegroepen mogelijk het resultaat kan zijn van een betere toewijzing en niet van een epidemiologische of zorginhoudelijke verandering. En dit kan effect hebben op de groeicijfers voor de projecties. Als de zorgregistraties en de mogelijkheden voor toewijzing van zorguitgaven naar diagnosegroepen in 2003 even goed waren geweest als in 2017, was de diagnosespecifieke trend lager uitgevallen dan dat we nu berekenen. De hier geschetste uitgavengroei is in dat licht een overschatting van de werkelijke diagnosespecifieke uitgavenontwikkeling.

4.3

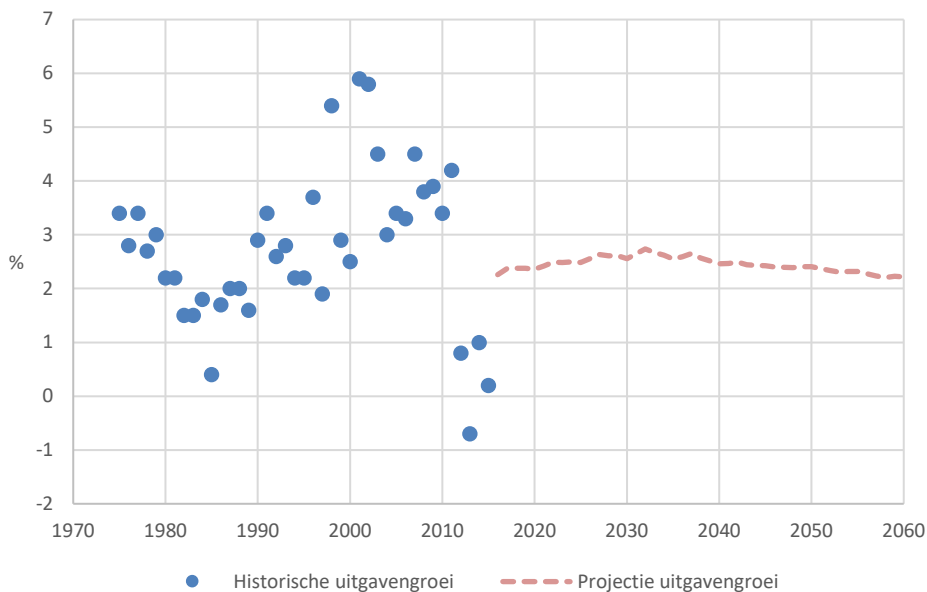
Keuze voor diagnosespecifieke projectie voor uitsplitsingen

Voor de presentatie van de resultaten van de verkenning in de volgende paragrafen is uitgegaan van een verkenning met gebruik van een diagnosespecifieke trend op basis van een langetermijntrendanalyse (2003-2015). Figuur 4.8 geeft deze variant weer.



Figuur 4.8. Zorguitgavenprojectie op basis van diagnosepecifieke langetermijngroei. Bron: RIVM.

Hoewel deze projectie gepaard gaat met de hierboven genoemde onzekerheden, sluit deze manier van toekomstverkennen het beste aan op de toekomstprojecties voor zorguitgaven die voor de VTV-2018 zijn gemaakt, zodat de resultaten onderling te vergelijken zijn. Een andere, belangrijkere overweging die bij de keuze voor deze variant een rol speelt, is het feit dat van alle varianten de gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven in deze variant (2,8 procent) de historische gemiddelde jaarlijkse groei (2,9 procent) het meest benadert (Figuur 4.9).

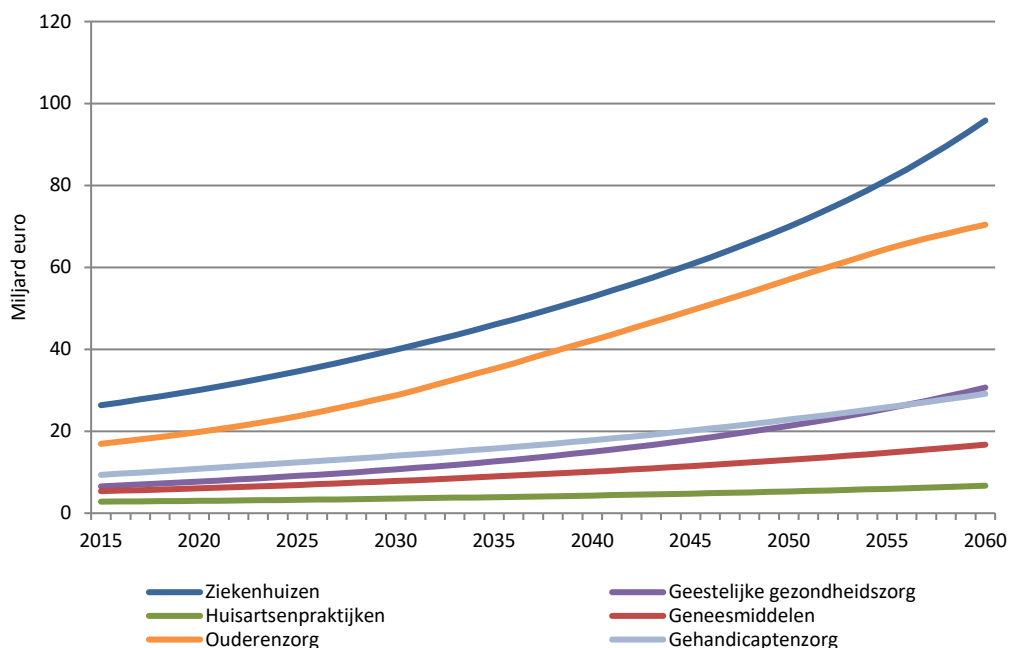


Figuur 4.9. Jaarlijkse groei van de zorguitgaven, 1975-2060. Bron: RIVM.

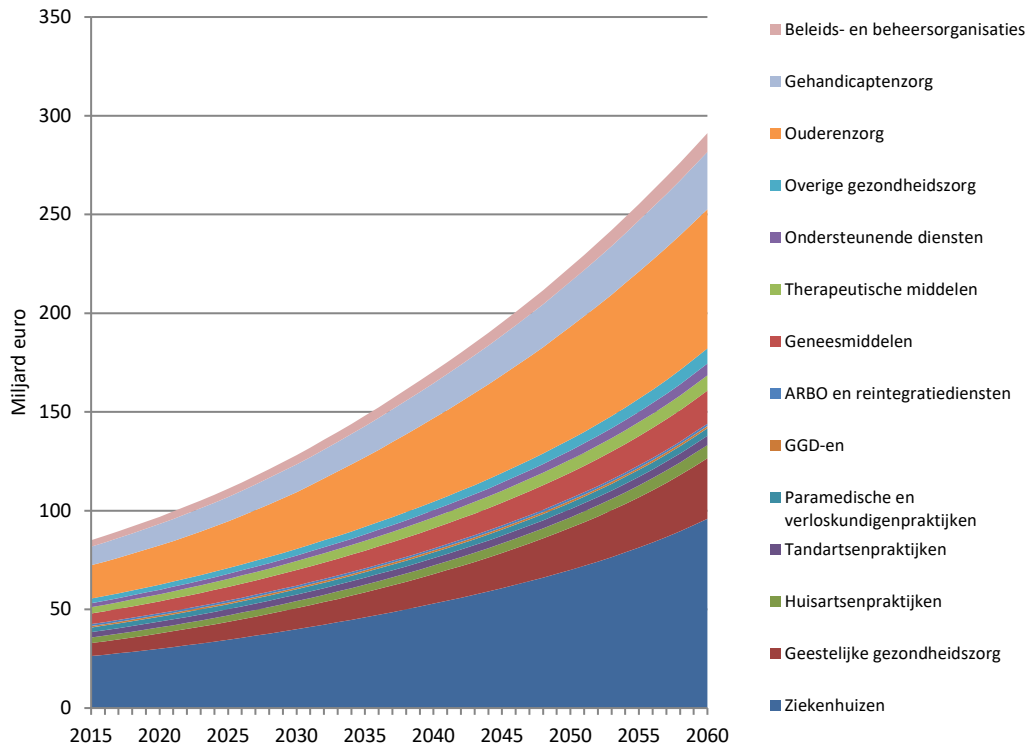
4.4 Zorguitgaven naar zorgsector

Als we op basis van de hierboven gekozen toekomstprojectie een uitsplitsing maken naar sectoren (Figuur 4.10), valt een aantal dingen op. Het meest geld gaat in 2060 naar ziekenhuiszorg: circa 96 miljard euro in constante prijzen (2015). Hiermee is de sector in 2060 ruim 3,5 keer zo groot als in 2015, wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,8 procent per jaar. Wat in deze ontwikkeling van de ziekenhuisuitgaven meespeelt, zijn de relatief hoge en snel stijgende uitgaven aan add-on geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget in het afgelopen decennium. De overheveling van de add-on geneesmiddelen van het (extramurale) geneesmiddelenbudget naar de ziekenhuizen heeft als gevolg dat er een relatief hoge overige uitgavengroei is voor de ziekenhuissector. Die groei vertaalt zich in een relatief hoge uitgavengroei voor de ziekenhuissector in de toekomstprojectie. De effecten van vergrijzing zien we het sterkst terug in de uitgavengroei van de ouderenzorg. In deze sector stijgen de uitgaven van bijna 17 miljard in 2015 naar ruim 70 miljard in 2060. Dat is meer dan een verviervoudiging en komt overeen met een gemiddelde groei per jaar van 3,2 procent. Ziekenhuiszorg en ouderenzorg zijn samen in 2060 goed voor 57 procent van de totale zorguitgaven. In 2015 was dit nog iets minder dan 51 procent.

Ook de gehandicaptenzorg groeit in een vergelijkbaar – zij het een iets lager – tempo dan de ouderenzorg, van iets meer dan 9 miljard in 2015 naar bijna 30 miljard. De geestelijke gezondheidszorg groeit daarentegen in relatief opzicht het meest. De zorguitgaven aan deze sector verviervoudigen bijna mede door een stijgende aantal mensen met psychische aandoeningen. In 2015 werd er 6,5 miljard euro aan geestelijke gezondheidszorg uitgegeven. In 2060 is dat meer dan 30 miljard.



Figuur 4.10. Toekomstprojectie zorguitgaven voor afzonderlijke sectoren, 2015-2060. Bron: RIVM.



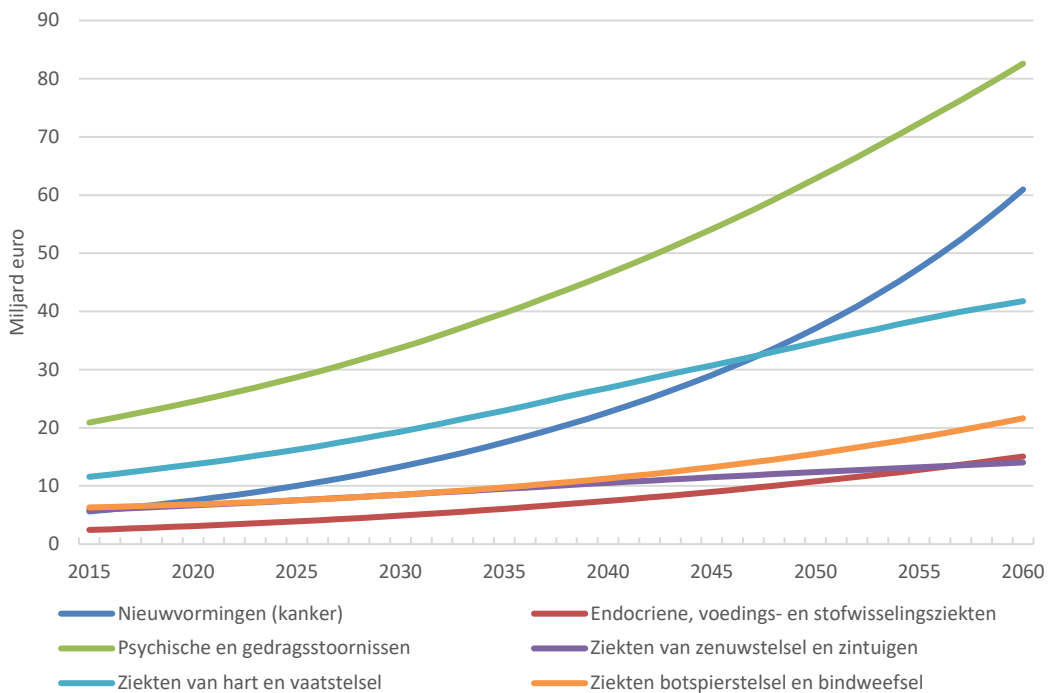
Figuur 4.11. Toekomstprojectie zorguitgaven naar zorgsector, 2015-2060. Bron: RIVM.

4.5 Zorguitgaven naar diagnose

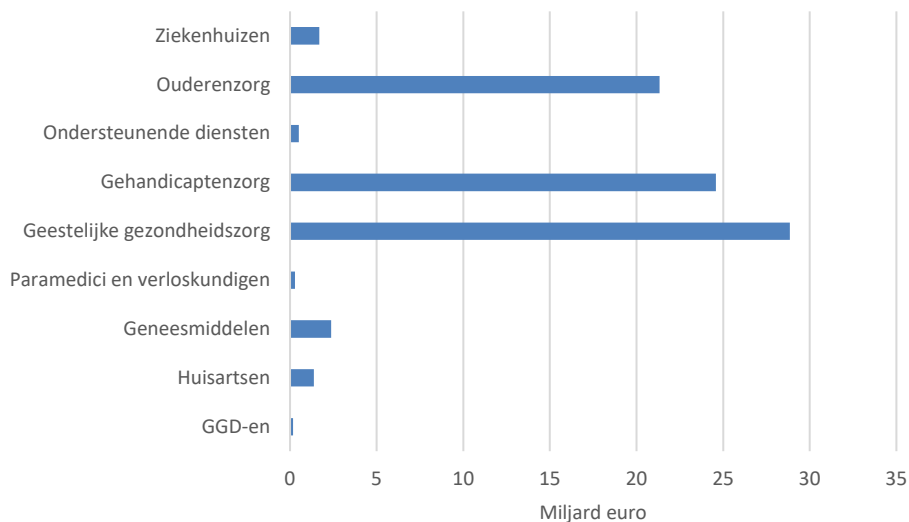
Als we kijken naar de zorguitgaven verdeeld over ICD-10 hoofdgroepen⁷¹ (Figuur 4.12) zien we een aantal bijzonderheden. Psychische en gedragsstoornissen blijft de hoofdgroep met hoogste zorguitgaven. De uitgaven groeien van 20 miljard in 2015 naar bijna 83 miljard in 2060, overeenkomend met een gemiddelde jaarlijks groei van 3,2 procent. Deze hoge uitgaven – vergelijkbaar met de uitgavengroei van de ouderenzorg als geheel – zijn vooral het gevolg van het feit dat onder deze hoofdgroep naast de behandeling van psychische aandoeningen en gedragsstoornissen ook de behandeling van mensen met dementie en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vallen (Figuur 4.13). De zorg voor mensen met dementie en voor mensen met een verstandelijke beperking is langdurig en intensief. Het aandeel van deze brede ICD-definitie van psychische aandoeningen en gedragsstoornissen in de totale zorguitgaven stijgt van ongeveer 25 naar 28,5 procent.

⁷¹ De ICD-10 is de tiende editie van de [International statistical Classification of Diseases and related health problems](#) die wordt opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Daarnaast valt op dat de zorguitgaven als gevolg van kanker sneller stijgen dan de zorguitgaven aan hart- en vaatziekten. Kanker klimt van plaats vijf naar plaats twee van de ranglijst van aandoeningen met de hoogste zorguitgaven. In het volgende hoofdstuk zullen we langer stilstaan bij dementie, kanker en hart- en vaatziekten.



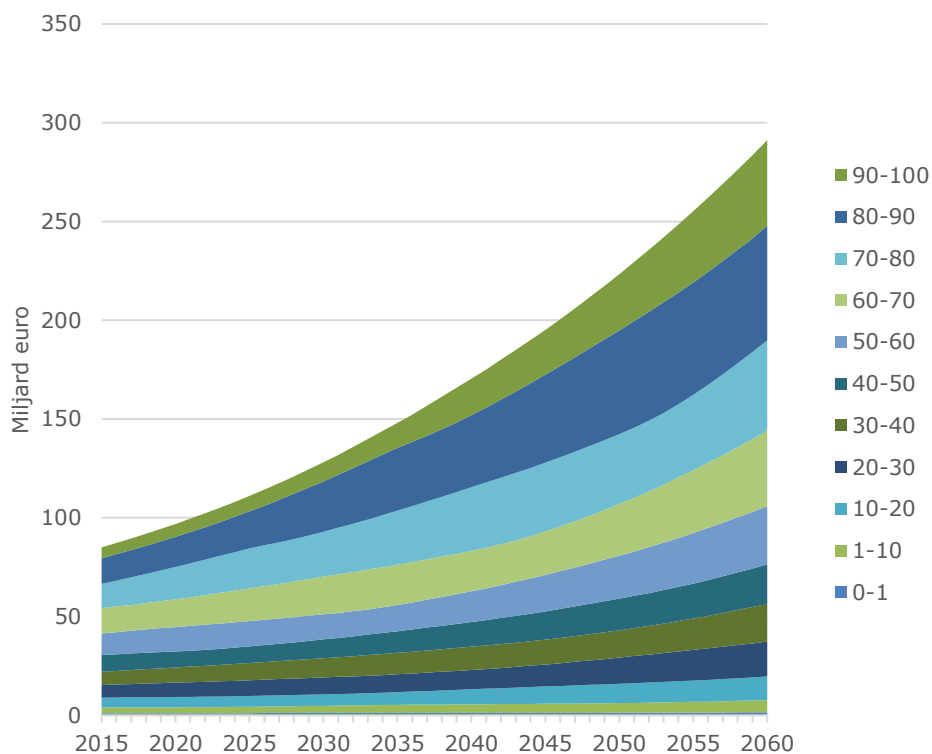
Figuur 4.12. Toekomstprojectie zorguitgaven voor afzonderlijke diagnoses, 2015-2060. Bron: RIVM.



Figuur 4.13. Zorguitgaven voor psychische en gedragsstoornissen in 2060 naar zorgsector. Bron: RIVM.

4.6 Zorguitgaven naar leeftijd en geslacht

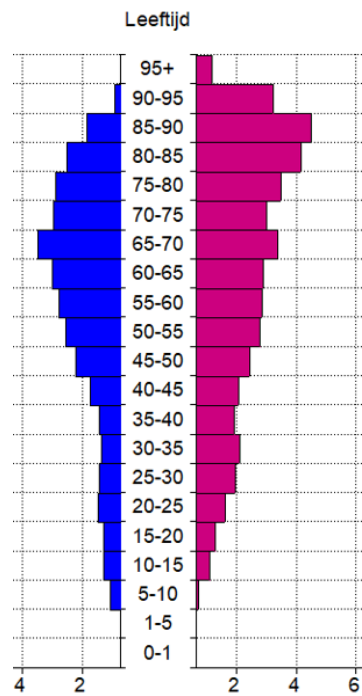
In het onderstaande figuur (Figuur 4.14) is de zorguitgavenontwikkeling onderverdeeld naar leeftijdsklassen. De groei van de zorguitgaven van ouderen is goed zichtbaar. Zo stijgen de zorguitgaven voor de groep 65 jaar en ouder tussen 2015 en 2060 van ongeveer 37 naar 167 miljard euro; een gemiddelde groei van 3,4 procent per jaar. Dit komt overeen met een stijging van 44 naar 58 procent van de totale zorguitgaven. Ondanks de stijgende zorguitgaven, groeit het relatieve aandeel van de zorguitgaven voor 65-plussers in de totale zorguitgaven na 2040 vrijwel niet meer.⁷² De zorguitgaven voor de groep oudere ouderen (85+) stijgt tussen 2015 en 2060 van 17 naar 75 miljard euro, ofwel van 20 naar 26 procent van de totale zorguitgaven.



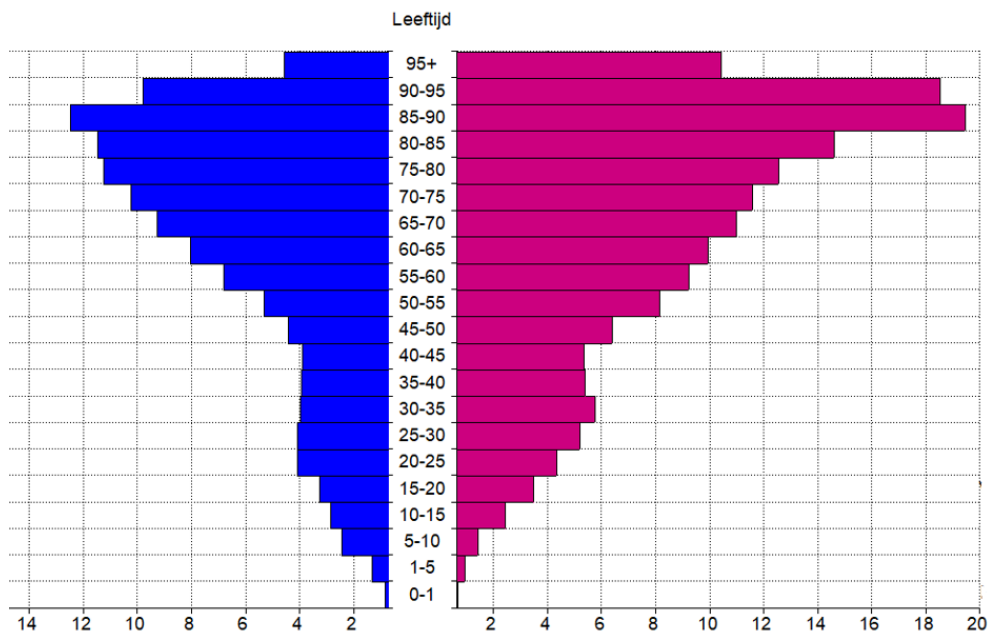
Figuur 4.14. Zorguitgavenprojectie naar leeftijdsklassen, 2015-2060. Bron: RIVM.

Achter deze ontwikkelingen gaan echter ook verschuivingen in het uitgavenpatroon van mannen en vrouwen schuil. De zorguitgaven in 2015 waren voor vrouwen hoger dan voor mannen (Figuur 4.15) en in de verkenning naar 2060 blijft dit zo (Figuur 4.16). We zien we een toename van de uitgaven binnen de leeftijdscategorie 90 jaar en ouder. Dit komt vooral doordat er in 2060 veel meer 90-plussers zijn dan in 2015. De hogere zorguitgaven voor vrouwen worden onder andere verklaard doordat vrouwen een hogere levensverwachting hebben dan mannen, met als gevolg dat er meer oudere vrouwen zijn dan mannen. Dit verschil tussen mannen en vrouwen verandert naar verwachting niet tussen 2015 en 2060 (zie ook paragraaf 4.1).

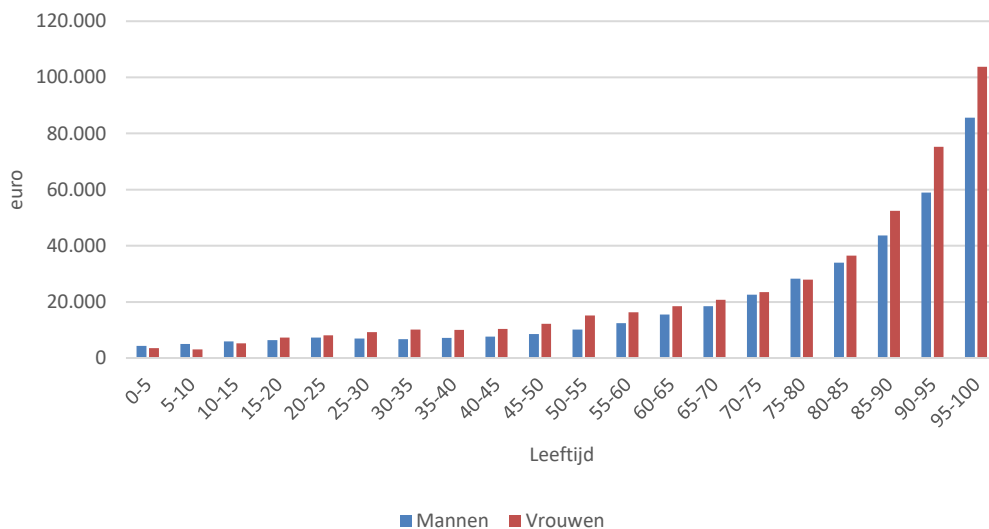
⁷² Vgl. RIVM, '[Vraag 2: Waaraan geven we onze zorgelers uit in de toekomst?](#)', *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht* (Bilthoven 2018).



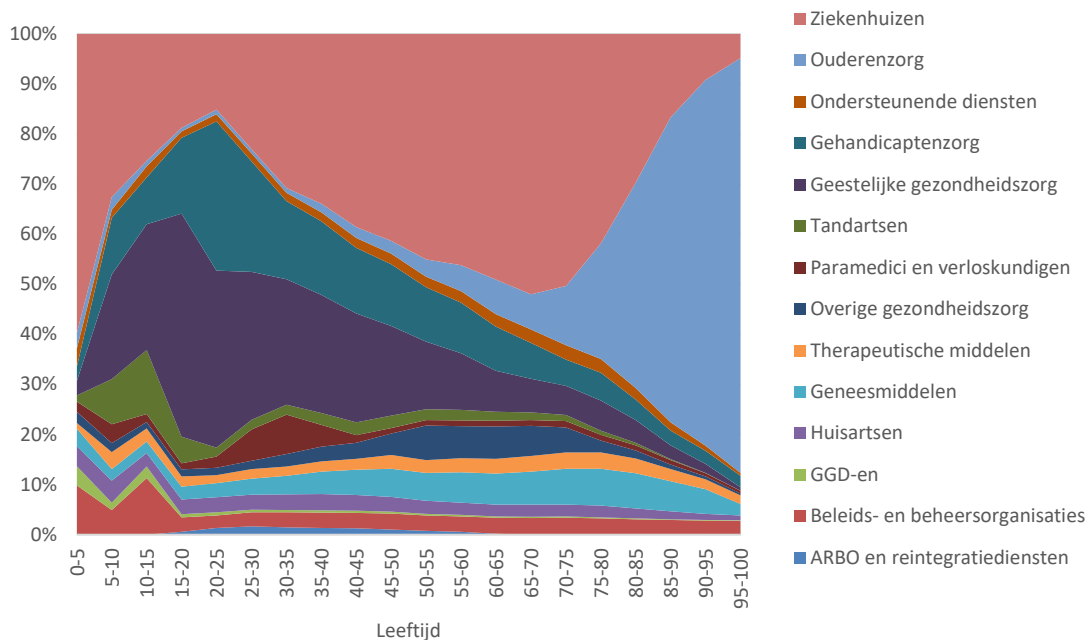
Figuur 4.15. Zorguitgaven naar leeftijd en geslacht in 2060 in miljarden euro's. Blauw: mannen - Rood: vrouwen. Bron: RIVM.



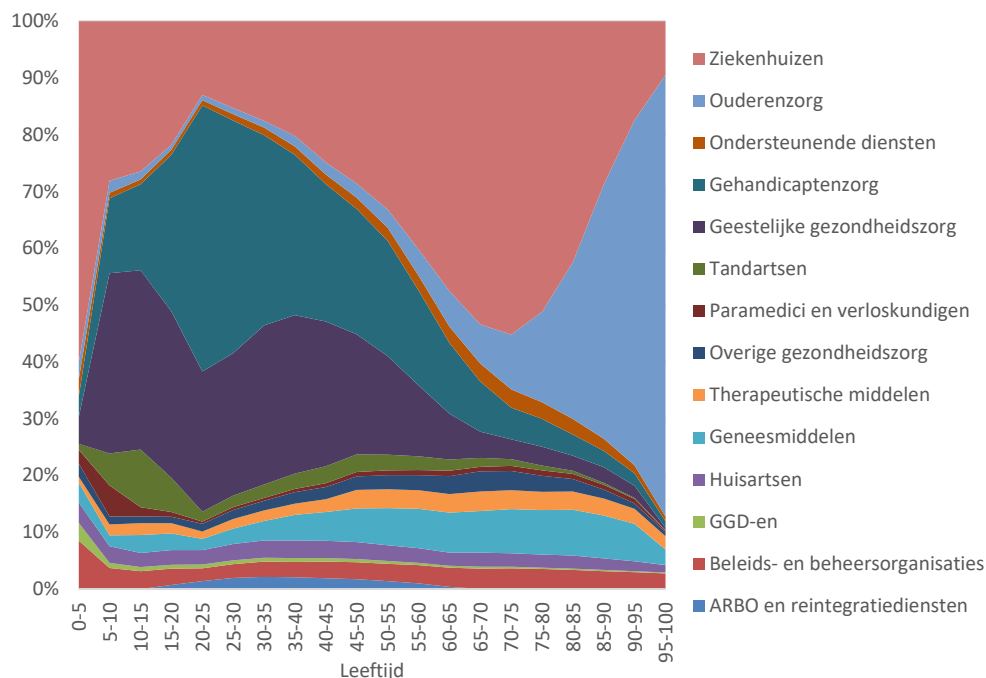
Figuur 4.16. Zorguitgaven naar leeftijd en geslacht in 2060 in miljarden euro's. Blauw: mannen - Rood: vrouwen. Bron: RIVM.



Figuur 4.17. Zorguitgaven per inwoner naar leeftijd en geslacht in 2060. Bron: RIVM.



Figuur 4.18. Relatieve verdeling van de zorguitgaven per persoon naar sector en leeftijd voor vrouwen in 2060. Bron: RIVM.



Figuur 4.19. Relatieve verdeling van de zorguitgaven per persoon naar sector en leeftijd voor mannen in 2060. Bron: RIVM.

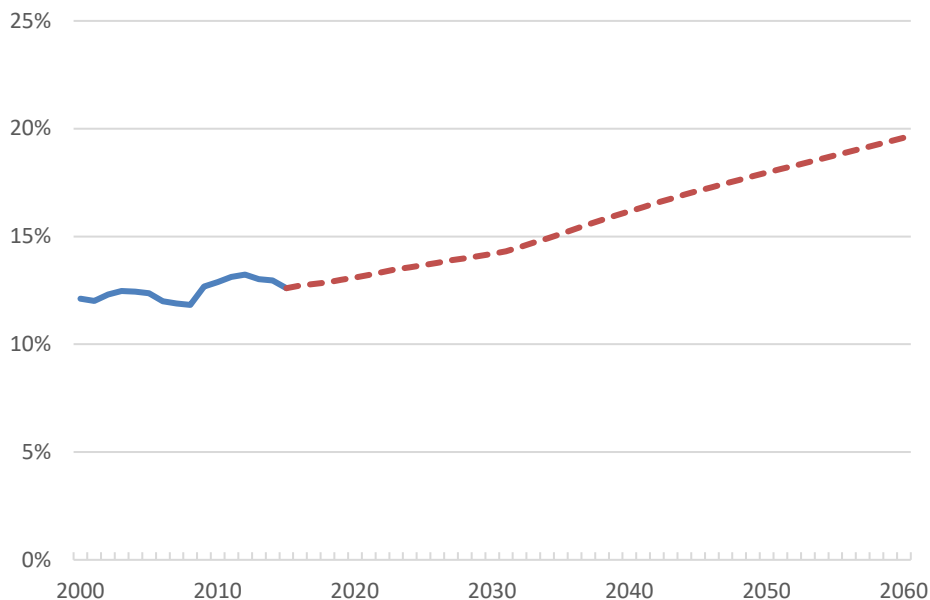
Dit is echter maar een deel van het verhaal. In Figuur 4.17 tot en met 4.19 zijn de gemiddelde zorguitgaven per persoon in een bepaalde leeftijdscategorie weergegeven en de verdeling van die zorguitgaven naar zorgsectoren. De zorguitgaven per inwoner nemen met de leeftijd niet alleen toe, we zien ook dat vrouwen over het algemeen per persoon hogere zorguitgaven hebben dan mannen. De uitzondering hierop zijn de leeftijdsgroepen 0 tot 15 en 75 tot 80 jaar, waarbij de zorguitgaven per persoon voor mannen hoger zijn. Dit komt vooral door het feit dat mannen binnen deze leeftijdsgroepen vaak meer curatieve zorg gebruiken dan vrouwen. Bij de groep 75 tot 80 geldt bovendien dat mannen over het algemeen vaak eerder sterven dan vrouwen. In het laatste levensjaar wordt vaak meer curatieve zorg gebruikt. Een doordat meer mannen sterven, zijn de uitgaven voor ouderenzorg voor mannen gemiddeld genomen lager. Dit zien we ook terug in de verdeling van de zorguitgaven over sectoren naar leeftijd. Na de leeftijd van 75 wordt er bij vrouwen gemiddeld genomen relatief meer uitgegeven voor ouderenzorg en minder voor ziekenhuiszorg dan bij mannen (Figuur 4.18 en 4.19). Bovendien is het aandeel van zorguitgaven voor genees- en hulpmiddelen voor mannen over de gehele leeftijdspectrum genomen hoger dan bij vrouwen.

4.7 Zorguitgaven en de economie

De financiële houdbaarheid van de zorguitgaven hangt onder meer samen met de ontwikkeling van de economie. Zoals eerder al is aangestipt is die ontwikkeling moeilijk te voorspellen. Ook hier gaan we – naast andere factoren – af op historische gegevens. Hierbij is gekozen om, net als in de VTV-2018, aan te sluiten bij de toekomstprojectie van het Centraal

Planbureau gebaseerd op het Centraal Economisch Plan uit 2014.⁷³ We gaan in de hierop volgende figuren dan ook uit van een gemiddelde jaarlijkse reële groei van de economie met 1,7 procent voor de periode tot 2060. Hoewel de jaarlijkse fluctuaties in de groei flink kunnen verschillen en andere verkenningen rekening houden met een veel lagere groei op de middellange termijn⁷⁴, komt een groei van 1,7 procent per jaar redelijk overeen met de historische ontwikkeling van het bbp.⁷⁵

Uitgaande van deze aannames, zien we dat in onze toekomstprojecties de zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product tussen 2015 en 2060 stijgen van 12,7 naar 19,6 procent (Figuur 4.20). Dit zou betekenen dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking zouden toenemen van ruim 5.100 euro naar bijna 15.800 euro: een verdrievoudiging (Figuur 4.21). Dit bij een stijging van het bbp van 675 miljard euro in 2015 naar 1.487 miljard euro in 2060.

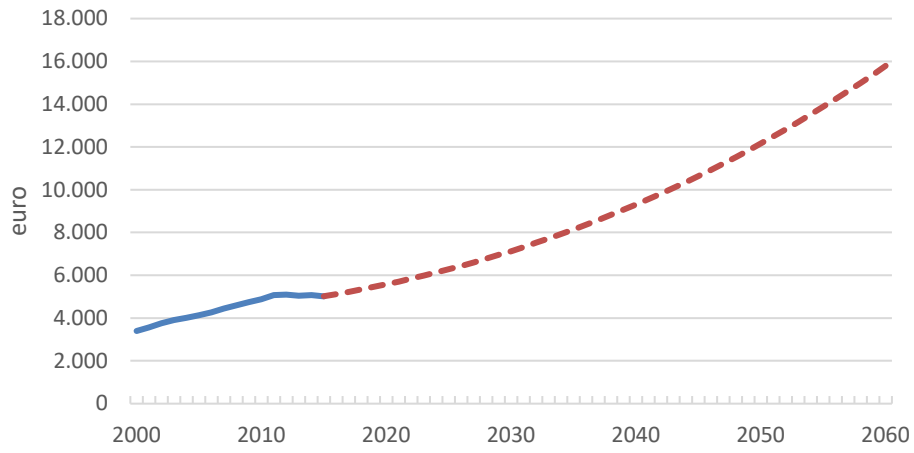


Figuur 4.20. Zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product, 2000-2060. Bron: RIVM/CPB.

⁷³ CPB, [Centraal Economisch Plan 2014](#) (Den Haag 2014).

⁷⁴ Vgl. CPB, [Middellangetermijnverkenning 2022-2025](#) (Den Haag 2019).

⁷⁵ Vgl. bijvoorbeeld de bijlage '[Kerngegevens voor Nederland, 1970-2015](#)' bij het Centraal Economisch Plan 2016 van het CPB.



*Figuur 4.21. Zorguitgaven per hoofd van de bevolking 2000-2060.
Bron: RIVM/CPB.*

5 Uitgelicht: kanker, hart- en vaatziekten en dementie

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de zorguitgavenontwikkeling op het gebied van dementie, kanker en hart- en vaatziekten. Voor deze ziektegroepen kijken we in meer detail naar de toekomstverkenning van de zorguitgaven en staan we stil bij een aantal vragen, zoals: hoe ziet de groei er precies uit? Waardoor kan die groei worden verklaard? Wat weten we over de factoren die de toekomstprojectie kunnen beïnvloeden? Is het aannemelijk dat die factoren ook in de toekomst zo'n grote invloed zullen hebben of zijn er redenen om aan te nemen dat dit anders zou kunnen zijn?

5.1 Dementie

Dementie is een verzamelnaam voor een groot aantal hersenaandoeningen waarbij het neurocognitieve functioneren – het verwerken van informatie door de hersenen – achteruitgaat. De meest voorkomende vormen van dementie zijn⁷⁶:

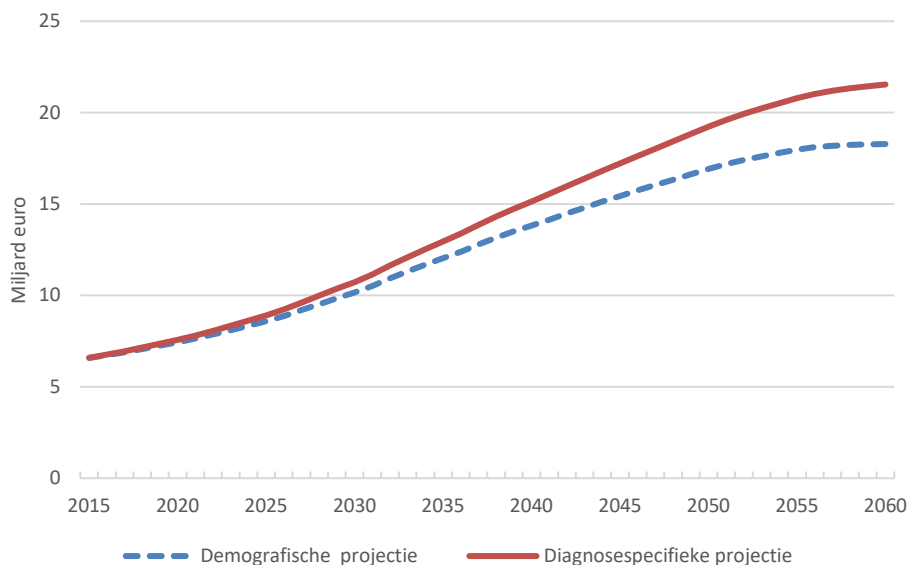
- ziekte van Alzheimer (ca. 65 procent van alle dementie);
- vasculaire dementie (ca. 29 procent);
- frontotemporale dementie (ca. 4 procent);
- Lewy body-dementie (ca. 2 procent).

Het meest in het oog springende symptoom van dementie zijn geheugenproblemen. Daarnaast heeft iemand met dementie vaak ook moeite met taal en spraak, verlamming of coördinatieproblemen, moeite met herkenning en problemen met plannen en organiseren. Ook stemmings- en gedragsproblemen als depressie, angstklachten, apathie, hyperactiviteit, rusteloosheid, agitatie, achterdocht, agressie, wanen en hallucinaties komen vaak voor.⁷⁷ De impact van dementie op het leven van mensen, de samenleving en de gezondheidszorg is aanzienlijk. Onder zorguitgaven voor dementie vallen onder andere uitgaven in de verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, specialistische zorg, maar ook thuiszorg en dagbesteding.

Dementie is een aandoening die sterke samenhang vertoont met veroudering. De zorg kenmerkt zich vooral door langdurige verpleging. Het is dan ook niet verwonderlijk dat demografische ontwikkelingen een belangrijke motor zijn achter de zorguitgaven voor dementie (Figuur 5.1). Het verschil in de projecties tussen de demografische en diagnosespecifieke groei is klein. Ook in de groeicijfers zien we het belang van demografie terug. Van de gemiddelde stijging van 2,7 procent per jaar, komt 2,3 procentpunt voor rekening van demografie. Een deel van de overige groei zou ook verklaard kunnen worden door het feit dat steeds meer mensen andere aandoeningen 'overleven'.

⁷⁶ A.L. Francke, I. van der Heide, S. de Bruin, R. Gijzen, R. Poos en M. Verbeek, [Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact. Themaportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg](#) (Utrecht 2018), pp. 10-13.

⁷⁷ Francke et al., [Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg](#), pp. 9-10; Alzheimer Nederland, [Symptomen van dementie](#) (Utrecht 2019), bezocht op 2 november 2019.



Figuur 5.1. Demografische en diagnosespecifieke projectie van zorguitgaven voor dementie, 2015-2060. Bron: RIVM.

Hoewel dementie een speerpunt is in wetenschappelijk onderzoek, is er nog geen direct zicht op een geneesmiddel dat dementie geneest.⁷⁸ Voor alle vormen van dementie geldt dat zij (vooralsnog) niet te genezen zijn. Er zijn echter wel geneesmiddelen die de symptomen van dementie (op bescheiden schaal) kunnen afremmen, maar die werken niet bij alle mensen met dementie.⁷⁹ Preventie gericht op risicofactoren kan – met name bij vasculaire dementie – een rol spelen in het terugbrengen van het aantal patiënten. Er zijn vooralsnog geen sterke aanwijzingen dat de zorguitgavenontwikkeling door therapeutische innovaties geheel anders zou kunnen verlopen.

5.2 Kanker

Kanker is een verzamelnaam voor een groep van ziekten die worden aangeduid met de term 'kwaadaardige (maligne) nieuwvormingen'. Nieuwvormingen hebben één gemeenschappelijk kenmerk: een ongeremde deling van lichaamscellen, waardoor een gezwel of tumor ontstaat. Er zijn goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen. Alleen kwaadaardige nieuwvormingen noemen we kanker. Bij kanker zijn de genen die cellen onder controle houden zo beschadigd, dat de cellen zich zeer afwijkend gaan gedragen. Zij kunnen omliggende weefsels en organen binnendringen en daar ook groeien. Ze worden aangeduid met de term 'invasief'. Kwaadaardige nieuwvormingen kunnen ook uitzaaien. Dat wil zeggen dat ze zich kunnen verspreiden door het lichaam, meestal via het bloed of lymfevaten, en ergens anders in het lichaam tot een tumor leiden.⁸⁰

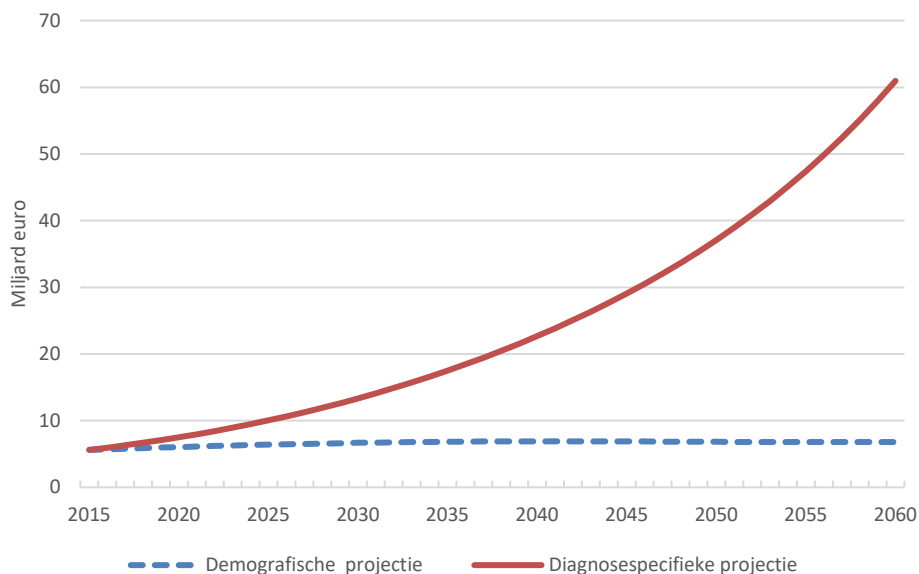
⁷⁸ Francke et al., *Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg*, p. 10.

⁷⁹ M.G.M. Olde Rikkert, E. van Exel, A.W. Knol-Lemstra, G. Roks, F.R.J. Verhey, 'Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie', *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2015;159:A8671.

⁸⁰ R. Vonk, J. Korevaar, L. Van Saase en C. Schoemaker, [Een samenhangend beeld van kanker: ziekte, zorg, mens en maatschappij. Themaportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg](#) (Bilthoven 2016); Zie ook: RIVM, '[Kanker](#)', Volksgezondheidszorg.info, bezocht 3 november 2019.

De behandeling van kanker heeft vaak een hoogtechnologisch en specialistisch karakter, zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling. Het medische palet is breed en bestaat vaak uit (combinaties van) chirurgie, chemotherapie, radiotherapie en immuno- en gentherapieën.⁸¹ Dit zien we ook terug in de verdeling van de uitgaven over verschillende sectoren. Ziekenhuiszorg neemt daarbij met bijna 49 miljard euro in 2060 de belangrijkste plaats in. De behandeling van kanker vindt dan ook vooral plaats in het ziekenhuis en heeft zich de afgelopen decennia stormachtig ontwikkeld. Dit heeft ook geleid tot een gestage stijging van de overlevingskansen die zich waarschijnlijk de komende decennia zal doorzetten.⁸²

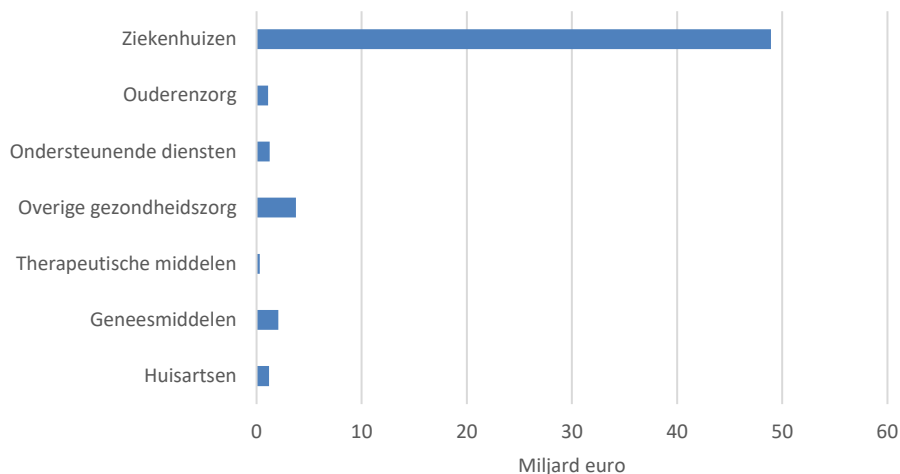
Hoewel kanker samenhangt met veroudering is demografie niet de belangrijkste drijvende kracht achter de zorguitgavengroei voor deze aandoening. In Figuur 5.2 zien we dat de demografische en diagnosespecifieke trend behoorlijk uit elkaar liggen. Op basis van demografie stijgen de zorguitgaven van kanker van 5,6 miljard in 2015 naar bijna 6,8 miljard in 2060. Op basis van de diagnosespecifieke trend stijgen de zorguitgaven naar bijna 61 miljard euro in 2060.



Figuur 5.2. Demografische en diagnosespecifieke projectie van zorguitgaven voor kanker, 2015-2060. Bron: RIVM.

⁸¹ Vonk et al., *Een samenhangend beeld van kanker*, pp. 19-21.

⁸² Zie bijvoorbeeld: RIVM, '[Andere zorgvraag door betere behandelingen](#)', *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht* (Bilthoven 2018); IKNL, '[Overleving van kankerpatiënten vijf jaar na diagnose stijgt met ongeveer 1% per jaar](#)' (Utrecht 2020).



Figuur 5.3 Uitgaven aan kanker in 2060 naar zorgsector. Bron: RIVM

De zorguitgavengroei bij kanker wordt vooral gedreven door 'overige groei'. De gemiddelde jaarlijkse groei tussen 2015 en 2060 ligt op 5,4 procent. Ongeveer 0,4 procentpunt van deze groei is toe te schrijven aan demografie. De grote invloed van 'overige groei' op de toekomstprojecties voor kanker wordt vooral veroorzaakt door de aanzienlijke hoeveelheid nieuwe behandelmethode en geneesmiddelen die in de afgelopen jaren voor kanker op de markt zijn gekomen. Deze uitgaven vallen op dit moment vrijwel volledig onder het ziekenhuisbudget. Dit verklaart waarom de uitgaven aan ziekenhuiszorg in 2060 zo hoog zijn (Figuur 5.3).

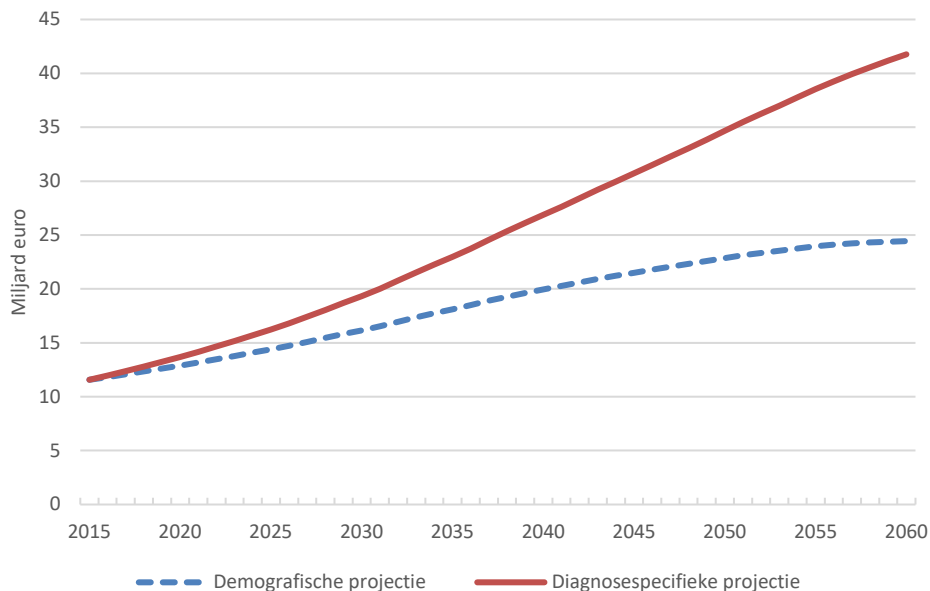
Kanker is één van de aandoeningen waar veel medisch-wetenschappelijk onderzoek naar wordt gedaan. Als we kijken naar wat er in de nabije toekomst op het gebied van nieuwe en vaak dure geneesmiddelen in de zogenaamde 'pijplijn' zit, is het onwaarschijnlijk dat de groei op korte termijn zal temperen.⁸³ Tegelijkertijd is het gebruik van dure technologie in de zorg ook een beleidsvraagstuk waar via beheersingsmaatregelen direct kan worden ingegrepen. De onzekerheid zit dus vooral in de vraag of, wanneer en hoe er door beleidsmakers zal worden ingegrepen in de groei van de zorguitgaven voor kanker en wat de gevolgen daarvan zijn voor de toegankelijkheid van zorg.

5.3 Hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten is een verzamelnaam voor een groot aantal aandoeningen die betrekking hebben op het hart en de bloedvaten. Coronaire hartziekten zijn de meest voorkomende aandoening binnen deze groep, gevolgd door cerebrovasculaire aandoeningen (beroertes). Coronaire hartziekten en beroertes vormen samen meer dan de helft van het totaal aantal hart- en vaatziekten. Daarnaast vallen ziekten als hartfalen, perifere vaatlijden en atherosclerose, maar ook aangeboren

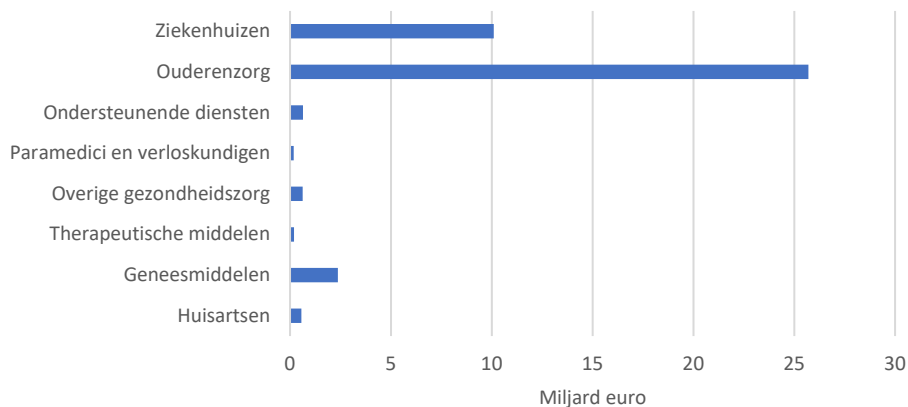
⁸³ Het Zorginstituut Nederland maakt voor dit doel zogenaamde horizonsscans, zie voor een overzicht voor de aankomende geneesmiddelen voor kanker: <https://www.horizonscangeneesmiddelen.nl/geneesmiddelen?hoofd-niveau=domein&domein=oncologie-en-hematologie>

hartafwijkingen, reumatische hartziekten en infectieuze hartziekten onder deze groep.⁸⁴



Figuur 5.4. Demografische en diagnosespecifieke projectie van zorguitgaven voor hart- en vaatziekten, 2015-2060. Bron: RIVM.

Hart- en vaatziekten was in 2015 na psychische en gedragsstoornissen de diagnosegroep met de hoogste zorguitgaven, bijna 11 miljard euro. In onze toekomstprojectie stijgen deze uitgaven tot bijna 42 miljard euro in 2060. Dat is een gemiddelde groei van ongeveer 2,9 procent per jaar, waarvan 1,7 procentpunt als gevolg van demografische ontwikkelingen (Figuur 5.4).



Figuur 5.5. Uitgaven aan hart- en vaatziekten in 2060 naar zorgsector. Bron: RIVM.

⁸⁴ RIVM, '[Hart- en vaatziekten](#)', Volksgezondheidszorg.info, bezocht op 3 november 2019.

In 2015 waren de zorguitgaven aan hart- en vaatziekten ongeveer in gelijke mate verdeeld over ouderenzorg en ziekenhuiszorg. In onze toekomstprojecties zien we voor hart- en vaatziekten duidelijk de invloed van vergrijzing. Het zwaartepunt van de zorg voor hart- en vaatziekten verschuift langzaam richting de ouderenzorg (Figuur 5.5). Dit is ook het gevolg van een verandering in de epidemiologie: hart- en vaatziekten krijgen steeds meer een chronisch karakter. Acute zorg en medisch-specialistisch ingrijpen maakt plaats voor chronische zorg buiten het ziekenhuis.⁸⁵

⁸⁵ Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, [Cardioloog van de toekomst. Eindrapport projectgroep cardioloog van de toekomst 2016](#) (Amsterdam 2016).

6 Conclusies en beschouwing

In dit rapport is aan de hand van projecties gebaseerd op demografische, sector- en diagnosespecifieke trends de mogelijke ontwikkeling verkend van de zorguitgaven naar leeftijd, geslacht, diagnose en zorgsector tussen 2015 en 2060. Hoewel de omvang van de zorguitgaven in 2060 tussen sector- en diagnosespecifieke projecties verschilt, leveren de projecties een coherent en robuust beeld op. De zorguitgaven zullen naar verwachting blijven stijgen, ook na de 'piek' van de vergrijzing rond 2035/2040. De invloed van demografische ontwikkelingen op de zorguitgavengroei na 2035 neemt snel af, maar deze afname heeft vrijwel geen effect op de (gemiddelde) jaarlijkse groei van ongeveer 2,8 procent per jaar.

Dit neemt niet weg dat vergrijzing een belangrijke factor is. We zien immers duidelijk een geboortecohort dat zich in de tijd door de bevolkingspiramide heen beweegt. Maar vergrijzing speelt *op zichzelf* geen doorslaggevende rol bij de toekomstige zorguitgavenontwikkeling. Dit wordt vooral zichtbaar bij diagnosespecifieke projecties. Bij de projecties voor kanker en hart- en vaatziekten is de invloed van 'overige groei' veel groter dan demografische ontwikkelingen. De groei wordt vooral veroorzaakt door niet-vergrijzingsgerelateerde factoren. Hierbij moet vooral gedacht worden aan de doorzettende intensivering van zorg, met name in de curatieve sector. Mensen komen door nieuwe diagnostiek en voortschrijdende medische kennis eerder in de zorg terecht, en worden daar ook langer en intensiever behandeld – bij chronische aandoeningen vaak een heel leven lang. Bovendien gaan die behandelingen gepaard met steeds meer nieuwe, vaak dure, technologie of geneesmiddelen. Ook stijgen de zorguitgaven mee met de welvaart. We zijn als samenleving in staat om bij een stijgende welvaart (steeds) meer aan zorg uit te geven, en dat wordt ook gedaan omdat gezondheid immers een groot persoonlijk en maatschappelijk goed is. Daarbij hebben we ook een sterke maatschappelijke voorkeur. We besteden dit extra geld het liefste aan curatieve zorg.

Voor de ouderenzorg liggen de zaken geheel anders. Daar hebben demografische ontwikkelingen een veel grotere invloed op de groei van de zorguitgaven en spelen technologische ontwikkelingen en een stijgende welvaart een veel kleinere rol. Bij de ontwikkeling van de ouderenzorg zien we – anders dan bij andere sectoren – wel degelijk een afname van de gemiddelde jaarlijkse groei na 2040 die samenhangt met vergrijzing. Dit zien we ook terug bij de projecties voor de zorguitgaven voor dementie. Waar de uitgaven aan curatieve zorg blijven stijgen, vlakken de uitgaven aan ouderenzorg juist af.

Dat betekent echter niet dat de toename van het aantal ouderen geen gevolgen heeft voor het maatschappelijk draagvlak (*willingness to pay*) en (financiële) draagkracht (*ability to pay*), als het gaat om de zorguitgavenontwikkeling. Het zwaartepunt van de uitgaven ligt immers bij ouderen, en hun aantal neemt sterkt toe. Dit kan effect hebben op de solidariteit en solidariteitsbereidheid tussen leeftijds- en risicogroepen. De gezondheidszorg, en andere sociale regelingen, worden via een

omslagstelsel gefinancierd. Ieder jaar worden de kosten bij de premiebetalers in rekening gebracht. Er wordt geen spaarpotje voor de toekomst gevormd. Iedereen gaat dus meebetalen aan de hoge kosten van de groter wordende groep ouderen. De vraag is of men bereid is dat te blijven doen.

Bovendien zal een groeiende gezondheidszorg ook steeds meer behoefte hebben aan personeel. Met name in de ouderenzorg – waar technologie een veel minder prominente rol speelt dan in de curatieve zorg – kan dit op termijn voor grotere personeelsproblemen zorgen dan de sector nu al heeft. Er zijn minder mensen beschikbaar om in de zorg te werken, en de mogelijkheden om dit met technologie op te vangen, lijken er vooralsnog niet te zijn.

De verschillen tussen de sectorspecifieke en diagnosespecifieke zorguitgavenprojecties illustreren nog een andere uitdaging. De sectorspecifiek projecties vertonen een gematigder groei dan de diagnosespecifieke projecties. Die gematigde groei lijkt vooral te worden veroorzaakt door het zorguitgavenbeheersingsbeleid van de afgelopen jaren, waarbij via hoofdlijnakoorden de groei per sector wordt gereguleerd. Deze ontwikkeling zien we niet terug in diagnosespecifieke projecties. Onder de gematigde groei van zorgsectoren, gaan blijkbaar veel grotere verschuivingen op diagnosesniveau schuil. Een goed voorbeeld hiervan is de 'explosie' die in de toekomstprojecties voor kanker te zien is. Concreet betekent dit dat binnen de uitgaven per sector – bijvoorbeeld de ziekenhuissector – een steeds groter aandeel zal worden besteed aan de behandeling van bijvoorbeeld kanker. Hiervoor is alleen ruimte als er bezuinigd wordt op de zorg voor andere aandoeningen. Dure aandoeningen kunnen daardoor de zorg voor 'goedkope' aandoeningen verdringen, met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit én toegankelijkheid van zorg als geheel. De vraag is dus of er met sectorspecifiek uitgavenbeheersingsbeleid in de toekomst nog veel kan worden bespaard, zonder dat dit ten koste gaat van de inhoud van zorg.

De zorguitgavenprojecties die in dit rapport worden gepresenteerd hebben voor- en nadelen en gaan gepaard met (grote) onzekerheden. Het is belangrijk om te benadrukken dat alle projecties gebaseerd zijn op het heden en trends uit het verleden: Wat kunnen we verwachten in de toekomst, als de *huidige verdeling* van zorguitgaven over leeftijd, geslacht, sector en diagnose constant blijft en de trends uit het verleden zich doorzetten? Het is geen gegeven dat die verdeling ook constant blijft. Sterker nog, dat is zelfs redelijk onwaarschijnlijk omdat de medisch-wetenschappelijke kennis, de zorgpraktijk en overheidsbeleid niet stilstaan. Toekomstprojecties zijn daarom omgeven door onzekerheden. Deze onzekerheden worden groter naarmate de tijdshorizon van de verkenning verder in de toekomst ligt. Strategische verkenningen, zoals die in dit rapport zijn weergegeven, kunnen dan ook nooit een precieze voorspelling geven van de zorguitgaven in een bepaald jaar in de toekomst. Het gaat vooral om de lijn van ontwikkeling. En die geeft veel stof tot denken en handelen.

7 Literatuur

- Alzheimer Nederland, '[Symptomen van dementie](#)' (Utrecht 2019), bezocht op 2 november 2019.
- Van Baal P.H., Wong A., 'Time to death and the forecasting of macro-level health care expenditures: some further considerations'. *Journal for Health Economics* 31 (2012), pp. 876-87. doi:10.1016/j.jhealeco.2012.08.003.
- Baumol, W.J., 'Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis', *The American Economic Review* 57:3 (1967), pp. 415-26.
- Blank, J.L.T., E. Eggink, *Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op de productiviteitsontwikkeling tussen 1972 en 2008*. IPSE Studies Research Reeks No. 2011-2. (Delft 2011).
- Blank, J.L.T., A.S. van Heezik, *Productiviteit van de overheid. Een essay over de relatie tussen beleid en productiviteit in onderwijs, zorg, veiligheid & justitie en netwerksectoren* (Delft 2019).
- Van Berkum, P.P., 'Economische aspecten van de gezondheidszorg in Nederland', *Maandschrift Economie*, 27:3 (1962), pp. 179-180.
- CBS, '[Revisie zorgrekeningen 2015](#)' (Den Haag 2019).
- CBS, '[Prognose: 19 miljoen inwoners in 2039](#)' (Den Haag 2019).
- CBS, '[Internationaal afgesproken richtlijnen](#)', bezocht op 1 november 2019.
- CBS, '[Zorguitgaven in brede zin](#)', bezocht op 1 november 2019.
- CBS, '[Zorgrekeningen](#)', bezocht op 1 november 2019.
- CBS, '[Kernprognose 2018-2060](#)' (Den Haag 2018).
- CBS, '[Uitgaven aan zorg nader beschouwd: vergelijking van verschillende definities](#)' (Den Haag 2015).
- CBS, '[Bevolkingsprognose 2014-2060: groei door migratie](#)' (Den Haag 2014).
- CBS, *Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland 1968* (Den Haag 1972).
- CBS, *Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1972-1988* (Den Haag 1991).
- Chandra, A., J.S. Skinner, 'Technology growth and expenditure growth in health care', *Journal of Economic Literature* 50:3 (2012), pp. 645-680.
- Chernew, M.E. en J.P. Newhouse, 'Health care spending growth', in: P. Barros, T. McGuire en M. Pauly (eds.), *Handbook of Health Economics* (New York 2012), pp. 1-43.
- Companje, K.P., et al., *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel I: 1966-1995* (Den Haag 2018), pp. 25-34.
- Companje, K.P., 'Verzekering van zorg 1942-2007. Gezondheidszorg of sociale zekerheid?', in: K.P. Companje (ed.), *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006* (Amsterdam 2008), pp. 587-595.
- CPB, '[Middellangetermijnverkenning 2022-2025](#)' (Den Haag 2019).
- CPB, '[Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025](#)' (Den Haag 2019).
- CPB, '[Zorgen om morgen](#)' (Den Haag 2019).
- CPB, '[Financiering van de zorg op de lange termijn](#)' (Den Haag 2018).

- CPB, [Toelichting raming zorguitgaven voor mlt en houdbaarheid](#) (Den Haag 2018).
- CPB, [Een raming van de zorguitgaven 2018-2021](#) (Den Haag 2016).
- CPB, [Centraal Economisch Plan 2014](#) (Den Haag 2014).
- CPB, [Minder zorg om vergrijzing](#) (Den Haag 2014).
- CPB, [Toekomst voor de zorg](#) (Den Haag 2013).
- CPB, [Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011](#) (Den Haag 2006).
- Cutler D., *Your money or your life* (Oxford 2005).
- Europese Commissie, [The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States \(2016-2070\)](#). Institutional Paper 079 (Brussel 2018)
- Finkelstein, A., 'The aggregate effects of health insurance: evidence from the introduction of Medicare', *Quarterly Journal of Economics* 122:1 (2007), pp. 1-37.
- Francke, A.L., I. van der Heide, S. de Bruin, R. Gijsen, R. Poos en M. Verbeek, [Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg](#) (Utrecht 2018).
- Getzen, T., 'Forecasting health expenditures: short, medium and long (long) term', *Journal of Health Care Finance* 26:3 (2000), pp. 56-72.
- IKNL, [Overleving van kankerpatiënten vijf jaar na diagnose stijgt met ongeveer 1% per jaar](#) (Utrecht 2020).
- Kristopher J. Hult, K.J., S. Jaffe, T.J. Philipson, 'How Does Technological Change Affect Quality-Adjusted Prices in Health Care? Systematic Evidence from Thousands of Innovations', *American Journal of Health Economics* 4:4 (2018), pp. 433-25.
- McGuire, T.G., 'Physician agency and payment for primary care', in: S. Glied en P.C. Smith (eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics* (Oxford 2011), pp. 602-623.
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, [Cardioloog van de toekomst. Eindrapport projectgroep cardioloog van de toekomst 2016](#) (Amsterdam 2016).
- OECD, *Fiscal sustainability of Health Systems: bridging health and finance perspectives* (Parijs 2015). Doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>
- OECD, Eurostat en WHO, *A System of Health Accounts 2011: Revised edition 2017* (Parijs 2017), pp. 88-95, 114-115. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- OECD, *Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology*, OECD Health Working Papers, No. 110. (Parijs 2019). <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>.
- OECD, *A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods*, OECD Health Working Papers no. 59 (Parijs 2012). <http://dx.doi.org/10.1787/5k912j389bf0-en>
- Olde Rikkert M.G.M., E. van Exel, A.W. Knol-Lemstra, G. Roks, F.J.R. Verhey, 'Richtlijn diagnostiek en behandeling van dementie', *Ned Tijdschr Geneesk.* 2015;159:A8671.
- Polder, J.J., J. Hoekstra, R. Vonk, *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 2: maatschappelijke baten.* RIVM Rapport 2020-0060 (Bilthoven 2020).
- Polder, J.J., 'Zorguitgaven', in: Jeurissen P., H. Maarse, M. Tanke (eds.), *Betaalbare zorg* (Den Haag 2018).

- Pomp, M., S. Vujić, [Rising health spending. New medical technology and the Baumol effect](#). CPB Discussion Paper 115 (Den Haag 2008).
- Raleigh, V., *Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?* OECD Health Working Papers 108 (Parijs 2019). <https://doi.org/10.1787/223159ab-en>.
- [Rijksbegroting 2019. Hoofdstuk XVI: Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal](#), Vergaderjaar 2018-2019, Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 2, pp. 186-188.
- RIVM, '[Hart- en vaatziekten](#)', Volksgezondheidszorg.info, bezocht op 3 november 2019.
- RIVM, '[Andere zorgvraag door betere behandelingen](#)', *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht* (Bilthoven 2018), bezocht op 3 november 2019.
- RIVM, '[Kanker](#)', Volksgezondheidszorg.info, bezocht 3 november 2019.
- RIVM, [Methodologie Trendscenario VTV-2018. Versie 2](#) (Bilthoven 2018).
- RIVM, '[Vraag 2: Waaraan geven we onze zorgverzekers uit in de toekomst?](#)', *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht* (Bilthoven 2018).
- RIVM, '[Zorguitgaven](#)', *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht* (Bilthoven 2018).
- RIVM, [Determinanten van de volumegroei in de zorg](#) (Bilthoven 2010).
- Roemer, M.I., 'Bed supply and hospital utilization: a natural experiment', *Hospitals* 35 (1961), pp. 36-42.
- Skinner, J., D. Staiger, 'Technology Diffusion and Productivity Growth in Health Care', *The Review of Economics and Statistics* 97:5 (2015), pp. 951-64. https://doi.org/10.1162/REST_a_00535
- SCP, [Burgerperspectieven 2018|1](#) (Den Haag 2018).
- SCP, [Publiek voorzien. Ontwikkelingen in de uitgaven en dienstverlening van 27 publieke voorzieningen](#) (Den Haag 2018).
- Thorpe, K.E., D.H. Howard, 'The Rise In Spending Among Medicare Beneficiaries: The Role Of Chronic Disease Prevalence And Changes In Treatment Intensity', *Health Affairs* 25:5 (2006), w378-w88. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w378>
- Thorpe, K.E., L.L. Ogden, K. Galactionova, 'Chronic Conditions Account For Rise In Medicare Spending From 1987 To 2006', *Health Affairs* 29:4 (2010), pp. 718-24. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0474>
- Vonk, R.A.A. *Recht of schade. Een geschiedenis van particuliere ziektekostenverzekeraars en hun positie in het Nederlandse zorgverzekeringsbestel, 1900-2006* (Amsterdam 2013).
- Vonk, R., J. Korevaar, L. Van Saase en C. Schoemaker, [Een samenhangend beeld van kanker: ziekte, zorg, mens en maatschappij. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg](#) (Bilthoven 2016).
- VWS, [Brief van de Minister van VWS aan de WRR](#), d.d. 9 april 2018, Kenmerk 1323903-175152-MEVA.
- Wagstaff, A., E. van Doorslaer, 'Equity in health care finance and delivery', in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* (Amsterdam 2000), pp. 1803-1862.
- Willemé, P. en M. Dumont, 'Machines that go 'ping': medical technology and health expenditures in OECD countries', *Health Economics* 24:8 (2015), pp. 1027-41.
- WRR, [Uit Zicht. Toekomstverkennen met beleid](#) (Den Haag 2010).

Bijlage 1. Verschillende definities van zorguitgaven

Eén van de meest in het oog springende verschillen tussen de zorguitgavencijfers en -projecties die door het RIVM en andere organisaties worden gepubliceerd, is het verschil in de definitie van zorguitgaven. In deze bijlage wordt kort uitgelegd wat deze verschillen precies zijn en hoe de verschillende definities zich tot elkaar verhouden.

De CBS Zorgrekeningen

De Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bieden de breedste definitie van zorguitgaven. De Zorgrekeningen omvatten alle collectieve én private uitgaven aan geneeskundige zorg en langdurige zorg, maar ook niet-ziektegerelateerde jeugdzorg, kinderopvang en alle vormen van welzijnszorg, zoals maatschappelijke dienstverlening en opvang van asielzoekers en dak- en thuislozen. Ook de uitgaven aan beleid- en beheer, zorggoederen en -diensten (genees- en hulpmiddelen) en hun aanbieders vallen onder de Zorgrekeningen.⁸⁶

De Zorgrekeningen hebben in vergelijking met andere zorguitgavedefinities het grote voordeel dat ze een stabiele tijdreeks vormen (vanaf 1972). Dit maakt het mogelijk om de ontwikkeling van de zorguitgaven door de tijd te volgen en te analyseren. Voor het maken van internationale vergelijkingen en het doen van uitspraken over geneeskundige zorg, verpleging en ondersteuning is de CBS-definitie daarentegen weer te breed. Door de opzet van de Zorgrekeningen is het echter eenvoudig om zowel een internationaal vergelijkbare definitie als een meer op gezondheidszorg gefocuste definitie van de Zorgrekeningen af te leiden.

Internationale afbakening: het System of Health Accounts (SHA)

Voor internationale vergelijkingen wordt over het algemeen de definitie van het *System of Health Accounts* (SHA) gebruikt. De SHA-definitie van zorguitgaven is zo ingericht dat soms zeer van elkaar verschillende nationale zorgsystemen toch met elkaar kunnen worden vergeleken. Hiervoor hanteert de SHA een definitie van zorg die beperkt is tot alle collectieve en private uitgaven aan *genezing* en *verpleging*. Ondersteuning en verzorging (en daarmee een belangrijk deel van de ouderenzorg, langdurige zorg en jeugdzorg) vallen hier echter nadrukkelijk buiten.⁸⁷

Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) definieert zorguitgaven aan de hand van het Uitgavenplafond Zorg (UPZ). Het UPZ omvat alle zorguitgaven binnen de overheidsbegroting waarvoor het ministerie direct (politiek) verantwoordelijk is. Dat zijn de premiegefinancierde zorguitgaven (Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg) en begrotingsgefinancierde zorguitgaven (delen van de

⁸⁶ CBS, '[Zorguitgaven in brede zin](#)', bezocht op 1 november 2019.

⁸⁷ OECD, Eurostat en WHO, *A System of Health Accounts 2011: Revised edition 2017* (Parijs 2017), pp. 88-95, 114-115. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>; CBS, '[Internationaal afgesproken richtlijnen](#)', bezocht op 1 november 2019.

Wmo en Jeugdzorg die (nog) niet uit het Gemeentefonds worden gefinancierd).⁸⁸

Dit betekent dat aanzienlijke delen van de maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg, lokaal welzijnswerk, de uitgaven aan arbodiensten, gemeentelijke gezondheidsdiensten en de zorg die door aanvullende (particuliere) zorgverzekeringen wordt gefinancierd of door mensen zelf wordt betaald in het UPZ buiten beeld blijven. Bij het zogenaamde 'netto-UPZ' worden bovendien ook het verplichte eigen risico (Zvw) en verplichte eigen bijdragen (Zvw, Wlz) buiten beschouwing gelaten.

Het UPZ is niet elk jaar hetzelfde. De samenstelling van het verzekerde pakket van Zvw en Wlz verandert van jaar tot jaar. Soms zijn de veranderingen minimaal, maar het kan ook om substantiële wijzigingen gaan. Daarnaast kunnen ook de hoogte van het verplichte eigen risico en de verplichte eigen bijdrages van jaar tot jaar veranderen.⁸⁹ Het fluïde en sterk overheidsgeïntereerde karakter van het UPZ maakt deze definitie ongeschikt voor internationale vergelijkingen, diepgaande analyses en meer maatschappelijk georiënteerde uitsplitsingen en projecties.

Zorguitgaven volgens het RIVM-perspectief

Het RIVM beoogt naast de overheid ook de maatschappij en belanghebbenden in de gezondheidszorg van informatie te voorzien, en hanteert daarom een andere definitie dan het UPZ, de Zorgrekeningen of het *System of Health Accounts* (SHA). De RIVM-definitie omvat alle collectieve én private zorguitgaven, met uitzondering van de niet-ziektegerelateerde welzijnsactiviteiten, zoals kinderopvang, jeugdzorg en de opvang van asielzoekers en dak- en thuislozen. Deze definitie geeft een zo breed mogelijk beeld van wat er in Nederland aan gezondheidszorg wordt uitgegeven door overheden, burgers en bedrijven.

Bovendien zorgt het meenemen van zowel de collectieve als private zorguitgaven ervoor dat de definitie 'beleidsneutraal' is en daardoor beter geschikt voor toekomstprojecties.⁹⁰ Grote beleidsaanpassingen, stelselwijzigingen en andere verschuivingen in de financiering, zoals aanpassingen van het eigen risico, eigen betalingen of aanpassingen in het basispakket, leiden direct niet tot een majeure verandering in de hoogte van de zorguitgaven, juist omdat het hier vaak gaat om verschuivingen van collectieve naar private vormen van financiering.⁹¹

Hoe verhouden de verschillende definities zich tot elkaar?

Zowel de internationale definitie als die van het RIVM zijn direct af te leiden uit de Zorgrekeningen van het CBS. Het UPZ niet. Die kan enkel worden samengesteld op basis van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In Figuur B.1 zijn de verschillende definities met de bijbehorende zorguitgaven naast elkaar gezet voor de periode 2003-2017. Hierdoor

⁸⁸ CBS, *Uitgaven aan zorg nader beschouwd: vergelijking van verschillende definities* (Den Haag 2015).

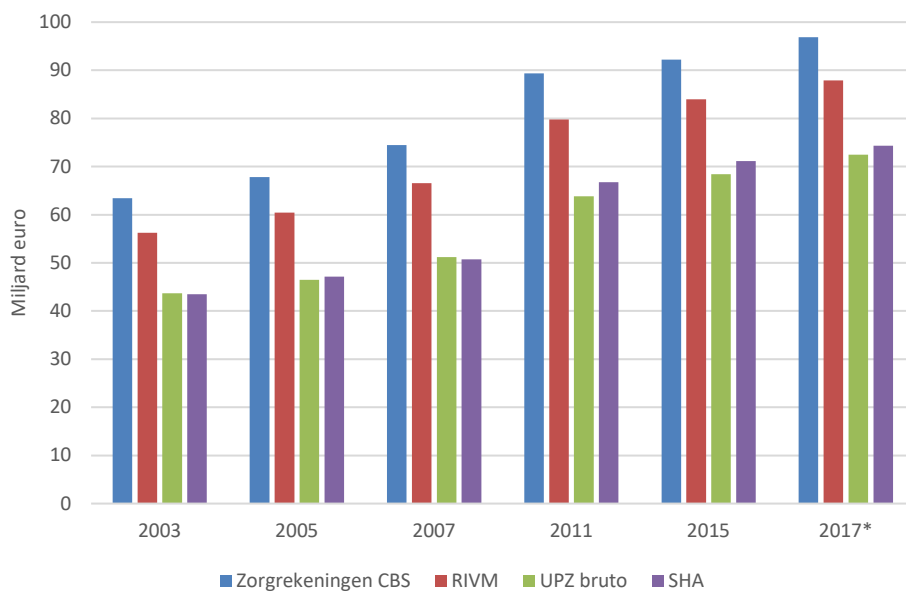
⁸⁹ J. Polder, 'Zorguitgaven', pp. 32-33; CPB, *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, pp. 16-17.

⁹⁰ CPB, *Toekomst voor de zorg* (Den Haag 2013).

⁹¹ RIVM, *Methodologie Trendscenario VTV-2018. Versie 2* (Bilthoven 2018), pp. 34-38; CPB, *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, pp. 16-17.

wordt duidelijk dat er nogal wat ruimte zit tussen de definities. De zorguitgaven volgens de definitie van de Zorgrekeningen bedroegen in 2017 bijna 97 miljard euro, terwijl in datzelfde jaar de zorguitgaven volgens het bruto UPZ ongeveer 72,5 miljard euro bedroegen. Dat is een verschil van bijna 24,5 miljard euro. De zorguitgaven volgens het UPZ en de SHA liggen veel dichterbij elkaar. Dat verschil is nog geen 2 miljard euro. Toch zijn beide definities – en daardoor ook de bedragen – inhoudelijk bijna niet met elkaar te vergelijken.

In Tabel B.1 wordt duidelijk waar de verschillen tussen de vier definities zitten. De definities van CBS en RIVM verschillen vooral op het gebied van welzijnszorg. Het UPZ omvat anders dan CBS, RIVM en SHA geen private (eigen) betalingen voor eerstelijnszorg, medisch-specialistische zorg en genees- en hulpmiddelen, terwijl de definitie van de SHA in tegenstelling tot het UPZ grote delen van de welzijnszorg (jeugdzorg en Wmo), gehandicapten- en ouderenzorg niet meeneemt in de cijfers. Deze verschillen maken het van belang om helder te zijn over welke definitie er wordt gebruikt bij de analyse of toekomstprojectie.



Figuur B.1. Vier benaderingen van zorguitgaven, 2003-2015. Bron: RIVM.

Tabel B.1. Verschillende definities van zorguitgaven over 2017 naar sector.

Bron: RIVM.

	Zorgrekening en CBS	RIVM	SHA	UPZ (bruto)
Openbare zorg en preventie	1.622	1.622	1.277	100
Eerstelijnszorg	9.505	9.505	9.305	5.616
Ziekenhuis- en medisch specialistische zorg	26.674	26.674	24.229	24.276
Ouderenzorg	17.963	17.963	14.969	17.649
Gehandicaptenzorg	9.929	9.929	5.349	9.397
Geestelijke gezondheidszorg	6.511	6.511	4.823	5.697
Genees- en hulpmiddelen	7.913	7.913	7.906	5.658
Ambulancezorg en vervoer	542	542	541	560
Overige zorgaanbieders	2.903	2.903	2.456	1.263
Beheersorganisaties	3.859	3.859	3.144	316
Welzijnszorg	9.472	450	309	1.948
Totale zorguitgaven	96.893	87.871	74.306	72.480

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag